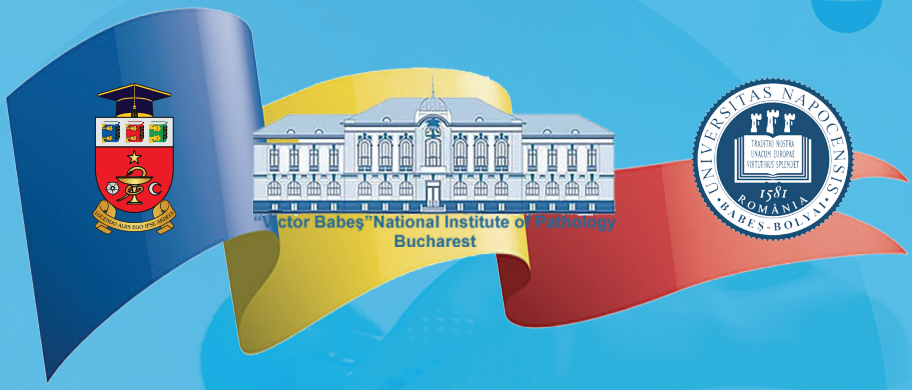

BIOETICA:
TEORII, INSTRUMENTE, UTILITATE

Coordonatori:

dr. hab. în filos.
Vitalie Ojovanu

dr. în șt. med., cercetător științific gradul I *Mircea Leabu*

Chișinău – București – Cluj-Napoca
2021

Universitatea de Stat
de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Institutul Național
de Patologie „Victor Babeș”,
București

Universitatea
Babeș-Bolyai,
Cluj-Napoca

BIOETICA:
TEORII, INSTRUMENTE, UTILITATE

Coordonatori:

dr. hab. în filos.
Vitalie Ojovanu

dr. în șt. med., cercetător
științific gradul I *Mircea Leabu*

Chișinău – București – Cluj-Napoca
2021

Aprobat spre publicare de către: Comitetul Științific al al Seminarului Științific Internațional (proces verbal nr.2 din 14.09.2021), Consiliul Științific al Institutului Național de Patologie „Victor Babeș" din București (03.09.2021) și Comitetul Științific al Centrului Național de Bioetică din Republica Moldova (proces verbal nr.3 din 17.09.2021)

Coordonatori:

dr. hab. în filos. ***Vitalie Ojovanu***

dr. în șt. med., cercetător științific gradul I ***Mircea Leabu***

Culegerea de față include materiale științifice prezentate și discutate la ședințele Seminarului Științific Internațional „Bioetica: teorii, instrumente, utilitate" ce a avut loc într-un program cu participare trilaterală: Chișinău – București – Cluj-Napoca în format online la 9 septembrie 2021. In cadrul forului au fost abordate aspecte bioetice cuprinzând studii recente privitor la abordarea teoretică a problemelor cercetărilor în biomedicină, inclusiv și subiectul vulnerabilității în context interdisciplinar. Volumul reprezintă încununarea unei colaborări editoriale între Catedra de filosofie și bioetică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", Chișinău și Institutul Național de Patologie „Victor Babeș", București. Apariția a fost sprijinită și de contribuții ale membrilor Centrului de Cercetare în Etică Aplicată, de pe lângă Facultatea de filosofie a Universității din București, ca și de pasionați ai domeniului de la Universitatea Babeș-Bolyai, din Cluj-Napoca.

Prezenta culegere este destinată cercetătorilor și tuturor celor preocupați de problemele teoretice și practice ale bioeticii, altor domenii medico-sociale interdisciplinare.

Recenzenți: ***Valeriu Capcelea***, doctor habilitat în filosofie
Ion Mereuță, doctor habilitat în științe medicale

Materialele sunt publicate in redacția autorilor

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

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii

Bioetica: teorii, instrumente, utilitate / Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie "Nicolae Testemiţanu", Chişinău, Institutul Naţional de Patologie "Victor Babeş", Bucureşti, Universitatea Babşe-Bolyai, Cluj-Napoca ; coordonatori: Vitalie Ojovanu, Mircea Leabu. – Chişinău ; Bucureşti ; Cluj-Napoca : S. n., 2021 (Print-Caro SRL). – 304 p. : fig. color.
Referinţe bibliogr. la sfârşitul art. – În red. aut. – 100 ex.
ISBN 978-9975-56-937-8.
17+61(082)
B 5

© V.Ojovanu, M.Leabu ș.a., 2021

Tiparul executat la tipografia „Print Caro"
str. Columna, 170

CUPRINS

CUVÂNT INTRODUCTIV *(Vitalie Ojovanu, Mircea Leabu)* 5

Capitolul I. REPERE ISTORICE, CONCEPTUALE, TEORII ȘI ORIENTĂRI PRIVIND BIOETICA

Repere istorice pentru bioetică și apariția principiismului *(Mircea Leabu)*, ... 18

Bioetica globală în contextul bioeticii sociale: abordare teoretico-metodologică *(Teodor N. Țîrdea)* 30

Principiile bioeticii – revirimente în medicina contemporană *(Ludmila Rubanovici)* 45

Identificarea temelor bioetice și implicarea valorilor spiritual-morale în examinarea problemelor teoretice și științifico-practice din medicină *(Vitalie Ojovanu)*..... 60

Paradigma bioeticii globale în context european *(Anatolie Eşanu)* 72

Quo vadis, moralia?
O analiză a conceptului de bioameliorare morală *(Laura Ghinea)* 90

Capitolul II. POZIȚII TEORETICE ȘI METODOLOGICE ÎN BIOETICĂ

Condiția înțelegerii în consimțământul informat *(Emanuel Mihail Socaciu)* 111

Bioetică și vaccinare. Probleme etice întâlnite în cercetările clinice pentru vaccinurile SARS-COV-2 *(Andreea Cristina Ciorogar)* 120

Capitolul III. BIOETICA ÎN PRACTICA ȘI EDUCAȚIA BIOMEDICALĂ

Vulnerabilitatea în domeniul biomedical *(Persida Bec)*..... 129

Implicații socio-bioetice în analiza accesului grupurilor vulnerabile de populație la serviciile de sănătate *(Elena Şargu, Victoria Federiuc)* 135

Utilitatea bioeticii în acordarea îngrijirii psihiatrice *(Svetlana Condratiuc)* 146

Bioetica în practica geriatrică *(Gabriela Șoric, Ana Popescu)* 160

Maternitatea la vârstă înaintată, o provocare etică (Cum decizii personale creează vulnerabilități) *(Mircea Leabu)* 178

Aspecte bioetice ale consilierii spirituale a condamnaților *(Viorel Cojocari)* 203

Capitolul IV. BIOETICA ÎN CERCETAREA BIOMEDICALĂ

Etica utilizării animalelor în scopuri științifice *(Cristin Coman, Gheorghița Isvoranu, Diana Ancuța)* 216

Repere etice în utilizarea animalelor de laborator *(Iliuță Laurențiu Anghelache)*..... 233

Considerații etice privind utilizarea animalelor de laborator și principiul 3R *(Alexandra Popa, Magda Gonciarov)* 241

Principii etice prevăzute de legislația Uniunii Europene ce trebuie respectate de proiectele ce folosesc animale în proceduri *(Magda Gonciarov, Alexandra Popa)* 250

O experiență în crearea codurilor de etică. De la amatorism la profesionalism *(Mircea Leabu)*..... 258

Rolul comitetelor de etică în experimentarea pe animale *(Cristin Coman, Gheorghița Isvoranu, Diana Ancuța)* 271

Capitolul V. ETICA PUBLICĂRII ÎN CERCETAREA BIOMEDICALĂ

Despre o etică a publicării în domeniul biomedical *(Mircea Leabu, Mihail Eugen Hinescu)* 280

Evaluarea prin experți („peer-review"). O atitudine etică prin excelență *(Mircea Leabu, Mihail Eugen Hinescu)* 291

CONSIDERAȚII FINALE *(Mircea Leabu, Vitalie Ojovanu)*..... 302

CUVÂNT INTRODUCTIV

Sfârșitul de mileniu al II-lea și începutul celui de-al III-lea, prin dezvoltarea științei și tehnologiilor, au reprezentat o tendință accentuată de globalizare a vieții sociale a speciei umane. Este vorba de presiunea, exercitată ca o necesitate, de a considera Terra și existența ei în fenomenal (cu tot ce găzduiește) ca un tot unitar. Această abordare globalizantă a devenit posibilă, în primul rând, prin reducerea distanțelor dintre diferitele arealuri geografice, înțeleasă ca timp necesar pentru a ajunge dintr-un loc în altul pe glob, iar accelerarea fenomenului, în al doilea rând,s-a accentuat prin dezvoltarea comunicațiilor IT și a internetului (în fapt, nu mai este nevoie nici măcar de deplasare fizică pentru a te transborda oriunde pe Pământ, practic instantaneu, oricând îți dorești). În acest context, punând laolaltă și realitatea existenței unor tradiții culturale multiple, cunoașterea și acceptarea diferitelor stiluri de viață, încercarea de a te acomoda tradițiilor dintr-o parte sau alta a globului, atunci „când te afli la antipozi", adică atunci când viața te duce în zone geografice cu obiceiuri semnificativ diferite de cele de acasă, devin condiții necesare care să sporească libertatea și capacitatea de a te bucura de existența ta și de ceea ce omenirea a făurit pe planeta pe care o locuiește. Cum se poate ajunge la o asemenea performanță? Plecând, mai întâi, de la educația înțelepciunii (atât teoretice – *sophia,****σοφία***, cât și practice – *phronesis, **φρόνησῐς***), adică de la atitudinea etică ridicată la nivelul exigențelor vremurilor pe care le trăim.

Medicina prin scopul său, acela de a asigura sănătatea, alături de biologie care ne-a dezvăluit prin progresele ei că acțiunea umană afectează, dacă nu este făcută cu responsabilitate, echilibrele ecosistemelor,ne-au dovedit de ceva mai bine de un secol, dar mai pregnant după prima jumătate a secolului al XX-lea, că atitudinea etică reprezintă o abordare necesară, critică pentru asigurarea perpetuării vieții pe Pământ. Plecând de la grija față de ființa umană, bioetica,[1] după ce s-a dezvoltat cu scopul pro-

[1] Termenul bioetică a fost introdus în 1927, de Fritz Jahr, în lucrarea sa „Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tie rund Pflanze", din *Kosmos. Handweiser für Naturfreunde*. 1927, vol.24, nr.1, p.2-4. (A se vedea traducerea în limba engleză la: http://www.ufrgs.br/bioetica/jahr-eng.pdf; acces verificat în 17 aprilie 2021.) Se știa oarecum firesc, conform argumentării lui Jahr, ca rezultat al evoluției științelor legate de lumea viului, cu referire la tot ce reprezintă viață animală și/sau vegetală. Ulterior, în 1970, americanul Van Rensselaer Potter, II, în lucrarea sa „Bioethics: The Science of Survival"(din *Perspectives in Biology and Medicine*. 1970, vol.14, nr.1, p.127-153. DOI: 10.1353/pbm.1970.0015), readuce termenul în actualitate, considerând că el l-a moșit. Plecând de la premiza că Potter nu a știut de articolul lui Jahr, uimitor este și faptul că regeneratorul așează sub incidența acestei noțiuni, precum o făcea adevăratul părinte, tot ce înseamnă viață pe Pământ și tot ce poate facilita supraviețuirea viului pe Terra, așadar cu extindere către bio/eco-sferă, protejarea mediului înconjurător și echilibrele necesare menținerii viului.

tejării omului în context social (cu precădere în activitățile de cercetare științifică biomedicală, respectiv în practicile clinice, inclusiv cercetarea clinică) s-a extins către protejarea vieții în general (indiferent de organismul care o găzduiește), ajungând până la preocupări pentru protejarea echilibrelor acesteia în mediul înconjurător, în ceea ce numim biosferă.

Prezentul volum reprezintă încununarea unei colaborări editoriale între Catedra de filosofie și bioetică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", Chișinău (care a avut inițiativa) și Institutul Național de Patologie „Victor Babeș", București. Apariția a fost sprijinită și de contribuții ale membrilor Centrului de Cercetare în Etică Aplicată, de pe lângă Facultatea de filosofie a Universității din București, ca și de pasionați ai domeniului de la Universitatea Babeș-Bolyai, din Cluj-Napoca. Cartea este o contribuție, chiar dacă timidă, la cultivarea prin studiu și prin promovarea didactică a unei atitudini etice în viața profesională și socială a tuturor celor care o vor deschide. Altfel spus, această apariție editorială își propune să ghideze către formarea ethosului profesional (de la termenul grecesc: ethos – ***ἦθος***, ***ἔθος***, cu pluralul: ethe – ***ἤθη***; ethea – ***ἤθεα***, însemnând obicei, obișnuință, prin extindere modalitate de a te comporta) în biomedicină (cercetare biomedicală și practică clinică) și, deoarece între ethosul oricărei profesiuni și ethosul social nu există (nu ar trebui să existe) contradicții, eseurile adunate aici prin limbajul prietenos în care sunt redactate se adresează nu numai profesioniștilor domeniului, ci și publicului larg, sensibil la fundamentele eticii adaptate societății contemporane, a secolului XXI. Titlul volumului ar putea să sperie prin vastitatea pe care ar implica-o. În același timp, sugerează o îndrăzneală soră cu inconștiența a coordonatorilor. Curajul nu vine decât din dorința de a provoca pe cei doritori de a se instrui (în speranța că vor găsi suficiente repere utile între paginile cărții), dar și pe cei doritori în a critica (fără îndoială că pornirea acestora își va găsi suficiente puncte de atac, iar misiunea lor va fi mai ușoară). Volumul are limite asumate de coordonatori. Fiind destinat promovării bioeticii, el poate reprezenta o bază de meditație și dezbatere (interioară, de grup sau larg socială) care să sporească sensibilitatea pentru atitudinea morală și formarea de caractere puternice, într-o lume plină de tentații aparent demne de urmat, dar problematice din punct de vedere etic. Cartea este structurată în cinci capitole urmărind, pe de o parte, o familiarizare graduală a cititorului cu bioetica, un domeniu deosebit de complex al eticii profesionale și, pe de altă parte, o conștientizare a diversității și dificultății deosebite ale aspectelor etice și dilemelor pe care acestea le induc adesea atât profesioniștilor, cât și publicului larg.

Primul capitol, **Repere istorice, conceptuale, teorii și orientări privind**

bioetica, încearcă să dezvăluie cum și de ce a apărut această disciplină a filosofiei aplicate, care nu se poate susține fără înglobarea unor aspecte din științele socio-umanistice și fără învățămintele ce se pot extrage din cazuistica științelor naturii (cu precădere biologia, chimia, cercetarea biomedicală,inclusiv cu implicațiile legate de atitudinea omului față de experimentarea pe animale). Contribuțiile aferente acestui capitol fac referiri la primele documente normative privind bioetica, Raportul Belmont, și nașterea primului instrument, principiismul, dar abordează sugestiv și diversitatea teoriilor bioetice care au apărut în relativ scurta istorie a domeniului și argumentează utilitatea lor.

În primul eseu, „Repere istorice pentru bioetică și apariția principiismului", Mircea Leabu își argumentează motivația de a propune și redacta o asemenea contribuție printr-o comparație cu semnificația etimologiei în înțelegerea mai profundă a sensului cuvintelor și lărgirea capacității de utilizare corectă a lor. În contextul acestei comparații, cunoașterea reperelor istorice ale bioeticii (a necesității apariției ei), ne va fi de folos în aplicarea acesteia cu mai multă eficiență, ca și în dezvoltarea ei cu mai mult succes. Lucrarea încearcă să pună istoria domeniului în matca ei firească arătând că termenul bioetică a fost creat și introdus de Fritz Jahr și nu de Van Rensselaer Potter, II, așa cum, de regulă, se consideră. Mai mult, se prezintă cum bioetica a apărut ca o necesitate impusă de realitățile din domeniul biomedical, plecând de la atrocitățile din timpul celui de-al doilea război mondial și continuate, revoltător, cu destulă discreție, până către începutul deceniului opt al secolului XX, inclusiv în SUA, deși acestea au fost motorul incriminărilor reieșite din Procesul de la Nürnberg, soldate cu primul document oficial al bioeticii, Codul de la Nürnberg. Dezvoltarea teoretică și practică a bioeticii a parcurs un traseu paralel cu dezvoltarea normativelor cu aplicabilitate mai mult sau mai puțin internațională, enumerate în articol, dar toate referitor la domeniul biomedical. Concomitent, atât filosofii, cât și profesioniștii responsabili ai tuturor domeniilor cu impact asupra dezvoltării cunoașterii și tehnologiilor au realizat că efectele activității umane amenință într-o perspectivă mult mai largă viața pe Terra, indiferent de nivelul său de manifestare.

Încet, încet, bioetica revine la extinderea pe care au preconizat-o atât creatorul termenului (Fritz Jahr), cât și pionierul promovării ei începând cu anii '70,ai secolului trecut (Van Rensselaer Potter, II), adică la nivelul către care tinde tot mai puternic și îndreptățit. Aceste aspecte sunt convingător susținute de Teodor Țîrdea, în al doilea eseu al capitolului I, intitulat „Bioetica globală în contextul bioeticii sociale: abordare teoretico-metodologică". Autorul, „dând Cezarului (adică lui Van Rensselaer Potter, II), ce-i al Cezarului", pentru viziunea acestuia privind viitorul eti-

cii, vorbește despre conceptul de bioetică globală, adică acea bioetică ce nu ignoră nimic din ce poate fi afectat, pe Pământ, ca urmare a efectelor antropogene. Toate sunt legate de o necesară strategie de supraviețuirea civilizației umane, cu o dezvoltare durabilă a ei. Este acea bioetică ajunsă în stadiul de a se îmbogăți cu toate aspectele legate de atitudinea umană corectă față de biosferă și de mediul înconjurător, ale căror echilibre trebuie protejate, ca și în fața provocării de a propune soluții morale pentru depășirea mentalității de a lupta cu Natura pentru a o supune. Teodor Țîrdea îndeamnă specia umană să re-învețe să practice toleranța, definind sintagma „toleranță bioetică" drept un instrument pentru a ne reclădi moral conform exigențelor pe care le solicită dezvoltarea cunoașterii și a tehnologiilor, mai ales că cea mai mare parte a acestor dezvoltări ar putea avea dublă utilitate (spre binele omenirii, dar și spre răul ei).

Al treilea eseu al capitolului I, purtând titlul „Principiile bioeticii – revirimente în medicina contemporană" și conceput de Ludmila Rubanovici, ne avertizează încă de la început, prin mottoul ales (îndemnul lui Goethe, pus în gura lui Faust: „Își merită viața, libertatea-acela numai / Ce zilnic și le cucerește ne-ncetat"), că fără principii ale moralității (respectiv soluții permanente pentru libertate ca înțelegere a necesității) riscăm să ne împotmolim. Toată argumentarea din lucrare stă sub semnul afirmației goetheene și sub dorința argumentării nevoii de bioetică în medicină,respectiv de asumare a principiilor, regulilor și normelor create pentru a sprijini activitatea umană întru desfășurarea ei într-o matrice etică. Indiferent care ar fi modelul de etică profesională la care un practician ar adera (autoarea,de dragul istoriei, se referă la cel al lui Hippocrates, al lui Paracelsus, cel deontologic, culminând cu cel bioetic), un lucru este limpede: medicina (fie ea cercetare biomedicală sau practică clinică) nu se poate desfășura la nivelul exigențelor umaniste, decât prin respectarea moralității. Realitatea este aceea că modelul bioetic (indiferent că vorbim de bioetică în sens larg, filosofic și socio-cultural sau în sens restrâns, cu referire la relațiile medic-pacient și activitatea biomedicală) înglobează toate celelalte matrice, utilizate de-a lungul istoriei, care au și stat la baza dezvoltării eticii profesionale a domeniului.

Urmează o lucrare generoasă, prin sfera largă abordată, a lui Vitalie Ojovanu, intitulată „Identificarea temelor bioetice și implicarea valorilor spiritual-morale în examinarea problemelor teoretice și științifico-practice din medicină". Autorul dă dovadă de un curaj deosebit (tema ar putea fi ea însăși un subiect al unei întregi cărți), dar dovedește o deosebită abilitate în a găsi soluții pentru tratarea succintă a problemelor, identificate cu un ascuțit spirit critic și practic, făcând din acestea o sursă de întrebări ale căror răspunsuri să fie aprofundate ulterior, cu ocazia altor oportuni-

tăți. Pentru avansarea în proiect, folosește un instrument pe care-l denumește „identificator al subiectului bioetic". Folosind acest instrument, autorul abordează mai multe subiecte. Mai întâi analizează clasele (registrele) de valori medicale, apoi aprofundează valoarea esențială, viața în contextul unei caracteristici intrinseci ale acesteia, sănătatea. În contextul acestei analize,glisează cu subtilitate către valori din sfera filosofiei morale: binele, libera alegere, demnitatea umană, ajungând la definirea umanismului ca sistem axiologic, indispensabili bioeticii.

În eseul său „Paradigma bioeticii globale în context european", Anatolie Eșanu completează ideile legate de tendința către (bio)etica globală încercând să analizeze cu detașare, am considera noi, ce se întâmplă cu bioetica în contextul dinamicii economico-sociale și politice europene, cu câteva referiri la istoricul ideilor de globalizare (politică și nu numai) la nivelul Europei. Deși abordările organismelor europene sunt nuanțate față de cele din alte arealuri geografice (spre exemplu cele din SUA), fără a fi în fundamentele lor semnificativ diferite, în Europa structurile de genul Comitetelor de etică și bioetică de la nivel național, regional și internațional sunt nevoite (am putea spune obligate) să susțină un dialog constructiv, bazat pe convingerea că deciziile politice și logistice trebuie să fie argumentate științific și să fie inspirate și ghidate etic, pentru a oferi soluții la problemele complexe cu care ne confruntăm.

Primul capitol se încheie cu lucrarea „Quo vadis, moralia? O analiză a conceptului de bioameliorare morală", scrisă de Laura Ghinea. Este o analiză a unei soluții propuse de Julian Săvulescu și Ingmar Persson[2] pentru problema dificilă a decalajului de dinamică între progresul moral al omului (anevoios și lent) și progresul tehnologic (aflat într-o expansiune exponențială). Laura Ghinea nu-și propune să dea verdicte (ar fi o vanitate care nu ar caracteriza-o),ci doar analizează speța, încercând să fie atât de obiectivă, cât stă în puterea unei ființe umane, trecând în revistă o serie de domenii în care aplicabilitatea bioameliorării morale ar putea oferi potențial, cum ar fi domeniul judiciar (reabilitarea deținuților), domeniul medical (psihiatria medico-legală) și domeniul social (contracararea prejudecăților rasiste și xenofobe). Ea are o concluzie demnă de ținut minte: „Până la triumful speciei Homo moralis, sperăm că Homo sapiens va uza de înțelepciunea sa pentru a face față riscurilor fără precedent, pentru care unii nu văd decât o singură soluție: bioameliorarea morală."

Capitolul al doilea propus de coordonatorii volumului, **Poziții teoretice și metodologice în bioetică**, s-a bucurat de o mai mică apetență

[2] A se consulta cartea celor doi autori: *Neadaptați pentru viitor. Nevoia de bio-ameliorare morală*, București: Editura ALL, 2014. ISBN 978-606-587-293-6

din partea eventualilor autori. Ne întrebăm, în sinea noastră noi coordonatorii: „De ce oare?" Însă, întrebarea nu reprezintă obiectul interesului nostru aici și acum, dar vom medita în chestiune. Acest capitol își propune să ajute pentru un inventar al instrumentelor bioeticii, să extindă înțelegerea principiismului ca instrument fundamental al bioeticii și să abordeze diferite concepte cu care bioetica operează practic. Ca o dovadă că volumul beneficiază de contribuții care se susțin reciproc ar putea fi și faptul că unele dintre țintele acestui capitol se pot atinge prin eseurile prezentate până aici, ca și prin cele care vor fi plasate în capitolele următoare. Cititorul interesat va descoperi această interrelație pe măsură ce va dori să-și lărgească nivelul cunoașterii.

Prima lucrare a acestui capitol abordează o temă „banală", dar extrem de complexă și dezbătută: consimțământul informat (sintagmă preluată mot-à-mot din engleză, dar care în limba română ar avea mai multă noimă prin sintagma, ceva mai elaborată, consimțământ în cunoștință de cauză). Este vorba de eseul lui Emanuel Mihail Socaciu, intitulat „Condiția înțelegerii în consimțământul informat". Contribuția este provocatoare deoarece, încă de la început, aparent ironic, printr-o anecdotă, aducerea în atenție a unei caricaturi (pe care nici măcar nu o putem considera pe deplin fantezistă), autorul sugerează complexitatea practică a problemei abordate. Analiza este una sistematică, plecând de la clarificări conceptuale și ajungând la prevederi legislative. Într-o dovadă de înțelepciune, Socaciu avertizează că o dezbatere teoretică, mai ales în contextul bioeticii, nu este niciodată (iar aici, nu ne este frică, nouă coordonatorilor, să folosim cuvântul mare, tare și riscant: niciodată) doar teoretică. Eseul, care a abordat doar tensiunea condiției de înțelegere în tema consimțământului informat (în cunoștință de cauză), poate reprezenta un prim pas întru explorarea soluțiilor posibile, dar și utile. Cititorul se poate convinge singur.

Cea de-a doua (și ultima) contribuție din acest capitol se referă la vulnerabilitatea în care ne-a pus pandemia de COVID-19. Este vorba de articolul Andreei Cristina Ciorogar, intitulat „Bioetică și vaccinare". Sunt analizate probleme etice întâlnite în cercetările clinice pentru vaccinurile anti-SARS-CoV-2, în care conceptul de vulnerabilitate se află doar în fundal, dar se profilează evident din abordarea care vizează „dorința general manifestată de a găsi soluții cât mai rapide pentru impasul pandemic actual, tendința principală fiind una de accelerare a procedurilor clinice de obținere a unei formule de vaccin viabile împotriva Covid-19." Abordând o analiză bazată pe instrumente ale bioeticii (riscurile văzute prin prismă utilitaristă, conservatorismul criticilor privind economia tributară principiilor etice, interferențele între bioetică, biopolitică și etica

coerciției), autoarea subliniază caracterul deschis spre aprofundare al temei, care așteaptă soluții etice armonizate cu cele umanitare.

Aspectele legate de conceptul de vulnerabilitate, aflat în subtextul articolului amintit mai sus, sunt mai detaliat abordate în capitolul al treilea al volumului denumit **Bioetica în practica și educația biomedicală**. Capitolul își propune să abordeze aplicarea bioeticii în diferite direcții ale activității medicale cum ar fi geriatrie, îngrijirea paliativă, sănătatea grupurilor vulnerabile și a persoanelor instituționalizate și care este impactul bioeticii asupra educației universitare și formării profesionale postuniversitare.

Primul eseu al capitolului abordează conceptul de vulnerabilitate în context medical, în viziunea Persidei Bec, iar titlul este unul simplu: „Vulnerabilitatea în domeniul biomedical". Plecând de la normarea vulnerabilității persoanelor prin Raportul Belmont, autoarea militează pentru cultivarea sensibilității față de această stare ce caracterizează o serie de persoane sau grupuri, ca și nevoia de protecție a acestora. Analiza se referă la rolul sistemului principiist în protejarea persoanelor vulnerabile, în special atunci când sunt recrutate ca participanți la diferite cercetări biomedicale. La secțiunea concluzii a lucrării, se atenționează că starea de vulnerabilitate și preocuparea pentru aceasta și pentru protecția entităților afectate trebuie extinse către animale și biosferă.

A doua lucrare din acest capitol, scrisă de Elena Șargu și Victoria Federiuc, intitulată „Implicații socio-bioetice în analiza accesului grupurilor vulnerabile de populație la serviciile de sănătate", se plasează în aceeași preocupare etică legată de grija pentru și protejarea grupurilor vulnerabile de populație. Din complexitatea de factori cu potențial de a induce vulnerabilitatea persoanei, autoarele se concentrează pe vulnerabilitatea datorată sărăciei care se poate caracteriza prin nivel precar al veniturilor cu afectarea accesului la educație, alimentație adecvată și cu efect asupra sănătății. Vulnerabilitatea din această categorie reprezintă o problemă de ordin social care necesită soluții prin politicile de stat. După o analiză pertinentă a problemei și sugerarea de căi ce ar putea fi urmate pentru îmbunătățirea stării de fapt, se punctează că „vulnerabilitatea are nevoie stringentă de asigurare a contingentului [de populație] care face parte din această categorie cu servicii medicale și farmaceutice de calitate sau, în condițiile în care persoanele vulnerabile continuă să rămână în afara sistemului și beneficiilor pe care le oferă astăzi medicina modernă, există un risc real ca aceste persoane să coste mai mult și să necesite eforturi mai mari în implementarea măsurilor de tratare când, de fapt, prevenirea reprezintă soluția optimă de intervenție, valabilă inclusiv în acest context."

Cea de-a treia contribuție a acestui capitol, „Utilitatea bioeticii în acordarea îngrijirii psihiatrice", a Svetlanei Condratiuc, lărgește analiza aplicabilității bioeticii în domeniul relației medic-pacient în psihiatrie, adică într-o altă sferă a vulnerabilității. După o incursiune în istoria acestei îndeletniciri medicale, autoarea pune în balanță abordarea paternalistă cu abordarea democratică și folosirea principiilor și regulilor bioeticii aplicabile domeniului îngrijirii psihiatrice. Argumentarea este la granița dintre teoretic și susținerea cazuistică, chiar dacă aceasta din urmă este mai degrabă una principială și nu nominalizată. Un mesaj se degajă, pe măsură ce lectura avansează: etica în psihiatrie este dificil de aplicat, dar nu lipsesc soluțiile adaptabile de la un caz la altul, pentru asta fiind necesară atât responsabilitatea și profesionalismul vocațional al celor care optează pentru acest domeniu medical, cât și implicarea organismelor de la nivel național, regional și chiar mondial. Autoarea încheie printr-o concluzie de ținut minte: „trebuie remarcat faptul că sarcina bioeticii în psihiatrie este de a depăși stigmatizarea și de a îmbunătăți toleranța societății față de bolnavii mintali ca unul dintre cele mai vulnerabile segmente ale populației, precum și luarea în considerație a problemelor etice ale asistenței acordate pacienților cu probleme psihice."

Urmează în volum lucrarea Gabrielei Șoric și a Anei Popescu, „Bioetica în practica geriatrică". Eseul ne poartă către o altă categorie de persoane vulnerabile, categorie din care cu toții, dacă vom fi norocoși (pare paradoxal să invocăm norocul pentru ajungerea într-o situație potențial vulnerabilă), vom ajunge, mai devreme sau mai târziu, să facem parte: persoanele de vârstă înaintată. Autoarele își așază abordarea sub sentința, inspirată, a două citate ale lui David Herbert Richards Lawrence și Theodore Roosevelt, care sugerează consistența și permanența idealurilor morale (noi am spune că și aceste caracteristici ale moralei nu sunt absolute în fenomenologic, dar pot rămâne așa în metafizic). După referirea la contextul normativ al atitudinii etice față de persoanele de vârstă înaintată,prin care se urmărește îmbătrânirea activă și, deci, binecuvântată de sănătate (un ideal care merită să devină o realitate), eseul încearcă să combată *ageismul* folosind ca „arme" ale argumentării principiile bioetice în versiunea anglo-saxonă (respectul autonomiei, binefacerea, ne-dăunarea – nefacerea răului, non-maleficența,respectiv dreptatea/echitatea) și o serie de reguli asociate acestora. Din considerațiile finale pe care autoarele doresc să le reliefeze, ar rezulta că soluții sunt, dar modul în care ele se aplică este deficitar, cel puțin în zonele geografice în care noi ne aflăm.

Tot în sfera vârstei înaintate și tot în domeniul vulnerabilității rămânem și prin eseul lui Mircea Leabu, intitulat „Maternitatea la vârstă îna-

intată, o provocare etică (Cum decizii personale creează vulnerabilități)". Există o nuanțare aici, fiind vorba de o vulnerabilitate potențială, creată voluntar de cel care o poartă. Lucrarea este, indirect, și o dovadă a nevoii de echilibrare a capacității de comportament etic într-o societate în care cunoașterea și tehnologiile au luat-o amețitor înainte, cum spuneam și pentru contribuția Laurei Ghinea, din primul capitol. După analiza unei selecții cazuistice făcută din trei perspective (a femeii trecute de vârsta naturală a fertilității, a medicului ginecolog, a societății civile), la care se adaugă o a patra, analiza imaginativă din punctul de vedere al viitorului copil, abordarea etică a maternității la vârsta înaintată ar permite și concluzii. Autorul este tentat să dea câștig de cauză aplicării eticii principiiste punctând: „Adesea deciziile pe care le luăm în baza unor dorințe (chiar dacă nu sunt, neapărat, și rezultatul unor frustrări), dacă au prea mult subiectivism și sunt lipsite de suficientă rațiune, ne pot crea vulnerabilități. Se poate întâmpla oricând, oricui. Consider că orice decizie este morală dacă nu ne complică existența, complicarea existenței ducând adesea, dacă nu întotdeauna la vulnerabilități. O decizie, indiferent de nivelul la care se ia sau de domeniul de activitate umană pentru care se ia, este morală dacă ne simplifică viața, însă acest lucru pare a fi devenit tot mai dificil în societatea contemporană. Este înțelepciunea (cu încărcătură teoretică – sophia –, dar și practică – phronesis – dacă este să ne plasăm în tradiția filosofiei aristotelice) pe care o putem deduce din acest eseu. Mai departe, fiecare poartă răspunderea propriilor decizii."

Mergem, cu ultima lucrare din capitolul al treilea, cea a lui Viorel Cojocaru, intitulată „Aspecte bioetice ale consilierii spirituale a condamnaților", la subiectul privind rolul bioeticii în protejarea unei alte categorii de persoane vulnerabile, cele instituționalizate, aflate în penitenciare. Analiza (făcută, am putea spune,cu încărcătură empatică atât față de consilierul spiritual, a cărui activitate este în discuție, cât și față de beneficiarul acesteia, deținutul) este complexă, dar echilibrată, fără excese supra profesionale, permițând autorului să sublinieze: „Consilierea spirituală este o metodă unică de asistență care folosește în egală măsură resursele spirituale și cele psihologice pentru a ajuta la redobândirea confortului psihic și spiritual al deținutului." Mai mult, consilierul nu poate ignora valorile moral-religioase, care trebuie incluse, folosite cu înțelepciune și respectate în procesul consilierii.

Capitolul al patrulea al volumului, **Bioetica în cercetarea biomedicală**, reprezintă o colecție de șase lucrări care încearcă să ghideze cititorul în problemele exigențelor etice ale cercetării pe animale de laborator și pe rolurile instructive *versus* normative ale comitetelor de (bio)etică în cercetarea biomedicală, adăugându-se la aspectele etice privind cerce-

tările cu participanți umani cu toată complexitatea lor, așa cum se poate desprinde din eseurile celorlalte capitole.

Prima lucrare semnată de trioul Cristin Coman, Gheorghița Isvoranu, Diana Ancuța ne introduce în reperele etice care trebuie să stea la baza utilizărilor animalelor în studii științifice, intitulându-se „Etica utilizării animalelor în scopuri științifice". În acest eseu, după o incursiune în istoria relațiilor om-animal destinate dezvoltării cunoașterii biomedicale și rolului pe care animalele l-au avut în dezvoltarea omenirii, autorii trec la analiza dezvoltării atitudinii etice în experimentarea pe animale și crearea conceptelor care s-au așezat la baza acesteia. Apoi, după prezentarea principiilor etice esențiale care guvernează experimentarea pe animale în lumea contemporană, se concentrează pe principiul 3R (de la termenii englezești *refinement*, *reduction*, *replacement*) căutând să explice necesitatea și utilitatea acestuia. În baza analizelor și argumentărilor din lucrare, autorii își permit să îndemne cititorul la înțelepciune: „Dilema morală [privind 'nedumerirea' cât de etică este sau nu utilizarea animalelor în scopuri științifice] nu va putea fi rezolvată decât contextual, prin specificare și prin balansarea principiilor eticii cercetării biomedicale și a eticii folosirii animalelor în cercetarea științifică, însă cercetarea predictibilă și reproductibilă trebuie să însoțească etica și bunăstarea animalelor pentru a putea continua experimentarea pe animale într-o matrice etică și pentru a câștiga încrederea opiniei publice că utilizarea animalelor în scopuri științifice este benefică societății."

Articolul lui Iliuță Laurențiu Anghelache, „Repere etice în utilizarea animalelor de laborator", pare a respecta principiul detașării pentru o mai obiectivă viziune asupra realității (adică a reprezentării în fenomenal). Începe și acest eseu cu o incursiune istorică privind rolul animalului în dezvoltarea cunoașterii în medicină, ajungând la necesitatea definirii principiului 3R, cu dezbaterile pro și contra, succint amintite în lucrare. Ce este original în această contribuție este extinderea principiului protecției animalelor de experiență (care se poate considera și pentru protecția animalelor de către om, în general) către cinci reguli obligatorii (5R), care trebuie echilibrate contextual, sau chiar către nouă (9R), iar această argumentare de final merită atenție.

Următorul eseu din capitol aparține autoarelor Alexandra Popa, Magda Gonciarov („Considerații etice privind utilizarea animalelor de laborator și principiul 3R") și ne arată cum perspective diferite socio-culturale sau ale argumentării converg către o aceeași concluzie: „se cuvine precizat că, deși fiecare societate, din diferite părți ale globului, are o cultură privind experimentele pe animale, principiile internaționale trebuie privite ca o valoare globală și trebuie respectate de cei care lucrează în

domeniul biomedical. Totodată, trebuie precizat că dispariția totală a utilizării animalelor vii în cercetare este un obiectiv îndepărtat, dacă nu utopic". Aceleași autoare, dar cu pondere inversată în realizare (Magda Gonciarov, Alexandra Popa) propun o lucrare cu titlul „Principii etice prevăzute de legislația Uniunii Europene ce trebuie respectate de proiectele ce folosesc animale în proceduri". Autoarele își propun să ghideze cititorul în normativele (legi, decizii etc.) Uniunii europene și, mai concret, în cele din România care definesc standardele și exigențele utilizării animalelor în proceduri (experimentale, dedicate studiilor științifice). Este o contribuție cu mare încărcătură practică și de aceea deosebit de utilă, fiind și folositoare în limpezirea multor aspecte administrative.

Prin lucrarea de confesare „O experiență în crearea codurilor de etică. De la amatorism la profesionalism", Mircea Leabu ne descrie experiența câștigată în domeniul eticii cercetării prin participarea la conceperea și redactarea primului *Cod de etică a cercetării în științele viului*, solicitat de autoritate, în România. Eseul ne arată cum prin responsabilitate și motivația pe care ți-o dă obligativitatea de a duce la bun-sfârșit o acțiune în care te angajezi (nu are importanță dacă rațional sau pe alte considerente), se poate trece în cunoaștere de la amatorism la profesionalism. Mesajul ar fi și acela că oricât de motivat și talentat ai fi, auto-didacticismul este necesar, dar nu suficient. Adesea, dacă nu întotdeauna, este bine să găsești calea de a colabora cu profesioniștii domeniului (în cazul de față cu filosofii moralei).

Capitolul se încheie cu o a doua lucrare a autorilor Cristin Coman, Gheorghița Isvoranu, Diana Ancuța: „Rolul comitetelor de etică în experimentarea pe animale". Articolul ne dezvăluie nu doar ce stă la baza înființării comitetelor de etică pe diferite niveluri administrative (legile și celelalte normative), dar ne și dumirește referitor la care este menirea acestor structuri în monitorizarea folosirii animalelor în cercetarea științifică. Dincolo de atribuțiunile concrete, normative, în viziunea autorilor, Comisiile de etică au și o menire vitală, mai dificilă, dar meritorie: „creșterea încrederii populației în cercetarea științifică, în general, și în experimentarea pe animale, în special". Da, este un punct de vedere care merită atenția celor care se „înhamă" la activitatea din aceste comisii.

Capitolul al cincilea, ultimul al volumului, **Etica publicării în cercetarea biomedicală**, încearcă să familiarizeze cititorul cu exigențele etice privind redactarea și publicarea lucrărilor în literatura de specialitate (biomedicală), precum și cu dificultățile din calea autorilor pe traseul de la manuscris la lucrare publicată, precum și cu avantajele care rezultă din activitățile de evaluare prin experți. Tandemul de autori Mircea Leabu, Mihail Eugen Hinescu, vine cu două lucrări propuse pentru acest capitol.

Prima lucrare, intitulată „Despre o etică a publicării în domeniul biomedical", încearcă să răspundă unei întrebări care nu este deloc retorică: de ce este nevoie de o etică a publicării, în general, și de o etică a publicării în domeniul biomedical, în particular. Sensibilitatea pentru o etică a publicării a sporit de-a lungul timpului, fiind inițiată, în primul rând, de acțiunile de plagiat. Autorii arată cum, dincolo de contracararea unei asemenea atitudini lipsită de moralitate (furtul intelectual), dorința îndreptățită de a împărtăși rezultatele activității de cercetare în lumea academică prin publicare și alergarea după întâietate, au dus la apariția și practicarea unei diversități de activități lipsite de etică profesională, ceea ce a impus grija tuturor părților interesate (autori de articole, editori de publicații, organisme de finanțare, instituții interesate să recompenseze performanța) de a crea cadre ale activității care să combată slăbiciunile de caracter. Între concluzii, autorii plasează și una care îndeamnă la meditație: responsabilitatea de model de comportament pe care membrii lumii academice trebuie să și-o asume vocațional și/sau rațional.

Ultimul eseu al cărții, al acelorași autori ai precedentei contribuții, este intitulat „Evaluarea prin experți ('peer-review'). O atitudine etică prin excelență" și urmărește să familiarizeze cititorul cu cele la care trebuie să se aștepte, ca autor, când purcede la publicarea rezultatelor muncii de cercetare, dar și cu datoria de a se implica, responsabil, în acțiunea de evaluare a activității altora, atunci când este solicitat de echipele editoriale ale revistelor de specialitate. Mesajul acestui eseu, care consideră acțiunea evaluării prin experți ca una prin excelență etică, poate fi sintetizat de noi, coordonatorii volumului, cu o parafrazare a unui îndemn ce poate fi regăsit și în Biblie: poartă-te cu ceilalți, așa cum ai vrea să se poarte ei cu tine. În activitatea „peer-review" trebuie lăsate deoparte comoditatea, invidia, subiectivismul de orice natură și trebuie să se urmărească doar facilitarea dezvoltării cunoașterii.

Secțiunea finală a volumului nu credem că ar avea nevoie de promovare în acest cuvânt introductiv. Cititorul ar trebui să se aștepte,prin lectura acestei părți a cărții, să găsească „mesaje de luat acasă", adică să rămână cu câteva impresii fundamentale din carte, pe baza cărora să vină să recitească cu încredere unul sau altul dintre eseuri, atunci când are nevoie de reîmprospătări ale informațiilor.

Vorbeam la începutul acestei introduceri de diversitatea și complexitatea abordărilor din volum care ar putea să sperie pe unii cititori. Îi liniștim pe aceștia, dar și pe ceilalți tentați să se cufunde în paginile cărții întrebându-se ce tactică de citire să adopte,spunându-le că ea poate fi utilă indiferent că se urmărește o lectură sistematică de la început la sfârșit, fie că eseurile se parcurg într-o ordine întâmplătoare, pe sărite,

sau sunt urmărite doar contribuțiile ale căror titluri stârnesc un interes direct și imediat. Fiecare lucrare culeasă în volum se sprijină pe ea însăși, în primul rând, deși se integrează foarte bine în ansamblul cărții, potențându-se sub aspectul cunoașterii cu celelalte, toate articolele completându-se reciproc pentru o bună fundamentare a cunoștințelor de bioetică pe care cititorul le poate acumula prin lectură. Vă îndemnăm să pătrundeți în paginile cărții cu încredere și nădejde, cu degajare și fără prejudecăți și veți constata câștigul personal pe măsură ce veți avansa în parcurgerea lucrărilor. Spor la lectură și bucurați-vă de efortul autorilor de a prezenta bioetica într-un mod prietenos tuturor celor care vor să-și perfecționeze capacitatea de a gândi cu propria lor minte. Iar dacă aveți critici, sugestii sau recomandări, autorii și coordonatorii volumului vă așteaptă cu interes opiniile la adresele de e-mail comunicate la începutul fiecărui eseu.

Vitalie Ojovanu, Mircea Leabu

București, Chișinău, august 2021

CAPITOLUL I. REPERE ISTORICE, CONCEPTUALE, TEORII ȘI ORIENTĂRI PRIVIND BIOETICA

REPERE ISTORICE PENTRU BIOETICĂ ȘI APARIȚIA PRINCIPIISMULUI

Mircea Leabu
Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale „Victor Babeș", București
Centrul de Cercetări în Etică Aplicată, Facultatea de Filosofie, Universitatea din București
mircea.leabu@ivb.ro, mircea.leabu@gmail.com

Introducere

O serie de cârcotași, în momente caracteristice de superficialitate, ar putea întreba: „De ce ar fi interesante aspectele istorice referitoare la bioetică?" Acestora, dar nu numai lor, ci și celor interesați, le-aș putea răspunde la această întrebare prin asemănarea cu importanța preocupărilor pentru etimologie. Când cunoaștem originea unui cuvânt ne sporim capacitatea de utilizare a acestuia nu numai corect, dar și în mod creator, sensul se întregește și se adâncește. Dacă înțelegem cum a apărut bioetica, vom putea să o dezvoltăm și să o aplicăm cu mai multă eficiență și cu mai mult succes.

Bioetica, așa cum o cunoaștem noi astăzi, s-a fundamentat pe o serie de realități politico-sociale petrecute pe parcursul celui de-al doilea război mondial, dar și după aceea, până pe la începutul deceniului al optulea al secolului XX, cu impact asupra practicării și dezvoltării medicinei, așadar implicând atât cercetarea biomedicală, cât și activitatea clinică. Totuși, părintele termenului bioetică a fost Fritz Jahr, care într-un articol din 1927 [1], introduce cuvântul în literatura de specialitate. Etimologic, termenul are la bază două cuvinte din limba greacă βίος – viață și ήθος, ἔθος – caracter, comportament, cei doi termeni din urmă fiind la baza cuvântului ἠθικός – caracter moral. Dacă ar fi să interpretăm termenul în accepțiunea etimologică am putea defini bioetica drept comportament moral față de tot ce reprezintă viață în jurul nostru, adică cel puțin pe Terra, viul fiind reprezentat fie de organisme vegetale, fie animale, iar organismele fiind unicelulare ori multicelulare, fără deosebire. De fapt acesta este și sensul pe care creatorul termenului l-a dat, după cum se poate vedea din următorul pasaj:

„[…] nu putem să refuzăm a accepta că exact aceste succese științifice

ale spiritului uman iau omului poziția dominantă în lumea privită ca un întreg. Filosofia, care anterior și-a circumscris ideile esențiale științelor naturii, a trebuit, apoi, să-și construiască propriul sistem pe baza unor idei specifice științelor naturii. Astfel, când Nietzsche a considerat omul ca un stadiu inferior în tranziția către o stare superioară, ca o 'înșiruire întinsă între animal și supraom', asta a reprezentat doar o formulare poetico-filosofică a ideilor lui Darwin.

Care a fost rezultatul acestei răsturnări? În primul rând, o echivalare fundamentală între om și animal ca obiecte ale studiilor psihologiei, care nu mai sunt limitate doar la om, ci folosesc aceleași metode în lumea animală și, atunci când sunt studii comparative anatomico-zoologice, sunt realizate, în același mod, comparații foarte clarificatoare între senzorialitatea animalelor și a omului. Încercări din psihologia plantelor pot, de asemenea, să fie remarcate […] În acest mod, psihologia modernă include toate ființele vii în studiile sale. În aceste circumstanțe, faptul că R. Eisler vorbește de biopsihologie (studiul sensibilității tuturor ființelor vii) este doar o consecință directă.

De la biopsihologie la bioetică este necesar doar un pas, acela prin care să acceptăm obligațiile morale față de toate ființele vii, nu doar față de cele umane."[1]

Așadar, pasajul citat nu doar că ne definește termenul bioetică în accepțiunea născătorului, ci arată și că apariția cuvântului (de fapt a preocupărilor care stau în spatele acestuia) se datorează dezvoltării cunoașterii din biologie și medicină și apare ca o necesitate care implică schimbări de paradigmă.

Ca în orice început, avansarea s-a făcut greu, articolul lui Jahr a cam fost uitat, astfel încât cel care se pretinde creatorul termenului în știința celei de-a doua jumătăți de secol XX este americanul Van Rensselaer Potter, II. Acesta, într-un articol din iunie 1996 intitulat „Ce înseamnă bioetică?", spunea (internetul nu devenise ajutor pentru documentare, de fapt nu exista pentru public) [2]:

„Cred că eu am creat cuvântul când l-am folosit în articolul meu '*Bioetica: știința supraviețuirii*' (4). Acest articol a precedat cartea mea, Bioethics: Bridgeto the Future (5), care a fost dedicată lui Aldo Leopold.[2] Am scris atunci că eu cred că Leopold 'a anticipat extinderea eticii către bioetică', citându-l amplu în dedicație. Astfel, când am folosit termenul 'bio-

---

1 Acest pasaj este tradus de autorul acestui eseu, după versiunea în limba engleză a articolului lui Fritz Jahr, menționat în referința bibliografică[1].

2 Aldo Leopold (1887–1948), căruia îi este dedicată cartea lui Potter, a fost un filosof și om de știință american cu preocupări pentru silvicultură, ecologie și conservarea mediului. A activat ca profesor la Universitatea din Wisconsin, Madison, Wisconsin, SUA contribuind la dezvoltarea eticii mediului și influențând semnificativ aceste tipuri de preocupări.

etică', am înțeles limpede că el include nu doar etica medicală, ci și etica mediului și agricolă. Fără îndoială, cuvântul vorbește prin el însuși."[3]

Interpretând cu atenție acest pasaj, vedem că la aproape o jumătate de secol, după introducerea termenului în literatura științifică de către Fritz Jahr, cel care reanimează noțiunea (crezând că este și inventatorul cuvântului) îi dădea aceeași accepțiune. A urmat o pierdere în încărcătura semantică a cuvântului care s-a redus doar la o încărcătură medicală (atât privitoare la activitatea de cercetare biomedicală, cât și la practica clinică). Chiar și așa, erau vizate cu precădere aspectele legate de atitudinea cercetătorilor și a medicilor față de participanții umani la cercetările științifice, respectiv față de pacienți. Sfârșitul de secol XX și primele decade ale mileniului al treilea au readus în sfera preocupărilor bioeticii interesul față de tratarea printr-o conduită morală a oricăror forme de viață în ansamblul ecosistemelor care începuseră să fie deranjate, dezechilibrate de activitatea umană și de orgoliul speciei umane de a se considera îndreptățit în a supune natura, în loc să o administreze colaborând cu ea.

Bioetica, o necesitate

Deși termenul necesitate este adesea folosit abuziv, nădăjduiesc să argumentez că nu acesta este cazul aici. Bioetica este o componentă a eticii profesionale dezvoltate în paralel și dovedită, în timp, a nu eluda nici o activitate umană. Tocmai de aceea, istoria bioeticii nu poate ignora contextul istoric al eticii profesionale. Dacă este să plecăm de la această viziune globală, putem puncta ceva care reprezintă un truism: orice profesiune este exercitată de oameni, iar oamenii sunt (conștient sau nu) agenți morali. Pe de altă parte oamenii au slăbiciuni, trăiesc dilemele deciziilor între bine și rău, iar asta pentru că nu sunt singuri ci au, prin destin, nevoia de social. Ei trebuie să se raporteze la ceilalți. Mai nou, conștientizăm că ei trebuie să se raporteze la tot ce este viață pe Pământ, iar viața este dependentă și de neviu. Revenind la sfera profesionalului (indiferent de profesiune), acesta are nevoie atât de spirite obișnuite, cât

[3] Pasajul care este citat în text (traducere ML) în original este: „I believe that I coined the word in 1970 when I used it in my article "Bioethics: The Science of Survival" (4) (italics added). This article preceded my book, Bioethics: Bridge to the Future, (5) which was dedicated to Aldo Leopold. I wrote then that I believed Leopold "anticipated the extension of ethics to bioethics," quoting Leopold at length in the dedication. When I used the term "bioethics," therefore, I clearly meant it to include not simply medical ethics, but environmental and agricultural ethics as well. Indeed, the word speaks for itself." În paranteze sunt trimiterile bibliografice din articolul original ce se pot identifica prin: Potter VR. Bioethics: The Science of Survival. *Perspectives in Biology and Medicine*. 1970, vol.14, nr.1, p.127-153. DOI: 10.1353/pbm.1970.0015, pentru (4), respectiv Potter VR.*Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1971.ISBN-13 978-0130765055, pentru (5).

și de spirite mari, ieșite din comun. Profesiunile supraviețuiesc prin spiritele obișnuite, dar dedicate, însă progresează prin spiritele mari. Aceste spirite mari, nu sunt neapărat și mari caractere. Etica, însă, atât la nivel social, cât și la nivel profesional are nevoie de mari caractere. Departe de mine susținerea faptului că între marile spirite și marile caractere ar fi vorba de vreo incompatibilitate. Deloc. Dar viața ne dezvăluie că marile spirite care sunt și mari caractere reprezintă mai degrabă excepția și nu regula. În argumentarea unei asemenea afirmații se așază ceea ce includea Paul G. Braunschweiger, director al programului „Collaborative Institutional Training Initiative" la Universitatea din Miami, Florida, SUA într-o prezentare identificată de mine pe internet acum mai bine de 15 ani, intitulată „Why integrity matters" (de ce contează integritatea). Prezentarea făcea o incursiune în istoria cercetării științifice, înainte de a se axa pe tema de bază: etica cercetării în domeniul sănătății. Braunschweiger trecea în revistă o serie de aspecte de criticat identificate la nume de răsunet între oamenii de știință. Până la a ajunge în contemporaneitate cu exemplele, eticianul semnala că este îndreptățit să-i suspectăm pe Isaac Newton (1642–1727), respectiv Gregor Mendel (1822–1884) că au „coafat" datele raportate pentru a se potrivi ipotezelor susținute. Apoi, ridică semne de întrebare și în ceea ce îl privește pe Antoine Lavoisier(1743–1794)care, în 1777, s-a făcut că uită de lucrările lui Carl Wilhelm Scheele (1742–1786) și Joseph Priestley (1733–1804) în legătură cu descoperirea oxigenului. Alt nume mare, luat în vizor în prezentare, era Louis Pasteur (1822–1895) bănuit că ar fi plagiat munca altora mai puțin renumiți, ca și de a nu fi fost tocmai „ușă de biserică" atunci când a preparat vaccinul împotriva antraxului.

Drept urmare, istoria științei are în portofoliu destule spirite mari deficitare la capitolul caracter, iar știința modernă, ca și cea contemporană nu duc nici ele lipsă de așa ceva. Aceasta a fost tradiția în care s-au întâmplat,în timpul celui de-al doilea război mondial,atrocitățile din lagărele naziste, sub oblăduirea unui medic supranumit cinic „îngerul morții", sub numele său Josef Mengele. Departe de mine a considera că Mengele ar fi fost un mare spirit, dar cu atât mai mult spiritele mici sunt mai susceptibile și pentru a fi caractere mici. Amintirea acestor atrocități se justifică prin faptul că ele au stat la baza dezvoltării bioeticii ca o necesitate. Conștientizarea în opinia publică a atrocităților petrecute în lagărele naziste, sub pretenția că se urmăresc finalități științifice referitoare la capacitatea de rezistență a organismului uman au reprezentat punctul de cotitură în nevoia de bioetică. Codul de la Nürnberg [3], care a fost redactat în 1949, prin luarea în considerarea ceea ce a dezvăluit procesul nazismului, poate fi considerat primul cod de bioetică. A fost

redactat sub forma unui decalog,iar prevederile sale ar putea fi succint reiterate astfel:

1. Participarea voluntară, pe bază de consimțământ în cunoștință de cauză, este esențială, fiind în obligația și în responsabilitatea inițiatorului cercetării sau a intervenției medicale.
2. Cercetarea/experimentul trebuie să conducă la rezultate esențiale pentru binele societății și imposibil de obținut prin alte metode sau mijloace destinate cercetării.
3. Cercetările trebuie să se bazeze, în ipoteze și pregătirea lor, pe rezultate obținute în experimente pe animale.
4. Experimentele trebuie efectuate de așa manieră încât să fie evitată orice suferință ori afecțiune fizică sau psihică, nejustificate.
5. Nici un experiment nu trebuie realizat, dacă există bănuieli că poate cauza moarte sau orice handicap; se pot excepta experimentele efectuate de experimentatorul însuși pe propriul organism.
6. Nivelul riscurilor asumate trebuie să fie sub nivelul determinat al avantajelor umanitare aduse de rezolvarea problemelor investigate.
7. Trebuie luate măsuri adecvate de protejare a participanților la experimente împotriva oricărei perspective de rănire, de producere a oricărui handicap sau a decesului.
8. Experimentele, în orice fază a desfășurării lor, trebuie realizate de persoane corespunzător calificate științific și din punctul de vedere al experienței și îndemânărilor practice.
9. Orice participant ca subiect într-un experiment trebuie să aibă libertatea de a se retrage în orice moment, dacă simte că nu mai poate face față.
10. Orice experimentator trebuie să fie capabil să finalizeze studiul în orice moment, dacă, de bună credință, pe baza experienței și îndemânării profesionale, a analizei temeinice necesare are temerea că se pot aduce prejudicii de sănătate, vreun handicap sau se poate provoca deces participanților.

Codul de la Nürnberg a fost, într-un fel, detonatorul unor preocupări care s-au dovedit apoi îndreptățite mai mult decât ne-am fi putut aștepta. Chiar înainte de a ne convinge că îngrijorările etice din biomedicină nu sunt iluzorii, lucrurile nu au rămas înțepenite. Sensibilizați de cele petrecute și devoalate, în timpul procesului anti nazist de la Nürnberg, profesioniștii lumii medicale, cu acceptul decidenților politici au mers mai departe, iar în anul 1964, prin „Declarația de la Helsinki”[4], au căutat să clarifice și mai mult normativele impuse de progresele din biomedicină. Profesioniștii lumii medicale, cercetători și clinicieni, și-au luat apoi responsabilitățile în serios și au amendat în nouă rânduri documentul inițiat în 1964, cel mai recent la cea de-a 64-a Adunare Generală

a Asociației Mondiale a Medicilor care s-a desfășurat la Fortaleza, Brazilia, în octombrie 2013.Toate aceste modificări, impuse de progresul disciplinelor biomedicale (cercetare și clinică) sunt disponibile electronic prin intermediul internetului, alt instrument de diseminare a cunoașterii datorat dezvoltării societății umane [5].

Devenirea „Declarației de la Helsinki" a dus la stabilirea a 20 de „principii" ale cercetării biomedicale, care se completează prin 5 „principii" combinate cu impact atât pentru cercetarea biomedicală, cât și pentru îngrijirea medicală, inclusiv pentru sistemul de sănătate, în societățile mature politic. După aceste amendări repetate, documentul stipulează pentru agenții implicați în domeniu, datoria de a proteja participanții (la o cercetare științifică sau la un act medical)în privința vieții, sănătății, demnității, integrității, autonomiei, intimității și confidențialității informațiilor. Sunt detaliate aspectele legate de respectarea principiului de acționare prin agenți competenți profesional (pondere dată punctului 8 din Codul de la Nürnberg). Se dă atenție extinderii grijii și atitudinii etice față de animalele de laborator, „obiecte" ale experimentelor. Chiar dacă în etica lui Kant, animalele nu făceau obiectul preocupărilor și datoriei, omenirea a evoluat și responsabilitățile s-au extins. Putem considera că această extindere s-a „insinuat" ca o abordare firească, în contextul bioeticii actuale, întrucât animalele de laborator sunt parte a biosferei și îi influențează echilibrul. Se inițiază și se extinde normarea aspectelor legate de atitudinea precaută în cercetarea biomedicală și în inovarea din actul clinic. Este abordată normarea mai atentă a aspectelor legate de participarea voluntară, pe bază de consimțământ în cunoștință de cauză. E drept că sintagma a intrat în limba română (din comoditate sau din lipsă de respect pentru limba maternă) sub formula „consimțământ informat", chiar dacă în arealul geografic românesc și în semantica limbii oficiale a acestor meleaguri, ideea de a pune la dispoziție informațiile nu înseamnă neapărat și asigurarea că acestea au fost înțelese, adică nu așază participantul, la cercetare sau la actul medical, în ipostaza „cunoașterii/înțelegerii depline a cauzei". Prin documentele normative în vigoare, pentru consimțământul în cunoștință de cauză, se precizează necesitatea elaborării unui material de descriere a cercetării (inclusiv a aspectelor legate de finanțare, de sponsori, de afilierile instituționale, de potențialele conflicte de interese, de responsabilitățile și obligațiile în caz de daune). Sunt abordate din ce în ce mai atent obligativitatea înregistrării fidele și complete a datelor și rezultatelor experimentale ca și responsabilitățile legate de protejarea persoanelor vulnerabile (copii, persoane cu dizabilități psihice și/sau mentale, alte categorii). În acest context, punctul meu de vedere este că orice persoană bolnavă ca și aparținătorii

(mai ales dacă boala este una recunoscută ca periculoasă pentru orizontul de așteptare al supraviețuirii pacientului) sunt persoane vulnerabile care pot fi, voluntar sau involuntar, abuzate. Disperarea de a găsi mijloace eficiente de vindecare pentru cei dragi care s-au îmbolnăvit, mai ales atunci când istoria medicală nu dovedește că acestea ar exista, face din orice bolnav și din cei apropiați lui persoane vulnerabile.

Am alunecat, iată, peste o perioadă istorică foarte lungă, raportat la bioetică. Problema este că, simultan cu inițierea normării cercetării biomedicale, se derula, fără nici un fel de ecou al normativelor și fără remușcări din partea „actorilor" implicați, experimentul cunoscut drept cazul Tuskegee, care a declanșat multe controverse atunci când a fost dat în vileag [6, 7]. Asta ne obligă să facem o buclă în timp și să revenim la ce s-a întâmplat chiar și după Nürnberg (1949) și Helsinki (1964).Experimentul Tuskegee a fost inițiat în anul 1932, cu acordul Serviciului Public de Sănătate din SUA, fiind destinat urmăririi medicale a unor bărbați afro-americani bolnavi de sifilis, pentru a se analiza și înțelege aspectele legate de instalarea și avansarea bolii. Surprinzător sau nu, studiul s-a desfășurat până în 1972 într-o mistificare totală, cu o capacitate de a secretiza realitatea din spatele experimentului demnă de o cauză mai bună. În acest, greu de definit ca atare, studiu medical, după investigarea prealabilă a peste 4000 de bărbați, au fost înrolați 600 de participanți (399 bolnavi de sifilis, 201 participanți sănătoși, în sensul de fără sifilis diagnosticat), toți bărbați negri. Aspectele care au depășit minima abordare etică au fost mai multe. Pacienților li s-a ascuns afecțiunea de care sufereau, spunându-li-se că sunt tratați pentru boala denumită cu sintagma „sânge rău" („bad blood"), o denumire locală pentru boli diverse (sifilis, anemie, oboseală cronică). De fapt, ceea ce este și mai infam, bolnavii nu au beneficiat de nici un fel de tratament, chiar dacă se știa, de prin 1940, că penicilina este eficientă. Totuși, li s-a asigurat asistență medicală gratuită, mese și (sic!) înmormântare gratuită. Acestui caz de abuz în cercetarea medicală (care ar fi putut continua până la zile mai sensibile la etica profesională, dacă nu scăpa informația în presă) a avut un deznodământ tragic prin bilanțul său: 28 de decese datorate bolii, 100 de decese datorate unor complicații corelate cu boala de sifilis, 40 de soții infectate cu sifilis și 19 copii născuți cu sifilis congenital [8]. Se întâmpla în timp ce omenirea se preocupa de a pune în fapt nevoia de etică în cercetarea medicală și clinică, iar asta dovedește că domeniul biomedical are nevoie de caractere puternice, nu de abordări machiavelice.

Revoltător, *post factum*, este și că experimentul de tip Tuskegee nu este o excepție în istoria medicală a SUA.Mai mult, în sfera abuzurilor, prin înrolarea în experimente conduse dincolo de un cadru minimal de

etică profesională, au intrat și copii instituționalizați, cum ar fi cazul cu studiul asupra hepatitei de la Școala de Stat din Willowbrook, statul New York, unde erau instituționalizați copii cu retard mental, sau cazul copiilor cu retard de la Walter E. Fernald State School, Waltham, Massachusetts care au fost hrăniți intens, la micul dejun, cu cereale suplimentate cu fier și lapte suplimentat cu calciu, iar pentru urmărirea absorbției metalelor, un procent al celor două elemente din suplimentări era reprezentat de izotopi radioactivi [8-10].

Transpirarea către presă a unor asemenea practici în cercetarea biomedicală de peste ocean, dincolo de ecoul din opinia publică și dezaprobarea acesteia, a sensibilizat și lumea politică. Ca urmare, a sporit preocuparea pentru normarea eticii domeniului și fundamentarea bioeticii prin implicarea profesioniștilor, inclusiv prin implicarea filosofilor moralei. Reacția (firească?!) a politicienilor a fost aceea de a spori reglementările, astfel încât, în 1974, Congresul Statelor Unite ale Americii adoptă „Actul Național al Cercetării" („National Research Act") și mandatează formarea de „Colegii Instituționale de Evaluare" („Institutional Review Boards") a eticii proiectelor de cercetare. Tot prin acest act, este creată „Comisia Națională pentru Protecția Subiecților Umani din Cercetările Biomedicale și Comportamentale" („National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research") cu misiunea de a lucra la elaborarea unui document oficial care să normeze principial cercetarea biomedicală. A apărut ceea ce este cunoscut sub numele prescurtat de "Raportul Belmont" („The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research"), dat publicității în 18 aprilie 1979, care încununa munca acestei comisii.

„Raportul Belmont" poate fi considerat primul act oficial de bioetică al unor specialiști din mai multe domenii relevante, reieșit din analiza, gândirea și punerea în comun a diverselor puncte de vedere. În echipa profesională operativă de opt membri a „Comisiei Naționale pentru Protecția Subiecților Umani din Cercetările Biomedicale și Comportamentale",în afară de specialiști cu formare medicală, au făcut parte un filosof (Tom L. Beauchamp), un sociolog (Bradford H. Gray) și un psiholog (Miriam Kelty). Documentul de referință care a rezultat pleacă de la afirmații ce reprezintă adevărurievidente: „Cercetarea științifică a produs beneficii sociale substanțiale. Ea a ridicat, de asemenea, o serie de probleme etice tulburătoare" [11]. Partea esențială a raportuluiare 20 de pagini dactilografiate la două rânduri.Se stipulează aici trei principii etice fundamentale: (i) respectul pentru persoane, (ii) binefacerea și (iii) dreptatea. Acestora le sunt subsumate trei aspecte practice legate de aplicarea lor: (i) consimțământul informat (în cunoștință de cauză), (ii) analiza riscurilor

și beneficiilor și (iii) selectarea subiecților (participanților la cercetare). Dincolo de utilitatea sa pentru cercetătorii din științele viului, dar și din cercetarea în științele comportamentale (așadar și sociologică), raportul a reprezentat lansarea unui concept filosofic în bioetică, principiismul. Unul dintre participanții din comisia ce a elaborat „Raportului Belmont", Tom L. Beauchamp, plecând de la experiența oferită de activitatea de acolo, s-a reunit cu James F. Childress pentru a publica, tot în 1979, prima carte de etică biomedicală, cu valoare de manual [12]. Impactul cărții este incontestabil pentru dezvoltarea gândirii etice în medicină, aceasta fiind principalul motor al dezvoltării bioeticii ca etică aplicată. Dinamica acumulărilor de probleme practice și dezvoltările teoretice din bioetică au făcut ca acest tratat să ajungă, în 2019, la cea de-a opta ediție. Principiile elegant și limpede stipulate în cele 20 de pagini ale „Raportului Belmont" au fost dezvoltate și au ajuns, în dorința generoasă de a fi mai pe larg înțelese și aplicabile, la un volum de 314 pagini la ediția întâi, respectiv la 512 pagini pentru ediția a opta. În ceea ce mă privește, cartea aceasta, alături de șansa de a interacționa permanent cu colegii de la „Centrul de Etică Aplicată" al Facultății de Filozofie a Universității din București, au reprezentat temelia inițierii în bioetică și a redactării unor articole proprii publicate în domeniu [13-15]. Încă de la început, principiismul dezvoltat de Beauchamp și Childress identifica patru principii fundamentale, *prima facie*. Acestea,fără a contrazice ceea ce stipula „Raportul Belmont",sunt următoarele: (i) principiul autonomiei (care conceptualiza ceea ce fusese respectul pentru persoane), (ii) principiul binefacerii, (iii) principiul nefacerii răului (care se adăuga, fiind în tradiția practicii medicale încă de la Hipocrate – cu al său jurământ – și sintetizat prin dictonul latin „*primum non nocere*" a cărui paternitate este incertă) și (iv) principiul dreptății, al echității. Prin gândirea de la baza sa și prin conținut, nu este de mirare că această carte a fost rezultatul colaborării unui utilitarist (Beauchamp) cu un kantian (Childress).Ea este puternic impregnată cu filoane ale filosofiilor morale utilitariste și deontologice. Principiismul este o teorie care îmbină elegant cele două curente ale eticii, fiind util abordărilor etice medicale și, mai general, bioeticii, putând sta la baza analizei unor dileme morale biomedicale și putând ghida decizia etică ce se impune în contexte specifice fiecărui caz în parte.

Cam acesta a fost începutul și am încercat să prezint contextul științific, social și chiar politic în care bioetica a luat ființă. A urmat o sporire permanentă a interesului pentru problemele de etică profesională care apăreau în domeniul biomedical aflat într-o continuă expansiune. Bioetica a devenit o permanență a cercetării biomedicale și a activității clinice. A urmat o reacție europeană la dezvoltarea principiismului, prin

definirea celor patru principii puțin diferit[16, 17]: (i) respectul autonomiei, (ii) respectul demnității, (iii) principiul integrității și (iv) principiul vulnerabilității. Deși putem vorbi de un principiism anglo-american și unul european, am comentat în altă parte, succint, cum cele două nu sunt chiar așa de diferite ci se întrepătrund într-un mod convergent făcând lipsită de utilitate dualitatea [13]. În sfârșit, un document care nu poate lipsi într-o istorie a bioeticii, oricât de succintă ar fi ea, este „Convenția pentru protecția drepturilor și demnității ființei umane cu privire la aplicațiile biologiei și medicinii: convenția drepturilor omului și biomedicina", cunoscută sub titlul scurt „Convenția de al Oviedo" [18], dată publicității în aprilie 1997. Doar parcurgând cuprinsul acesteia, apare evident cât de mult a sporit complexitatea bioeticii. Dincolo de clarificări legate de aspectele abordate și de alte documente anterioare în materie, apar problemele legate de genetică, folosirea organelor și țesuturilor, interzicerea obținerii de foloase financiare din folosirea de părți ale corpului uman. Convenția este întărită prin suplimentări, elaborate ulterior, privind clonarea umană (1998), transplantul de organe și țesuturi umane (2002), testarea genetică pentru scopuri de sănătate (2008). Fără îndoială, lucrurile nu se pot și nu se vor opri aici. Oamenii de știință, profesioniștii eticii, societatea civilă, politicienii veghează pe mai departe la așezarea tuturor aspectelor activității umane cu relevanță pentru bioetică într-o matrice etică; atât pentru abordarea morală specifică speciei umane, cât și pentru a permite dezvoltarea cunoașterii.

Concluzii

Bioetica este un domeniu al eticii profesionale aplicabil științelor legate de lumea viului. Ea a apărut ca o necesitate destinată normării atitudinii etice față de tot ce este viață și pe măsură ce cunoașterea umană s-a dezvoltat, iar tehnologiile au evoluat omenirea a constatat că viața de orice fel(fie ea vegetală sau animală, respectiv individuală sau de grup, de biosistem viu ori ecosistem) trebuie protejată pentru supraviețuirea speciei umane. Avântul dezvoltării tehnologiilor la sfârșitul secolului al XX-lea și începutul de mileniu trei au contribuit semnificativ la explozia de cunoaștere din biomedicină și la sporirea interesului pentru cercetarea vieții. Acestea stau la temelia unor preocupări etice fără precedent pentru activitatea din domeniu.În acest context biomedicina și bioetica merg mână în mână pe drumul lor către progresul omenirii, mai ales că adesea capacitatea de adaptare a comportamentului uman este depășită de rapiditatea dezvoltării cunoașterii, așa cum Ingmar Persson și Julian Săvulescu argumentau în cartealor „Neadaptați pentru viitor. Nevoia de bio-ameliorare umană" [19].

Scurta istorie a bioeticii se caracterizează prin mersul în paralel al preocupărilor de normare a atitudinii etice în cercetarea biomedicală și activitatea clinică, simultan cu lipsa de sensibilitate pentru aceste preocupări ale unora dintre actorii ce activau în domeniu, până către ultimul pătrar al secolului XX. Abia după aceea bioetica a reușit să se impună, prin efortul comun al caracterelor puternice din cercetare și clinică, al filosofilor moralei, al politicienilor și reprezentanților societății civile. Asta nu înseamnă că toți agenții interesați, menționați în propoziția anterioară, nu trebuie să își păstreze vigilența ținând cont, pe de o parte, de dezvoltarea rapidă a domeniului biomedicinii și, pe de altă parte, de realitatea că omul este expus slăbiciunilor și greșelii.

Încotro ne îndreptăm? Este o întrebare care capătă o puternică încărcătură etică la începutul mileniului al treilea, iar eu sunt tentat să rămân încrezător și să îi dau un răspuns optimist. În ciuda traseului mai mult sau mai puțin întortocheat, direcția spre care merge specia umană este cea bună.

Bibliografie

1. Jahr, F. Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tie rund Pflanze. *Kosmos. Handweiser für Naturfreunde.* 1927, vol.24, nr.1,p.2-4. (A se vedea traducerea în limba engleză la: http://www.ufrgs.br/bioetica/jahr-eng.pdf (accesat: 17 aprilie 2021).
2. Potter, V.R. (1996) What does bioethics mean? *The Ag Bioethics Forum. An interdisciplinary newsletter in agricultural bioethics*, Vol. 8, No. 1 – June 1996
3. Nuerenberg Military Tribunals. Permissible Medical Experiments. În: *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10*, Vol. 2, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1949.p. 181-184. Disponibil la: https://www.loc.gov/rr/frd/Military_Law/pdf/NT_war-criminals_Vol-II.pdf (accesat: 17 aprilie 2021).
4. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Disponibil la: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/DoH-Jun1964.pdf (accesat: 17 aprilie 2021).
5. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Disponibil la: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/ (accesat: 17 aprilie 2021).
6. Baker, S.M., Brawley, O.W., Marks, L.S.Effects of untreated syphilis in the negro male, 1932 to 1972: a closure comes to the Tuskegee study, 2004. *Urology*. 2005, vol.65, nr.6, p.1259-1262. DOI: 10.1016/j.urology.2004.10.023
7. White, R.M.Effects of untreated syphilis in the negro male, 1932 to 1972: a closure comes to the Tuskegee study, 2004. *Urology*. 2006, vol.67, nr.3, p.654. DOI: 10.1016/j.urology.2005.08.025
8. Autori nenominalizați. Unethical human experimentation in the United States. Disponibil la: https://ipfs.io/ipfs/QmXoypizjW3WknFiJnKLwHCnL72vedxjQkDDP1mXWo6uco/wiki/Human_experimentation_in_the_United_States.html (accesat: 18 aprilie 2021).

Leabu, M. Bioetica: istoric și semnificație. În: *Etică și integritate în educație și cercetare* (Coord. Antonio Sandu, Bogdan Popoveniuc). București: Tritonic, 2018. P.133-155. ISBN 978-606-749-398-6

9. Alliance for Human Research Protection. 1944–1956: Radioactive nutrition experiments on retarded children by Harvard and MIT. December 29, 2014. Disponibil la: https://ahrp.org/1944-1956-radioactive-nutrition-experiments-conducted-by-harvard-and-mit-on-disabled-children/ (accesat: 18 aprilie 2021).
10. Hornblum,A.M., Newman,J.L., Dober, G.J. Against Their Will. The Secret Historyof Medical Experimentationon Children in Cold War America. New York: St. Martin's Press; Palgrave Macmillan, 2013. ISBN 978-0-230-34171-5
11. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979) The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. DHEW Publication No. (OS) 78-0014. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 20402. Disponibil la: https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf (accesat: 18 aprilie 2021).
12. Beauchamp, T.L., Childress. J.F. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 1979. ISBN 978-0195024876
13. Leabu, M. Principlism *versus* utilitarianism in translational medicine ethics. *Studia UBB. Philosophia*. 2011, vol.56, nr.2, p.53-63.
14. Leabu, M. Tissue engineering: an ethical approach in the perspective of principlism and utilitarianism. *IFMBE Proceedings*. 2011,vol.37, p.1291-1295.
15. Leabu, M. A Framework for assessment and management of ethical risks related to stem cell use in tissue engineering. *Ethics in Biology, Engineering and Medicine – An International Journal*. 2011, vol.2, nr.4, p.333-345. DOI: 10.1615/EthicsBiologyEngMed.2012006025
16. Rendtorff, J.D. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy,dignity, integrity and vulnerability – towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, Health Care, and Philosophy*. 2002, vol.5, nr.3, p.235-244. DOI: 10.1023/a:1021132602330
17. Kemp, P.,Rendtorff, J.D. The Barcelona declaration. Towards an integrated approachto basic ethical principles. *Synthesis Philosophica*. 2009, vol.23, nr.2, p.239-251.
18. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention), 04 Aprilie 1997. Disponibil la: https://www.jus.uio.no/english/services/library/treaties/03/3-04/oviedo.xml (accesat: 17 aprilie 2021).
19. Persson, I., Săvulescu, J. Neadaptați pentru viitor. Nevoia de bio-ameliorare umană (traducere Valentin Mureșan). București: All, 2014. ISBN 978-6065872936

BIOETICA GLOBALĂ ÎN CONTEXTUL BIOETICII SOCIALE: ABORDARE TEORETICO-METODOLOGICĂ

Teodor N. Țîrdea
Catedra de filosofie și bioetică,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova
teodor.tirdea@usmf.md

Necesitatea elaborării conceptului de bioetică globală și complexitatea edificării acestei paradigme

Actualmente, problema privind apariția și devenirea bioeticii globale este una inedită și în aceeași măsură contradictorie, anevoioasă, dar și semnificativă, importantă pentru practica umană, mai ales pentru elaborarea strategiei de supraviețuire a omenirii. În literatura științifico-filosofică contemporană sunt vehiculate două abordări care mai mult sunt declarate, decât argumentate: (1)existența normelor morale universale *alternează* cu o altă interpretare, conform căreia (2) diversitatea bioetică este o realitate aparte, adică totalmente se susține prezența divergențelor morale. În această ordine de idei apar câteva întrebări, la care nu-i atât de simplu a răspunde, dar e necesar. Ele ar putea fi formulate în felul următor: 1) Poate oare azi comunitatea mondială să prevadă apariția și să promoveze devenirea unei bioetici universale, globalizate? 2) Dacă da, atunci când așa ceva se va întâmpla și care ar fi cauzele ce ar provoca aceste modificări? 3) În fine, va deveni oare bioetica globală o realitate specifică sau va rămâne un basm nerealizat?

Unii autori, abordând problema posibilității edificării unei etici biologice globale pentru toate popoarele Terrei, răspund destul de categoric la provocările nominalizate, adică la constituirea unei bioetici planetare. De exemplu, bioeticianul contemporan nord-american (SUA) Herman Tristram Engelhardt jr., în lucrarea sa „Fundamentele bioeticii creștine. Perspectivă ortodoxă”, direct și univoc declară, dar și demonstrează, pluralitatea, multitudinea bioeticii și, deci, și a eticii comunității mondiale. „Pluralitatea viziunilor morale care constituie postmodernitatea – afirmă autorul – e doar un aspect al provocării la adresa moralei contemporane. Elementele sau dimensiunile morale nu pot fi integrate deplin într-o viziune morală seculară”. Declarând această opinie, H. Tristram Engelhardt jr. precizează mai apoi în lucrarea sa motivele ce provoacă această multiplicitate a moralei: „Nu putem – scrie el – armoniza (1) justul și binele (2) pretențiile la o perspectivă morală universală și angajamentele morale particulare (3) justificarea morală și motivarea faptului de a fi moral sau

chiar (4) justificarea conținutului moralei" [1 p.251].

Explicațiile respective ar putea fi acceptate, dar în alte ipostaze, alte circumstanțe, atunci când, de exemplu, civilizația actuală n-ar fi amenințată permanent de o criză antropogenă *invaironmentală* (*environmentală)*[1] (antropoecologică) globală [2p.264], când ea n-ar fi pândită la orișice colț al Terrei de un omicid planetar, când, concomitent, se întreprind măsuri de a elabora noi mecanisme și pârghii, inclusiv de caracter moral, de asigurare a securității umane la nivel global și regional, despre care s-a scris nu o dată și se scrie în literatura de specialitate.

Luând în considerare cele expuse și lăsând la o parte problema privind căile și factorii globalizării, vom pune accentul pe esența și conținutul moral al dezvoltării globale, adică vom analiza posibilitatea și condițiile apariției și devenirii bioeticii universale în lumea contemporană, plină de tot felul de contradicții, inclusiv de divergențe comportamentale, care se manifestă chiar și în forme violente.

O asemenea abordare a problemei în cauză ne va impune să acceptăm *o morală unică* pentru majoritatea regiunilor lumii, pentru majoritatea confesiunilor religioase, pentru majoritatea popoarelor și statelor. O atare teorie specifică a moralei va deveni utilă, în viziunea noastră, referitor doar la soluționarea unei probleme–cheie: *elaborarea și implementarea în practică a strategiei de supraviețuire a civilizației contemporane*. Este vorba de noi strategii planetare (cum ar fi: combaterea sporirii nejustificate a populației pe Terra) și asimilarea abordărilor *ecogeice*[2] (din grecește: *ecos, **οἶκος*** – casă și *Geea, Gaia, **Γαῖα*** – pământ), ca și de realizarea prin acestea a revoluției *axiogenezice*[3] (din grecește: *axia, **ἀξία*** – valoare,-demnitate, onoare și *genesis*, **γένεσις** – facere, naștere, origine, creație),cu depășirea în practica umană a c*onsumismului* nejustificat, promovarea noilor tipuri de organizare a economiei, de exemplu, a *economiei biosfero-noosferice*, care ar substitui-o pe cea de economie de piață și, fără îndoială, *suprimarea* diversității morale în lume, elaborarea unei bioetici universale plasate pe o anumită pistă – pe cea a asigurării securității umane la nivel planetar.

---

1 Termenul *invaironmental sau environmental, -ă* (de la englezescul „**environment**") se încearcă a fi introdus ca neologism în limba română pentru a simplifica folosirea sintagmei „mediu înconjurător". Reușita acestei tentative o va dovedi timpul și acceptarea ideii de către lingviști, considerând-o ca neforțată (nota coordonatorilor volumului – NCV).

2 Este vorba de abordări care să conștientizeze că Pământul este casa noastră și că avem datoria să ne îngrijim de ea. Termenul este conceput de autorul acestui eseu (NCV).

3 Acest termen nou, introdus de autorul acestei contribuții, își propune să definească revoluția de reașezare a valorilor pe baze contemporane, adecvate începutului de mileniu al treilea, acest lucru însemnând atât preluarea valorilor,apărute de-a lungul istoriei omenirii, care își păstrează actualitatea, cât și făurirea unora noi, specifice perioadei istorice pe care o trăim, caracterizată prin dezvoltarea fără precedent a științei și tehnologiei (NCV).

În 2005, Herman Tristram Engelhardt jr. publică (cu cinci ani mai târziu după editarea monografiei sale menționate mai sus), în *Current Opinion in Critical Care*, articolul „De ce nu există o bioetică globală?" (republicat în limba rusă cu o prescurtare nesemnificativă în revista *Человек* din Federația Rusă) [3], unde autorul își revede poziția vizavi de această problemă [4], căutând simultan idei, mijloace și metode netradiționale de a armoniza diverse principii și imperative ale moralei și bioeticii, cu scopul de a apropia traiectoriile de evoluție a eticii biologice a lui V. R. Potter și a bioeticii globale, când e vorba de realizarea strategiei de supraviețuire. Acest lucru s-a dovedit a fi nu atât de simplu de realizat, însă bioeticianul nord-american a obținut unele rezultate, care vor fi menționate, dar nu înainte de a aminti câteva momente ce țin de evoluția cunoștințelor bioetice de la apariția acestora și până astăzi.

Direcțiile de dezvoltare și mecanismele de constituire a bioeticii globale în strategia supraviețuirii

S-a menționat nu o dată că prin opera sa V.R. Potter a oferit și continuă să ofere multor reprezentanți ai științei și filosofiei din lumea contemporană „hrană intelectuală" pe parcursul, a aproximativ cinci decenii. Despre ce este vorba,când se afirmă așa ceva?

În primul rând, nu doar unii savanți, dar și unele organizații internaționale nu apreciază la justa valoare moștenirea bioetică a lui V.R. Potter în asigurarea dezvoltării inofensive a civilizației contemporane, subestimează consecințele negative ale diversității normelor moralității în diverse colțuri ale lumii, nu promovează consecvent posibilitatea apariției și devenirii unei bioetici universale. Acest fapt a fost criticat de noi în articolul „Traseele istorico-noționale și modelele teoretice în dezvoltarea bioeticii: analiză teoretico-metodologică și comparativă" publicat în *Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice* (2011, nr.1, Chișinău) [5], unde se stabilește că din cele *cinci* trasee pe care le-a parcurs bioetica potteriană în dezvoltarea sa, doar două au devenit modele teoretice în sensul larg al cuvântului (bioetica timpurie și cea tardivă a lui V.R. Potter), iar celelalte trei așa au și rămas, niște piste de dezvoltare a eticii medicale (nu bioeticii), susținute chiar de UNESCO, dar sub tutela bioeticii.

Î*n al doilea rând*, ne întrebăm: câtă diversitate, cât pluralism nejustificat al bioeticii este promovat, de exemplu, în traseul nord-american *etica biomedicală* după T.L. Beauchamp și J.F. Childress (1977) și cel european *bioetica și biodreptul vest-europene*în opiniile lui J.D. Rendtorf și P. Kemp (1994-1998), ambele bazate pe principiism? Câte cheltuieli, câte forțe s-au irosit în realizarea acestor proiectecu participarea a zeci de țări și sute de oameni, ca mai apoi să ne pomenim cu noi divergențe morale în ambele

trasee, care în ultimă instanță diversifică la maximum normele moralității și principiile morale ale bioeticii, ceea ce contrazice postulatelor fundamentale de elaborare a strategiei de asigurare a securității umane din perspectiva bioeticii globale.

În fine, *în al treilea rând*, H.T. Engelhardt jr., abordând această problemă, își manifestă cu toată convingerea atitudinea negativă față de aceste organisme internaționale, care și în sec. al XXI-lea promovează pluralitatea moralității. „Consecințele bioetice ale diversității normelor morale– afirmă el – adesea se subestimează. Uimitor că în lume, unde divergențele morale se manifestă chiar în forme violente, în loc de a studia posibilitățile existenței pașnice în prezența dezacordurilor morale fundamentale, oamenii anunță existența normelor morale și bioetice laice universale. Mărturie semnificativă a incapabilității de a rezista la provocările pluralității morale– declară mai departe H.T. Engelhardt – este «Declarația Universală privind Bioetica și Drepturile Omului», elaborată de UNESCO, în 2002 și adoptată în octombrie 2005. În acest document este imposibil a găsi priceperea importanței provocărilor pe care le oferă diversitatea esențială a normelor moralității, dar și înțelegerea necesității de a găsi proceduri strategice ce ar permite colaborarea în pofida divergențelor morale reale".

Nucleul acestei Declarații (elaborată de UNESCO) îl constituie asigurarea și respectul demnității umane, a drepturilor omului și libertăților fundamentale și nimic mai mult, ceea ce este foarte important, dar insuficient pentru a realiza o construcție artificială tehnico-practică umană vizavi de bioetica globală. Cu alte cuvinte, suntem martorii unei afirmații corecte, însă fără precizări și recomandări concrete fațăde esența pluralismului bioetic, de combaterea acestui flagel în strategia supraviețuirii, de constituirea bioeticii la nivel planetar.

Diversitatea morală, ce provoacă și o bioetică pluralistă, trebuie depășită și acest fapt este conștientizat clar de H.T. Engelhardt jr. „Nu există morală universală, prin urmare– afirmă el– nu există nici bioetică universală" [1 p.310]. Pentru a ameliora situația în practica cotidiană, adică pentru a apropia în comunitatea mondială traiectoriile evoluției bioeticii propriu-zise și a celei globale, pentru a diminua gradul pluralismului moral în societate, se vine cu o propunere neobișnuită, de a diviza bioetica în două părți: prima – „*bioetica pentru prieteni*" (în societatea omogenă, bioetica de *conținut*), a doua – „*bioetica pentru străini*" (în societăți neomogene, bioetica fără conținut, bioetica de procedură). În primul caz, după cum s-a menționat anterior, nu apar probleme, totul se armonizează de la sine, ceea ce nu se întâmplă în al doilea caz. Aici lucrurile se complică, apare necesitatea de a instala o înțelegere, un acord între

„străini", care poate fi realizat prin intermediul comitetelor de bioetică de diferit nivel (local, regional, național și internațional).

Un alt mecanism de origine teoretico-practică, ce ne-ar permite să apropiem bioetica potteriană de cea globală, ține de bioeticizarea socium-ului și de adaptarea eticii biologice la segmentele realității sociale. La această etapă de desfășurare a strategiei de supraviețuire a omenirii bioetica se deplasează într-un alt profil – de inițiere și devenire a eticii biologice în curs de globalizare, fiind concepută ca „o orientare a culturii spre utopiile mai vitale cu scopul de a supraviețui", unde concomitent are loc în mod obligatoriu și o adaptare rezonabilă a bioeticii la fragmentele socium-ului. În așa fel, bioetica planetară, pe de o parte, incluzând în sine etica medicală și pe cea privind mediul înconjurător, asigură o supraviețuire durabilă și acceptabilă; pe de altă parte, ca o ramură de cunoștințe în devenire, ea este *strâns legată cu bioetica socială*, se manifestă prin intermediul acesteia, deoarece *socio-bioetica apreciază gradul de bioeticizare a socium-ului și, concomitent, nivelul de adaptare a eticii biologice la segmentele realității sociale*, fără de care devine imposibilă apariția și devenirea bioeticii la nivel global.

Așadar, răspunsurile la întrebările puse de noi la începutul acesteipublicații s-au dovedit a fi destul de reale, dar cu o anumită reticență, ceea ce instalează anumite restricții asupra procesului de transformare a bioeticii potteriene în una globală, pe care le-am putea contracaraprin intermediul diverselor pârghii – atât teoretice, cât și practice. Aceste acțiuni vor permite multor comunități să obțină rezultate acceptabile în realizarea strategiei de supraviețuire prin intermediul moralității. Deci, *bioetica globală nu este un basm, un mit, ci o realitate specifică, o construcție artificială din partea teoreticienilor și practicienilor, a experților de tot genul, mai ales din domeniile bioeticii, biotehnologiilor, nanotehnologiilor, geneticii etc., care-și doresc să edifice o bioetică ce ar putea fi îmbrățișată de majoritatea populației de pe Terra.*

Bioetica globală în raport cu bioetica socială: configurații teoretico-metodologice și practice

Sarcina fundamentală și primordială a științei și filosofiei contemporane o constituie elaborarea și implementarea în practica socială a diverselor mecanisme de realizare a strategiei de asigurare a securității umane la nivel global, regional și național. Actualmente, sunt cunoscute și se implementează cu succes diverse instrumentare de înfăptuire a strategiei de supraviețuire, printre care, alături de informatizarea și intelectualizarea societății, ecologizarea, globalizarea și *noosferizarea* [6] acesteia, se evidențiază *bioeticizarea* socium-ului. Cea din urmă, în comun acord cu

acomodarea bioeticii la segmentele realității sociale, constituind obiectul de studiu al bioeticii sociale, este examinată drept pârghie ce contribuie substanțial la inițierea și devenirea bioeticii la nivel planetar, adică a bioeticii globale din perspectiva socio-bioeticii.

Altfel vorbind, bioetica socială ne oferă posibilitatea de a transforma pas cu pas etica vieții în bioetica planetară, ceea ce, de regulă, este foarte complicat, deoarece e necesar de a depăși în practica cotidiană manifestarea diversității morale, care există inevitabil în societate și care pune permanent piedici devenirii bioeticii globale. Acest fapt actualmente este primul „dușman" al bioeticii planetare, obstacolul principal în instalarea toleranței bioetice pe Planetă, în afara căreia este practic imposibilă și o comunicare socială adecvată, veritabilă între membrii comunităților.

Existența (prezența) diversității eticii biologice o recunosc practic toți reprezentanții actuali ai științei și filosofiei, ce sunt preocupați de problemele eticii vieții. Acest fapt a fost argumentat de noi și de aceea doar amintim că există situații, apar circumstanțe când dimensiunile morale pot fi aduse la un numitor comun pentru majoritatea populației Terrei. *E vorba de cazul, când în fața cercetătorului estepusă doar o singură sarcină – elaborarea strategiei de supraviețuire a omenirii.* În așa context și doar numai într-o astfel de ipostază, divergența moralității, și deci și cea a bioeticii, poate fi depășită, combătută. În alte cazuri, așa ceva practic nu este posibil și nici nu e rezonabil. La acest capitol, susținem opinia bioeticianului nord-american din SUA Herman Tristram Engelhardt jr., care propune metode originale de a diminua la maximum pluralismul bioetic din lume și deci a apropia esențial traiectoriile de dezvoltare ale bioeticii potteriene și celei globale.

În literatura filosofico-bioetică, la tema respectivă se întâlnesc și alte opinii. Însă e necesar de menționat că mecanismele de reducere a pluralismului moral în societate, de elaborare a bioeticii globale în realizarea strategiei de supraviețuire trebuie supuse unei analize profunde și minuțioase, adică să nu reducem aceste metode doar la cele descriptive, fără dovezi elocvente, care de regulă, se pot transforma în niște declarații. De exemplu, cunoscutul teolog german Hans Küng, în cartea sa „Responsabilitate globală: în căutarea unei noi etici mondiale" (1991), indică ideile principale, care ar putea fi lansate la baza moralei universale, printre care depistăm: nu doar libertate, dar și responsabilitate; nu doar egalitate, dar și pluralitate; nu doar frăție bărbătească, dar și solidaritate feminină; nu doar coexistență, dar și pace; nu doar productivitate, dar și o armonie cu mediul ambiant; nu doar toleranță, dar și ecumenism. După cum vedem, aici sunt expuse fragmentar careva cerințe, imperative față de etica universală, pe care noi le apreciem la justa valoare, dar ele sunt prezentate în

lipsa unei metodologii sistemice, complexe și bine pusă la punct (clare, precise) vizavi de definiția acestei noțiuni, de principiile ei morale și metodologice.

Alt moment important ce provoacă artificial diversitatea bioeticii pe Terra ține de deciziile organizațiilor internaționale care de fiecare dată recomandă noi imperative, noi reguli morale în organizarea cunoștințelor eticii vieții în implementarea acestora în medicina practică, în sănătatea publică. Noi am examinat și această problemă. Același lucru s-a întâmplat și la seminarul din 2009, organizat tot de UNESCO, la Chișinău, unde au participat reprezentanții multor țări din Europa și Asia, ce sunt preocupați de predarea și de cercetarea în domeniul bioeticii. Pe parcursul acestei manifestări unii oratori în discursurile lorau purces prea departe, întreprinzând niște acțiuni pur declarative, axate spre negarea prezenței principiilor metodologice în favoarea celor morale ale bioeticii potteriene, chiar cu identificarea celei din urmă cu etica din domeniul medicinei practice, ceea ce nu corespunde absolut deloc dinamicii eticii vieții. Cu exemple de așa gen ne confruntăm adesea și la Congresele Naționale de Bioetică cu participare internațională, care-și desfășoară lucrările o dată latrei ani, în orașul Kiev, Ucraina, începând cu anul 2001.

În țările post-sovietice o analiză a bioeticii universale, planetare o găsim în lucrările filosofului ucrainean S.V. Pustovit, unde autoarea urmează,teoretico-metodologic și filosofic,premisele lui V.R. Potter despre bioetica globală ca o unitate, o simbioză a eticii medicale și a celei a mediului înconjurător. Din păcate, autoarea nu a propus modelul său de interpretare a bioeticii globale. S.V. Pustovit pur și simplu a analizat diverse modele ale eticii nominalizate, inclusiv pe cele potteriene, dar n-a reușit să formuleze varianta sa proprie de bioetică globală și să formuleze impactul negativ al altor căi alebioeticii în elaborarea strategiei de supraviețuire.

În fine, o interpretare interesantă a noțiunii nominalizate o găsim în ultimul articol al lui V.R. Potter (2001) „Bioetica globală: o orientare a culturii spre utopiile mai vitale cu scopul de a supraviețui" [7]. Reieșind din această definiție potteriană, sunt posibile multiple variante de interpretare a esenței și conținutului bioeticii planetare, unul dintre care este propus de noi în ediția prezentă: *examinarea eticii biologice la nivel planetar din perspectiva bioeticii sociale*. Drept consecință, perspectiva interpretării bioeticii globale depinde în cea mai mare măsură de puterea manifestării mecanismelor ce dau naștere bioeticii sociale, adică a noțiunilor ei cheie: *bioeticizarea socium-ului și adaptarea bioeticii*. Bioetica globală, incluzând în sine etica medicală și pe cea a mediului înconjurător asigură o dezvoltare durabilă și acceptabilă. Bioetica universală, ca un domeniu

al cunoștințelor în devenire strâns legat de socio-bioetică, se manifestă și se definește prin intermediul acestui fenomen, în afara căruia, cu nici-o condiție, univoc nu doar că nu se va dezvolta, dar nici nu va apărea. Bioetica la nivel planetar, practicîn toate aspectele sale, este determinată de conținutul și gradul de manevrare a socio-bioeticii, de forța de acțiune a paradigmei bioetice asupra socium-ului și de adaptarea ei rațională, rezonabilă la segmentele societății.

Bioetica globală este o construcție aparte, artificială, dar și teoretico-aplicativă, ce își are punctele de plecare la teoreticieni și practicieni, la diverși experți, ce își doresc să edifice o etică biologică, în baza socio-bioeticii, care ar putea fi acceptată de majoritatea populației Terrei în cadrul și în numele doar a unei strategii: strategiade asigurare a securității civilizației contemporane.

Toleranța bioetică în elaborarea și implementarea bioeticii planetare: exercițiu teoretico-metodologic

Tema de studiu formulată în titlul secțiunii de față, manifestându-se prin actualitatea și complexitatea sa, prin caracterul său specific și novator, nu provoacă dubii, ba chiar din contra, ne îndeamnă să căutăm noi metode, noi abordări în examinarea acestei vaste probleme a contemporaneității ce ține de asigurarea securității existenței umane. Această configurație a investigației nominalizate ne obligă să formulăm câteva precizări, ba chiar și explicații.

În primul rând, este vorba de obligațiile contemporanilor față de moștenirea bioetico-filosofică a lui V.R. Potter, marele umanist al sec. al XX-lea. Ea (moștenirea) include în sine o multitudine de idei, concepte, ipoteze teoretico-etice și, mai întâi de toate, în organizarea socium-ului prin intermediul moralității. Printre acestea se pot evidenția acele paradigme, postulate care au transformat teoria acestui ilustru biochimist, oncolog și bioetician nord-american în una extraordinară, una excepțională și, în aceeași măsură, extrem de necesară pentru civilizația contemporană. Asta din cauză că ea are ca obiect de examinare strategia de supraviețuire a omenirii prin prisma eticii biologice, eticii viului. „Omenirea are nevoie de asocierea biologiei și a cunoștințelor umanistice…, din care urmează – scrie V.R. Potter– constituirea științei supraviețuirii, iar prin intermediul acesteia de stabilit sistemul de priorități" [8 p.16].

Deci fuziunea cunoștințelor biologice (cunoștințe „periculoase" în viziunea V.R. Potter) cu valorile general-umane dă naștere unei noi discipline, pe care V.R. Potter o etichetează „Bioetică". Cu alte cuvinte, el îndeamnă omenirea, comunitatea științifică, întâi de toate, să elaboreze și să introducă în practică *componenta morală* a strategiei de supravie-

țuire. Mai apoi, acest mare cancerolog, biolog și bioetician ne oferă și câteva recomandări, care, la etapa actuală de dezvoltare a civilizației, au o semnificație aparte, deosebită. „E necesar de avut biologi – ne invită el – care ar putea explica: ce putem noi face și ce nu trebuie să facem pentru a supraviețui, dacă noi sperăm să menținem viața pe Terra și să ameliorăm calitatea ei în următoarele trei decenii" [8p.14].

În al doilea rând, s-ar putea adăuga și alte momente din doctrina lui V.R. Potter, dar și cele expuse ne permit să purcedem la o relevare a noțiunii de „toleranță bioetică",indicând rolul și locul ei în strategia de asigurare a securității umane. Analiza literaturii științifico-filosofice contemporane din țară, dar și dincolo de hotarele ei, ne demonstrează faptul că această noțiune practic nu este studiată, chiar mai mult, că acest *termen* nici nu se utilizează, nici nu se întâlnește în publicațiile savanților și filosofilor, ceea ce nu este justificat. Se pot aduna o mulțime de exemple ce ar confirma cele menționate.

În al treilea rând, intențiile și aspirațiile de a scoate în evidență, de a releva esența toleranței bioetice, rolul și locul acesteia în spațiul cunoștințelor eticii biologice ni se impune și nu întâmplător. De acest exercițiu este nevoie în abordarea concretă și sistemică a ritmurilor și tempo-urilor de dezvoltare a problemelor globale ale contemporaneității, ale tehnologiilor scientofage avansate planetare, a apariției în lumea științifică a diverselor genuri de „cunoștințe periculoase", a altor consecințe negative pentru *Homo sapiens,* pe care este necesar de a le prevedea, de a le aprecia socio-bioetic,în concordanță cu imperativele evoluției civilizației contemporane. Aceasta va permite societății, structurilor ei ierarhice să determine și să implementeze în practică, mai profund și mai adecvat,noi pârghii *teoretico-metodologice, morale* și *juridice,*cu scopul de a moderniza paradigmele dezvoltării inofensive, ce stau la baza strategiei noosfero-morale de asigurare a securității umane.

E bine venită aici și o *a patra precizare,* care face posibilă chiar și cu o explicație, referitoare nemijlocit la stabilirea esenței *noțiunii* de *toleranță bioetică* în raport cu comunicarea biosocială și socio-bioetica. Prin explicațiile celor din urmă (socio-bioetica și comunicarea biosocială) va deveni posibilăstabilirea scopului toleranței bioetice, importanța și locul ei în elaborarea strategiei dezvoltării socio-naturale inofensive la etapa actuală de evoluție a civilizației contemporane. Acest fapt se va întâmpla deoarece comunicarea se examinează într-un spațiu mai extins, care include în sine nu doar „socium-ul pur", „curat", cișilumea vie, adică e vorba de o *comunicare biosocială.*

În situații tradiționale, relațiile comunicative (legăturile, raporturile, conexiunile) umane se desfășoară doar în prezența (pe baza) tole-

ranței sociale, care nu asigură *o atitudine grijulie față de biosferă,* adică nu garantează protejarea acesteia. În așa fel, înglobarea lumii biomedicale în *câmpul de acțiune a dialogului* social (comunicării sociale) o transformă pe cea din urmă într-o *relație biosocială,* care la rândul său generează toleranța bioetică, deoarece din acest moment, în procesul nominalizat, se include *bioeticizarea societății și adaptarea bioeticii* la fragmentele socium-ului. Acestea, la rândullor, fiind niște noțiuni extrem de valoroase, constituie esența *statutului bioeticii sociale.*

Detaliind celespuse, amintim că *bioetica socială* poate fi *prezentată* ca un tip specific al eticii biologice, ca un fenomen complicat ce ține, pe de o parte, *de devenirea toleranței bioetice și moralității*socium-ului (colectivului) în raport cu toate nivelurile materiei vii (bioeticizarea societății), iar pe de altă parte, de reflectarea bioetică specială, consideratăîn cazul dat drept *o înțelepciune nouă*, drept *un mod de viață aparte* și o *nouă mentalitate*, drept o *nouă ideologie* a sănătății publice și o *politică deosebită* a statutului în raport cu problemele lumii biomedicale (*adaptarea bioeticii*) [9]. *Socio-bioetica este un gen* al bioeticii, care are ca obiect de cercetare procesul de bioeticizare a societății și adaptării eticii biologice la socium într-o strânsă conexiune și interacțiune dintre acestea. *Biosocio-comunicarea,* spre deosebire de comunicarea socială, cuprinde în sine, în măsură egală, bioeticizarea segmentului social și acomodarea bioeticii la cel din urmă. În felul acesta, *biosocio-comunicarea* poate fi desfășurată doar în prezența unei noi toleranțe, pe care noi am etichetat-o *toleranță bioetică.*

Toleranța tradițională (socială), reieșind din cele menționate, nu poate asigura o fundamentare adecvată (practică și teoretică) a strategiei de supraviețuire a omenirii, o dezvoltare civilizațională, socio-naturală a realității actuale la nivel planetare. Doar *toleranța bioetică* [2 p.197, 201] devine un instrument distinct și efectiv în realizarea sarcinii de bază formulate mai sus, adică de asigurare a securității umane la nivel extins. Elaborarea noilor abordări în explicarea și implementarea strategiei dezvoltării inofensive globale (regionale, naționale, locale) dictează necesitatea aplicării în teorie și în practică a tuturor componentelor comunicării biosociale și a socio-bioeticii. Despre ce e vorba?

Societatea și bioetica, drept sisteme deschise, aliniate, dezechilibrate și autoorganizate permanent *interacționează* și se influențează reciproc, adică reprezintă un proces comunicativ complicat, unde ambele componente ale acestuia suportă modificări (atât în conținut, cât și în formă) și care nemijlocit contribuie la o comunicare socială perfectă și eficientă. Pe de o parte, *societatea*, în acest act sinergic, *se socializează* tot mai mult sub acțiunea semantico-morală a cunoștințelor bioetice (în

sens larg al cuvântului, după V.R. Potter). Pe de altă parte, etica primește prefixul „bio", luând contact cu membrii socium-ului, sub presiunea tradițiilor, obiceiurilor, dogmelor religioase și particularităților naționale, *se acomodează* tot mai frecvent la segmentele realității sociale, adică se adaptează la valorile spirituale ale societății respective, la normele etice și chiar la cele juridice ale oricărui stat, ale oricărei regiuni a lumii etc. Un asemenea proces, cu rezultate benefice pentru socium, nu poate fi organizat în afara unei comunicări sociale (poate chiar biosociale), bine și eficace constituite. În consecință, această contactare provoacă și apariția fenomenelor, cum ar fi *bioeticizarea socium-ului* și *adaptarea eticii biologice* (bioeticii) la spațiile sociale, ale căror niveluri de manifestare sunt studiate de *bioetica socială*. Celei din urmă i se atribuie elaborarea metodelor de evaluare a afirmării fenomenelor nominalizate, poate chiar și măsurarea cantitativă a dimensiunilor acestora. Ultimul cuvânt aici trebuie să-l spună și să-l afirme nu doar bioeticienii, ci și sociologii, psihologii, juriștii, medicii, chiar și matematicienii. Acest fapt devine un plus aparte pentru cercetarea bioeticizării socium-ului și acomodării bioeticii, pentru edificarea fenomenului subtil-vibratil cum este bioetica planetară.

Concretizând, menționăm că *bioeticizarea* reprezintă, mai întâi de toate, o activitate comunicativă axată pe *implementarea* principiilor metodologice și morale ale bioeticii, a *regulilor* și *normelor* acesteia în mediul biosocial, cu toate consecințele ce reies din actul nominalizat [2 p.199-201, 299]. În procesul activ al bioeticizării, într-o interacțiune specifică și miraculoasă, se pomenesc toate componentele activității, adică subiectul, obiectul, mijloacele, cerințele, condițiile, scopurile, rezultatele ș.a. O bioeticizare eficace, *adecvată* și bine acomodată la mediul socio-biologic nu poate fi realizată în afara fenomenului de *toleranță bioetică*. Același lucru îl putem afirma și despre acomodarea bioeticii.

Adaptarea la nivel sociocultural și biologic este determinată, de asemenea, de caracterul activ al indivizilor. Principiile și normele morale ale bioeticii au în calitate de purtători pe *Homo sapiens,* inclusiv pe savanți, filosofi, bioeticieni, teologi, practicieni etc. Din această cauză, când se vorbește despre acomodarea bioeticii, este necesar de avut în vedere coliziunea (ciocnirea) opiniilor acestor oameni cu conceptele morale, cu tradițiile și obiceiurile ce sunt prezente în unele sau alte fragmente ale socium-ului și pe care ne dorim să le bioeticizăm.

Acomodarea bioeticii reprezintă o armonizare, o aclimatizare a cunoștințelor bioetice la percepția unei anumite părți a populației Terrei, poate chiar la toată populația acesteia, dacă este vorba despre noosferizarea întregii societăți. *La nivel de relații umane, acomodarea se apreciază și*

chiar se calculează prin intermediul capacității unor oameni de a dialoga cu alții și, firește, a capacității indivizilor de a se interpreta corect unul pe altul, în loc de a se respinge.

Apropo, aici ar fi binevenit încă un argument la cele spuse, și anume că *prezența toleranței bioetice,* care ar permite oamenilor din diverse civilizații și confesii să aducă la un numitor comun, măcar parțial, dar fără excepție, imperativele bioetice vizavi de fenomenele netradiționale ale lumii biomedicale, cum ar fi, de exemplu, medicalizarea, „cunoștințele periculoase", homosexualitatea, canibalismul, incestul, violența și terorismul, sterilizarea, sporirea nechibzuită a populației Terrei, vandalismul, sadomasochismul, altruismul, ascetismul, prostituția, narcomania și alcoolismul, stigmatizarea, suicidul, eutanasia, traficul de oameni, pedeapsa capitală, avortul, clonarea, bolnavii psihic și de HIV/SIDA, senectutea, copiii orfani, invalizii etc., care constituie concomitent și *câmpul de probleme ale bioeticii sociale.*

Ar fi logic să evidențiem câteva variante de interacțiune adaptabile ale societății și bioeticii, străduindu-ne să minimalizăm la maximum perioada de acomodare: (1) *reînnoirea* conținutului bioeticii, adică atunci când cerințele acesteia se modifică în concordanță cu normele și tradițiile segmentului concret al realității sociale, latura moral-etică a acestuia rămânând neschimbată, nesuferind modificări; (2) *subordonarea* segmentului realității sociale, imperativelor morale ale cunoștințelor bioetice, care la rândul lor nu se schimbă, dar supun modificării, chiar și transformării, temeliile uzuale bioetice ale socium-ului dat; (3) *ură, animozitate* din partea socium-ului: nu se are în vedere o supunere, o cucerire totală a acestuia din partea principiilor morale vechi, ci o modificare creativă, constructivă în care cunoștințele bioetice noi, refuzând scopurile sale uzuale, se impun nu de pe poziții conservatoare, ci înaintează scopuri nobile, utilizează metodologii noi, metode netradiționale, ce corespund cerințelor strategiei de asigurare a dezvoltării acceptabile, inofensive a lumii contemporane.

Practica denotă că în procesul de comunicare biosocială, de răspândire plenară a cunoștințelor bioetice în socium, în exercițiile ce țin de elaborarea noilor strategii de existență umană din perspectiva toleranței bioetice, este necesar de avut în vedere toate tipurile de acomodare a societății și bioeticii, concomitent cu evitarea supraaprecierii (sau subaprecierii) unei variantei de adaptare în favoarea (defavoarea) alteia. În funcție de situațiile politice, morale, ideologice, religioase etc., de tradițiile și obiceiurile din spațiul uman examinat se pune accentul pe una sau pe alta dintre variantele de acomodare, dar poate chiar și pe toate deodată. Așadar, cei ce sunt preocupați de elaborarea strategiei dezvoltă-

rii planetare inofensive trebuie să fie cu ochii în patru pentru a nu absolutiza una sau alta dintre concepții, pentru a nu avantaja pe una din cele trei variante de acomodare nominalizate mai sus.

În încheiere, menționăm că toleranța bioetică, concept nou, netradițional în spațiul cunoștințelor biotice potteriene, determină pe de-a întregul (deplin) nivelul și gradul manifestării socio-bioeticii și comunicării biosociale în realitatea biologico-socială. În afara acestor fenomene, nici nu poate fi vorba despre soluționarea problemelor ce țin de siguranța omului, a biosferei integral, de elaborarea noilor paradigme ale strategiei de supraviețuire a biosferei, a civilizației contemporane, în particular.

Principiile teoretice fundamentale ale bioeticii globale

În situația actuală creată pe Terra este foarte importantă şi necesară o autosesizare a procesului de constituire a bioeticii globale, o monitorizare multi-aspectuală, multilaterală și adecvată a analizei sociopolitice ale celei din urmă, luând în considerare interesele şi tradițiile forțelor care vor fi implicate în elaborarea şi realizarea noului *program* (codex) *etic* pentru viitoarea *societate,* edificat în baza principiilor socio-morale netradiționale ale dezvoltării comunității planetare. Esența acestora (a principiilor) reiese direct din temeliile sistemului pe care ele sunt obligate să le fortifice. Unul dintre postulatele socio-morale dominante ale eticii globale va deveni, cu siguranță, cel al *cosmopolitismului,* care va impune anihilarea hotarelor suzeranităților naționale şi acceptarea unei noi structuri de relații ale puterilor statale.

Conform tradițiilor, funcția principală a cosmopolitismului o constituie descătușarea inițiativei individuale, obiectiv axat spre asigurarea unui echilibru la nivel mondial lipsit de orice restricție socială ce ar încerca s-o înlănţuiască. În antichitate, de exemplu, cosmopolitismul a jucat rolul principal în distrugerea fundamentelor spiritului de polis, în decăderea eticii respective. Actualmente, obiectivul cosmopolitismului devine lichidarea bazelor colectivismului social, ce se manifestă prin forme de instituții statale naționale, prin metode de afirmare a normelor şi imperativelor existenței sociale extra-statale.

Devine imposibil a interpreta bioetica dezvoltării noosfero-durabile (sferei rațiunii) în afara transformării *pacifismului* într-un principiu moral al evoluției inofensive globale. Apărut prin anii ‹60 ai sec. al XX-lea, fiind lozincă pentru diverse subculturi de tineret, la începutul mileniului al III-lea el obține niște trăsături de sens moral, determinând conceptual comportarea multor generații. Devenind maturi, tinerii conștientizează că războiul nu poate aduce fericire, că acesta reprezintă o armă morală proastă în mâinile multor politicieni de o manieră neprofesională, nefi-

ind capabili să soluționezecontradicțiile dintre state, dintre popoare prin metode diplomatice. În perfectarea dezvoltării relațiilorinternaționale pe cale pașnică e necesar ca pacifismul să devină principiul socio-moral nu doar pentru reprezentanțiisocietății civile, dar înainte de toate pentru toți politicienii ce dețin astăzi puterea în stat.

Un alt precept al bioeticii comunității planetare, ce se edifică actualmente în cadrul conștiinței sociale, este cel al *invaironmentalism-ului (sau environmentalism*[4]*-ului)* (în sens larg al cuvântului), adică a *militării pentru protecția mediului*. Protejarea mediului a devenit astăzi nu doar o activitate vitală de asigurare a securității viului (plantelor şi animalelor), dar şi un câmp de luptă ideologică. Este vorba de o intenție insuficient argumentată în justificarea aşa-numitului drept general-uman asupra resurselor naturale, care n-ar trebui, afirmă adepții acestuia, să se regăsească în administrarea statelor naționale, ceea ce provoacă în lume neînțelegeri, invidie, ură, chiar conflicte şi războaie. Într-adevăr, actualmente, nu există niciun principiu moral, nici o lege naturală care ar îndreptăți apartenența acestor bogății unui stat sau altuia. Suntem convinși că o asemenea interpretare oferă spațiu intelectual şi etic pentru noi discuții la acest capitol, atât în plan juridic, cât şi moral.

Dezvoltarea durabilă, socio-naturală, admisibilă şi inofensivă la nivel planetar nu se va realiza şi în afara altei reguli morale a bioeticii planetare, cum ar fi cea a *toleranței*. Cea din urmă se referă şi la biosferă, deci e necesar ca această regulă morală să fie consolidată în conștiința socială numaidecât (obligatoriu) *în sens extins, larg*. Toleranța ca regulă etică apare inițial în conștiința religioasă. Mai apoi,ease transformă într-un imperativ spiritual ce include în sine reprezentările despre indulgență-față de reprezentanții altor culturi, naționalități, față de minoritățile religioase, sexuale etc., despre care astăzi se discută destul de emotiv în societate, în comunitatea europeană, inclusiv în Republica Moldova.

Actualmente, toleranța, ca şi numeroase alte componente, configurații şi laturi ale modelului social neoliberal, suportă o criză profundă, mai ales în Europa Occidentală, fapt despre care ne vorbesc evenimentele de ultimă oră ce se desfăşoară în Franța, Spania, Italia, Anglia, Germania etc. Sunt cunoscute repercusiunile negative ale manifestării multiculturalismului nu doar în Europa de Vest, dar şi în Rusia, Bielorusia, Ucraina, ba chiar şi în țara noastră. Tot aici ar fi binevenită şi opinia referitor la promovarea din perspectiva asigurării securității umane a toleranței bioetice, care ar extinde acţiunea adecvată a acestei norme morale şi asupra

[4] A se vedea nota de subsol 1, privind explicațiile legate de acest termen preluat din limba engleză (NCV).

viului, adică şi asupra animalelor şi plantelor, despre ce s-a menționat anterior.

În special, dacă am încerca să generalizăm cele expuse mai sus, putem conchide cu certitudine că principiul fundamental, principal, de bază al eticii biologice (bioeticii globale) devine *umanismul*, care ar include în sine,parțial, toate celelalte imperative descrise mai sus. Umanismul, ca şi demnitatea, în opinia noastră, se extinde şi asupra viului. Umanismul global actual devine afirmarea și conservarea dimensiunilor bioetice în hotarele adoptate de civilizație, deoarece, în cele din urmă, omul a fost şi rămâne a fi „măsura tuturor lucrurilor".

Tot la acest capitol ar fi util de adăugat că, în opinia noastră, originea şi devenirea eticii biologice, evoluția ei ulterioară vor depinde în cea mai mare măsură (şi în parte) de puterea şi forța intenției civilizației contemporane de a edifica o bioetică globală adecvată, drept componentă de bază a strategiei de supraviețuire a omenirii alături de alte instrumentări în realizarea acesteia.

Bioetica la nivel planetar, fiind o construcție *teoretico-practică artificială din partea savanților şi filosofilor*, poate apărea şi e necesar să apară doar într-o singură direcție, pe pista elaborării şi implementării sistemului strategic de asigurare a securității globale umane, a strategiei de ocolire a omicidului planetar. Pe această dimensiune nu pot exista alte paradigme, deci e necesar a exclude mai întâi pluralismul moral, derivata căruia automat purcede spre o bioetică pluralistă, ceea ce nu contribuie la edificarea unei bioetici unice, universale în strategia de supraviețuire a omenirii.

Bibliografie

1. Engelhardt, T.H., Jr. *Fundamentele bioeticii creştine. Perspectivă ortodoxă*. Sibiu: Deisis, 2005. ISBN: 973-7859-08-1
2. Ţîrdea, T.N. *Bioetică: curs de bază*. Manual. Chișinău: CEP Medicina, 2017.
3. Энгельгард, Х.Т. Почему не существует глобальной биоэтики? Человек *(*Москва*)*. 2008, №1, с.74-82.
4. Engelhardt, T.H, Jr. Critical care: whythereisno global bioethics. *Current Opinion in Critical Care*. 2005,vol. 11,nr. 6, p.605-609.DOI: 10.1097/01.ccx.0000184166.10121.c1
5. Ţîrdea, T.N. Traseele istorico-noționale și modelele teoretice în dezvoltarea bioeticii: analiză teoretico-metodologică și comparativă. *Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice. Chișinău*. 2011, nr.1, pp.7-18.
6. Țîrdea, T.N., Ursul, A.D. Noosferizarea proceselor demografice – calea spre dezvoltarea durabila a civilizației contemporane. **În**: *Filosofie, medicin***ă**, *ecologie: Probleme de existen***ță** ***ș****i de supraviețuire ale omului*. Materiale conferinței a IV-a **științifice** internaționale. 7-8 aprilie 1999. Red. st. T.N. T**î**rdea. Chisinau:-CEP "Medicina", 1999, pp.80-86.

7. Поттер, В. Р. *Глобальная биоэтика: движение культуры к более жизненным утопиям с целью выживания. Практична філософія.* Київ. 2004, nr. 1, pp. 4-14.
8. Поттер, В. Р. Биоэтика: мост в будущее. Київ: Вадим Карпенко, 2002.
9. Цырдя, Т.Н. Статус, предмет и проблемное поле социальной биоэтики: методологический анализ. *Биоэтика. Волгоград.* 2012, nr. 1, pp. 5-11.

PRINCIPIILE BIOETICII – REVIRIMENTE ÎN MEDICINA CONTEMPORANĂ

Ludmila Rubanovici
Catedra de filosofie și bioetică,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova
ludmila.rubanovici@usmf.md

Motto: *„Își merită viața, libertatea-acela numai*
Ce zilnic şi le cucereşte ne-ncetat”
Goethe [1 p.451]

Actualmente cerințele față de biomedicină, tehnicizarea practicii medicale, dar și așteptările socio-umaniste ale societății solicită evaluarea efectelor pe care le aduc noile posibilități ale științei, în general, și ale biomedicinei, în particular, asupra vieții omului. Acest rol îi revine bioeticii, prin cunoștințele și instrumentele (principiile bioeticii) sale adecvate, de a aprecia valoarea complexă,de a constata în ce măsură aceste rezultate sunt compatibile cu viața, sănătatea, demnitatea umană – valori general-convenite ce călăuzesc viața omului. Standardele morale specifice de comportament ale lucrătorului medical și ale cercetătorului în medicină sunt elaborate în contextul dezvoltării ingineriei genetice și biotehnologiei, care ar trebui să fie baza sistemului de asigurare a sănătății populației. Derogarea de la aceste standarde reprezintă limitarea libertății civile, pierderea din valoarea relației democratice a autorităților sanitare cu cetățenii, micșorarea calității serviciilor medicale și dezumanizarea sistemului de sănătate. Medicina contemporană cere paliere clare pentru a identifica problemele și dilemele etice, situațiile de conflict, precum și pentru a oferi cadrul complet de reglementări corecte și asumate legale în luarea deciziilor morale.

Timp de secole în cultura și tradiția europeană, și nu numai,au fost propuse diverse principii etice, reguli și recomandări care au însoțit exis-

tența și dezvoltarea medicinei, înlocuindu-se periodic. În întreaga varietate istorică a experiențelor și practicilor medicale care reflectă realitatea eticii medicale se desemnează patru forme sau modele principale ale eticii medicale: *modelul Hippocrates, modelul Paracelsus, cel deontologic și modelul bioetic*. Caracteristicile evenimentelor din trecut și fundamentele fiecăruia dintre aceste modele au determinat formarea și dezvoltarea principiilor morale ce constituie astăzi conținutul normativ-valoric al eticii biomedicale contemporane. În cele ce urmează vor fi analizate aceste modele câte unul în parte.

1. Primul model moral al vindecării, *modelul Hippocrates*, a fost stabilit de Părintele medicinei – Hippocrates (460-377 î.Hr.), vestitul medic al Greciei antice, fondatorul Școlii elene de Medicină, cel care a distins medicina de alte domenii și a stabilit-o ca profesie. Imperativul „sfințeniei" sau non-violenței asupra vieții umane stau la originea eticii medicale ca atare, iar în celebrul său sistem etic „Jurământ", dar și în tratatele notabile ale Corpusului hipocratic: *Cartea pronosticurilor; Despre regim în bolile acute; Aforisme; Despre aere, ape și locuri; Instrumente de reducere; Despre boala sacră* etc., medicul-filosof a revoluționat practica medicinei, a formulat îndatoririle medicului față de pacient și activitatea sa. Unul dintre cele mai importante porunci conform lui Hippocrates este „*Nolinocere!* / Nu face rău!", care determină acțiunile medicului astfel: „Voi direcționa regimul bolnavilor în avantajul lor în conformitate cu puterea și înțelegerea mea, abținându-mă de la provocarea de vătămări și nedreptăți" [2]. Modelul hipocratic conține o garanție profesională inițială, care este considerată o condiție și o bază pentru recunoașterea valorii, importanței lucrătorului medical nu numai de către societate, în plan profesional, ci și de fiecare om care suferă, ca să încredințeze medicului ceea ce are mai valoros: sănătatea și viața. Făgăduiala hipocratică reflectă toate domeniile de activitate ale medicului, în care acesta trebuie să respectei mperativul de a nu face rău: *fizic* (pentru a trata corect, de a alege metoda de tratament care va aduce cel mai puțin dăunător efect secundar), *socio-psihologic,legal* (ne divulgarea secretelor medicale) și *moral* (respect și recunoștință față de profesori, colegi, familie, etc.).

2. Al doilea model istoric al eticii medicale, *modelul Paracelsus,* a fost prezentat în Evul Mediu cel mai explicit de către cel al cărui nume îl poartă. Paracelsus (1493-1541) este considerat inventatorul medicamentelor chimice și al efectelor psihoterapeutice, iar în înțelegerea relației medic-pacient a dezvoltat și a exprimat în mod clar principiul „Faceți bine!". Modelul Paracelsus se caracterizează prin două aspecte principale: 1) afirmarea principiului paternalist în medicină și 2) punerea accentului pe natura sugestivă a influenței personalității medicului asu-

pra pacientului. Dacă în modelul hipocratic al eticii medicale, mai întâi de toate, se câștigă încrederea socială a pacientului, atunci în modelul Paracelsus se pune accentul pe luarea în considerare a caracteristicilor emoționale și spirituale ale personalității pacientului, pe recunoașterea importanței contactului emoțional cu medicul și implicarea unui astfel de contact în procesul de tratament. În cadrul modelului Paracelsus, *paternalismul* este pe deplin dezvoltat ca un tip de relație între medic și pacient. Această abordare este determinată și stabilită de virtutea medicului, direcția voinței sale spre bunăstarea pacientului, iar vindecarea este exercițiul organizat al binelui, binele fiind în esență divin la origine. Nu este surprinzător faptul că elementul moral principal care se formează în limitele acestui model este principiul „Fă fapte bune!", sau „Fii milostiv!". Vindecarea este exercițiul organizat al binelui, iar binele este în esență de origine divină. Paracelsus ne-a învățat că: „Puterea unui medic este în inima lui, lucrarea sa ar trebui să fie ghidată de Dumnezeu și călăuzită de lumina naturală și experiență; iar cea mai importantă bază a medicinei este iubirea" [3].

3. Respectarea principiului datoriei, conform *modelului deontologic,* a apărut odată cu următoarea criză a eticii medicale, în era dezvoltării capitalismului. Pe de o parte, această criză este cauzată de dominația relațiilor mărfuri-bani în societate, inclusiv în furnizarea de servicii medicale. Pe de altă parte, îmbunătățirea practicii medicale a dus la o creștere a costului medicamentelor, serviciilor de asistență medicală și, ca urmare, nivelul și eficacitatea îngrijirilor medicale depindeau direct de nivelul veniturilor pacientului. Depășirea acestei crize a fost asociată cu dezvoltarea unui model deontologic de etică medicală. Termenul *deontologie* (din limba greacă: ***δέον***, *deon*– datorie, teorie a datoriei, obligație,ceea ce trebuie făcut; ***λόγος***, *logos*–cuvânt, vorbire, raționament, studiu) a fost propus în secolul al XIX-lea de filosoful englez Jeremy Bentham (1748-1832) [4] pentru a desemna știința comportamentului uman, profesional și se aplică în mod egal oricărui domeniu de activitate profesională: medicină, educație, drept, inginerie etc. Conform conceptului lui Bentham, funcționarea societății, în general, și a comunităților profesionale, în special, ar trebui realizată cu condiția respectării principiilor morale și atitudinilor etice în mod obligatoriu. Ulterior, aceste idei au fost transferate într-o mai mare măsură în spațiul comunității medicale. În conformitate cu ideile deontologiei, activitățile unui lucrător medical, de orice nivel și calificare, sunt determinate de următoarea ierarhie: a) reglementările morale ale societății; b) atitudinile morale și etice ale comunității medicale; c) acțiunile medicului în situații specifice, determinate de mintea și voința sa [5].

În 1803, medicul englez Thomas Percival (1740-1804) a publicat lucra-

rea *Etica medicală* [6] în care a descris un set de reguli și îndrumări adresate comportamentului chirurgilor în spitale și practici private, care stipulează o atitudine echitabilă a medicului față de toate grupurile sociale de pacienți, iar în 1845, Maximilien (Max) Simon (1807-1889), a publicat lucrarea *Deontologia Medicală*, în care activitatea medicală este asociată cu „creșterea maximă a cantității de utilitate și eliminarea consecințelor dăunătoare ale muncii medicale inadecvate" [7]. În cartea sa, M. Simon dedică un capitol calităților intelectuale și morale pe care medicul ar trebui să le posede sau să le dobândească pe parcursul activității sale.

În același timp, formarea modelului deontologic s-a dovedit a fi asociată și cu doctrina etică a datoriei lui Immanuel Kant (1724-1804). Kant propune evaluarea unei acțiuni ca necesar a fi îndeplinită, corectă, datorată, cuvenită, pornind de la un anumit tip de acțiune, iar legea morală, pentru om, ca ființă rațională finită și supusă tentațiilor afectelor, să ia forma imperativului categoric: „Făptuiește așa încât maxima voinței tale să poată fi totdeauna, în același timp, valabilă ca principiu al unei legislații universale" [8$^{p.8}$]. Kant definește necondiționat că în atitudine și comportament agentul etic trebuie să fie ghidat de ideea de respect și de recunoașterea autonomiei voinței fiecărei persoane: „De aceea, legea morală îi poruncește omului (= fenomen) să respecte, atât în persoana proprie, cât și în a oricărui altui om, umanitatea, să nu vadă în alt om niciodată un mijloc, ci să-l respecte ca scop în sine, ca noumen" [8$^{p.21}$]. În plus, însăși natura relației (medic-pacient, părinte-copil, stat-cetățean) este de asemenea importantă, ceea ce înseamnă că ideea datoriei se corelează (când vine vorba de domeniul medicinei) cu principiile deja existente ale profesiunii în sine, exprimate în principiile eticii medicale și, mai presus de toate, prin principiul „Nu face rău!" [9 $^{p.331}$]. Deci, actul medical ar trebui să fie determinat cel puțin de conștientizarea comportamentului adecvat și de zona în care se acționează. Exemplu: dacă un chirurg explică cu atenție pacientului riscurile și beneficiile procedurilor chirurgicale, dar face acest lucru, dorind să primească laude de la colegi, pentru a-și îmbunătăți reputația, atunci un astfel de act nu poate fi evaluat ca demn. În cadrul modelului deontologic, respectarea datoriei presupune nu numai îndeplinirea îndatoririlor cuiva (în cadrul unui anumit domeniu de îngrijire), ci și recunoașterea autonomiei și a independenței dorințelor pacientului față de dorințele doctorului.

Etica medicală tradițională în ansamblu era etica predominant profesională, corporativă și se concentra pe drepturile și obligațiile medicului în raport cu pacientul, precum și pe reglementarea normativă a relațiilor medic-pacient. Intervenția neprofesioniștilor a fost redusă la minimum, iar medicul dispunea și de completitudine etică.

4. Modelul bioetic, al *Respectării drepturilor și demnității omului,* pre-

zintă cadrul în care sunt analizate problemele etice legate de îngrijirile medicale, de relațiile medic-pacient și impactul lor asupra pacienților, beneficiari de servicii medicale. Modelul bioetic în mare parte se axează pe teoriile etice și sociale ce au un caracter prescriptiv și normativ [10] pentru activitatea medicală. Dacă în etica medicală la nivelul modelului deontologic se discută despre buna exercitare a practicii profesionale reglementate de morală, lege și drept, în modelul bioetic principala dezbatere a problemelor este „pluralismul etic sau moral" [11 p.12]. În context multicultural, conștientizarea „pericolelor" aduse de progresul biomedicinei, conflictul dintre drepturile opuse ale persoanei, schimbările în relația medic-pacient, competența pacienților etc. și căutarea de soluții ce nu pot veni din partea științei sunt alte teme de dezbatere [12 p.345,346].

Tendința „totalitară", de până în anii ˈ60-70 ai secolului XX,din etica medicală a fost în mod inevitabil revizuită. Ca urmare a dezbaterilor publice care au fost aprige în Statele Unite și Europa de Vest, s-a stabilit că *obiectul* cercetării științifice sau al acțiunii terapeutice nu este doar corpul uman, ci *subiectul* în integritatea sa: antropologică sau ontologică (ființă umană în corporalitatea sa); conștientă (ființă psihică); morală (capabil să decidă pentru sine). Prin urmare, nimeni nu are dreptul să efectueze cercetări științifice sau să desfășoare acțiuni terapeutice fără permisiunea pacientului însuși.

Ulterior, comunitatea științifică medicală a dezvoltat și a discutat principiile bioeticii, recunoscute ca fiind universale. În ceea ce privește stabilirea altor principii, ele apar într-un *set*aparte și uneori au conținut diferit, reflectând specificul abordărilor regionale ale drepturilor omului, tradițiilor și valorilor naționale. Bioeticienii nu sunt deseori de acord cu abordarea limitelor precise ale disciplinei. Se discută dacă domeniul ar trebui să se preocupe de evaluarea etică a tuturor întrebărilor care implică biologia și medicina, sau este doar un substrat al activității medicale. Unii reduc bioetica doar la evaluarea etică, la moralitatea acțiunilor lucrătorilor medicali, a inovațiilor tehnologice aplicate în tratarea pacienților, a studiilor din cercetare etc. Alții sunt de altă părere, lărgind sfera aprecierii etice și incluzând moralitatea tuturor acțiunilor care ar putea ajuta sau dăuna organismelor vii. În consecință, actualmente se cunosc două căi de evoluție a bioeticii sau două tipuri de bioetică: 1) *bioetica în sensul cel mai larg* – studiază problemele de etică a mediului, precum și cele biomedicale; 2) *bioetica în sens îngust* – se examinează problemele ce apar în contextul medical[13 p.18-26]. Aceste direcții de cercetare a bioeticii, începând cu anii ˈ90 ai secolului trecut, au devenit de interes pentru R.Moldova prin intermediul membrilor Catedrei de filosofie și bioetică, în elucidarea specialiștilor din domeniul sanitar. Astfel, principiile morale, utilizate în aceste două direcții, diferă

unul de altul, însă interacțiunea între ele este reciprocă. De asemenea, este important de menționat faptul că principiile în ambele cazuri reprezintă un spectru de enunțuri normative tradiționale și sunt derivate din abordări consecvente și bazate pe datorie.

Principiile normative ale bioeticii în sens larg, filosofic și socio-cultural

• *Principiul biosferocentrismului:* recunoaște orice acțiune care produce consecințe benefice atât pentru natură, cât și pentru societate. Se subliniază necesitatea co-evoluției între omul rațional, responsabil de existența, viață sa, dar și de generațiile viitoare, păstrând biosfera integră, necesară pentru supraviețuire.

• *Principiul beneficiului social:* consideră măsura în care o acțiune produce consecințe benefice pentru societate. Acest principiu accentuează aspectul socio-filosofic al bioeticii, problemele sociale,datorate progresului tehnico-științific și schimbarea modului de gândire al omului.

• *Principiul bunăvoinței:* identifică importanța de a ajuta pe cei aflați în nevoie, de a fi solidar, generos, evlavios cu ei(nu numai ființe umane, ci și non-umane).

• *Principiul non-dăunării*: de a nu prejudicia nici o ființă vie sub nici o formă, de a nu dăuna sistemului biosferă-om-societate.

• *Principiul onestității*: orice acțiune trebuie să fie corectă, integră, incoruptibilă, cu probitate față de alții.

• *Principiul responsabilității și legalității*: îndeplinirea obligațiilor și respectarea legii, asigurând securitatea individuală și colectivă, existența demnă și dezvoltarea durabilă continuă.

• *Principiul autonomiei*: recunoașterea libertății fiecărei persoane și a acțiunilor sale, a autenticității pozițiilor, a valorilor, motivațiilor etc., individuale.

• *Principiul justiției/dreptății:* asigură dreptul persoanei la un proces echitabil, o compensație echitabilă pentru prejudiciul cauzat și distribuirea corectă a beneficiilor; identifică drepturile unei persoane la viață, informații, confidențialitate, liberă exprimare și siguranță.

• *Principiul respectării demnității umane:* distinge interesele și bunăstarea fiecărui om ca priorități asupra interesului exclusiv al științei sau societății conform legii ce asigură ocrotirea sănătății publice, protecția drepturilor, libertățile altora etc.

Principiile bioeticii în sens îngust, centrate pe relația medic-pacient și activitatea biomedicală

În domeniul asistenței medicale sau al biomedicinei este dificil să fie respectate reguli sau principii care sunt desăvârșite, universale. Acest lucru se datorează numeroaselor variabile ce există în ansamblul de

împrejurări ale cazurilor clinice, precum și faptului că în îngrijirea sănătății există mai multe moduri de rezolvare, aplicabile în diverse situații. Chiar dacă nu sunt considerate absolute, aceste imperative servesc drept ghiduri de acțiune în medicina clinică. Principiile bioeticii în sens îngust, acceptate în domeniul sănătății,au fost propuse de Tom L. Beauchamp și James F. Childress (1979, SUA) [14] și au fost numite „The Georgetown Mantra" [15], în traducere: *mantre* = formule educative, „instrumente de gândire". Ele includ totalitatea legilor și noțiunilor de bază ale bioeticii. Bioetica, prin intermediul paradigmei principiiste (sau procedură de decizie), a început să ia în considerare: drepturile individuale ale naturii psihologice, psiho-sociale, sociale etc., ceea ce afectează modul normal de funcționare a persoanei – *principiul respectării autonomiei*; alegerea acțiunii care produce cel mai bun rezultat, care promovează binele, utilul, scopul oricărei acțiuni din sistemul medical este de a ajuta – *principiul binefacerii sau beneficenței*; obligația hipocratică de a nu dăuna sau a nu face rău în mod intenționat, abținerea de la orice rău voluntar, de la metode inumane, degradante – *principiul non-maleficenței, nefacerii răului* sau *non-dăunării*; definirea priorităților în distribuirea resurselor și raționalizarea tuturor acțiunilor în funcție de necesitățile fiecărei persoane – *principiul justiției* sau *criteriul echității distributive*. În continuare propunem o analiză mai detaliată a fiecărui principiu în parte pentru a menționa revirimentul acestora în medicina contemporană.

1. Principiul respectării autonomiei provine din filosofia lui Immanuel Kant, care exprimă ideea că *persoana umană trebuie să fie totdeauna tratată ca scop și nu ca mijloc*, adică să fie în centrul oricăror acțiuni, inclusiv medicale, și include dreptul de a primi informații despre diagnosticul și prognosticul propriei afecțiuni, dreptul de a participa la luarea deciziilor privind alegerea metodelor de tratament,până la dreptul de a refuza tratamentul. Multe dintre aceste drepturi, așa cum este ușor de văzut, nu sunt atât de reglementare, cât sunt de vitale sau, așa cum spun filosofii, existențiale, atunci când societatea pune accent pe umanism. Cu alte cuvinte, regula morală generală, formulată de același filosof german: „Acționează doar după acea maximă prin care poți voi totodată ca ea să devină o lege universală" [16$^{p.65}$], demonstrează necesitatea de a face din propria lege morală o lege ce poate fi aplicată întregii omeniri.

Sub influența progreselor inovatoare din medicină, a procedurilor noi și a contextului cultural, social și juridic, problema principală a eticii medicale s-a modificat, iar cu ea s-a schimbat și modul de relaționare între medic și pacient. Apariția noilor tehnici de comunicare a facilitat enorm accesul la informația medicală. S-a produs trecerea de la *pacientul pasiv* la *consumatorul de îngrijiri medicale*, sau la pacientul competent și

responsabil de acțiunile sale. Dacă paternalismul clasic a funcționat în modul incontestabil al priorității sau primatului autorității medicului, astăzi pacientuleste competent, în cunoștință de cauză,co-producător șico-responsabil la actul medical. Dezvoltarea rapidă a bioeticii dovedește faptul că acum situația se schimbă radical și ireversibil – problemele etice ale medicinei sunt rezolvate nu pe o bază corporativă, ci pe o bază diferită, mult mai largă, cu participarea deplină a celor ce reprezintă și exprimă interesele pacientului, eventual prin rudele lui, sau reprezentantul lui legal ceea ce exprimă o formă de protecție a drepturilor și demnității omului. În contextul atitudinii demne față de o persoană, readucem în discuție *Regula de aura moralității* a lui I. Kant: „acționează în raport cu orice ființă rațională (în raport cu tine însuți și cu alții) astfel încât ea să conteze în maxima ta totodată ca scop în sine" este, în fond, totuna cu principiul de bază: acționează după o maximă care conține în sine totodată propria sa valabilitate universală pentru orice ființă rațională" [16[p. 86]]. În același timp, a fost elaborată cea mai importantă regulă bioetică – a consimțământului informat, voluntar al persoanei implicate, care în practică este aplicarea principiului respectului autonomiei, personalității pacientului și fără de care acțiunea este ilegală. Nici cercetarea științifică, nici intervenția terapeutică nu pot fi efectuate fără consimțământul voluntar al pacientului sau al subiectului, care este dat pe baza informațiilor adecvate despre diagnosticul și prognosticul bolii, metodele de intervenție, sau de cercetare propuse (explicându-se și scopul cercetării), precum și posibilele efecte secundare adverse.

Consimțământul informat/acordul informat este o regulă a eticii biomedicale, bazată pe cerința de a respecta dreptul pacientului de a cunoaște întregul adevăr despre starea sa de sănătate, despre metodele existente de tratare a bolii sale și riscurile asociate cu fiecare dintre ele; este un dialog comunicativ între medic și pacient, asumarea respectării unui număr de norme etice și procedurale, luându-se în considerare starea mentală, nivelul culturii, caracteristicile naționale și religioase ale pacientului, tactul medicului sau cercetătorului, calitățile sale morale, capacitatea de a oferi înțelegerea informațiilor de către pacient. Informațiile corecte despre starea de sănătate și prognosticul acesteia oferă pacientului posibilitatea de a dispune în mod independent și demn de dreptul său la viață, oferindu-i libertatea de alegere voluntară.

Acest principiu ca orice alt act în luarea deciziei morale cu acordul persoanei și respectarea demnității lui semnifică: să se obțină consimțământului informat, acolo unde este posibil, inclusiv planificarea în avans a îngrijirii; în cazul în care o persoană este incapabilă să dea acordul, deciziile de renunțare la tratament să fie luate în lumina considerațiilor

pe baza a ceea ce o persoană ar trebui să facă; atunci când o persoană insistă asupra tratamentului inutil din punct de vedere medical, această cerere să nu fie respectată, deoarece nu există nicio obligație de a avea un comportament obiectiv greșit moral, adică un comportament care să submineze obiectiv demnitatea celorlalți. Dacă resursele de îngrijire critică nu sunt suficiente, situație cunoscută pe timp de pandemie COVID-19, acest lucru nu diminuează, în niciun caz, obligația de a respecta autonomia prin informarea adecvată a unei persoane și, dacă este posibil, obținerea consimțământului. Dacă unei persoane nu i se poate oferi un tratament potențial benefic din cauza resurselor limitate, încercarea de a nu informa în mod adecvat o persoană și de a nu obține acordul persoanei implicate, ar constitui o încălcare a demnității sale. Astfel de omisiuni afectează, de asemenea, demnitatea dobândită a personalului clinic, deoarece se angajează în considerații sau comportamente care subminează demnitatea pacienților lor. În mod similar, respectarea autonomiei impune ca discuțiile avansate de planificare a îngrijirii, inclusiv prezentarea adecvată a aspectelor legate de momentul în care ar fi proporțional să se interzică sau să se retragă tratamentul pentru persoana respectivă, ar trebui să aibă loc cât mai curând posibil.

În ciuda eforturilor depuse pentru a promova demnitatea printr-o luare de decizii în cunoștință de cauză, o persoană poate insista, în continuare, că trebuie tratată indiferent de ceilalți. Fundamentarea autonomiei în demnitate înseamnă că alegerile pot fi evaluate moral în raport cu funcția normativă a demnității. În cazul în care o alegere încalcă demnitatea inerentă sau demnitatea legală dobândită din punct de vedere moral a altuia, factorii de decizie corespunzători pot aplica măsuri pentru protecția demnității tuturor. Nu există nicio obligație de a îndeplini cerințe moral greșite. Acest lucru ar face ca echipa clinică să fie complice moral și, prin urmare, ar submina propria realizare a demnității ca valoare de sine. De asemenea, ar crește mai degrabă, decât ar atenua suferința morală pentru factorii de decizie și echipele clinice.

Confidențialitatea este o altă regulă a bioeticii care implică încredere reciprocă între medic și pacient. Încălcarea confidențialității înrăutățește relația dintre pacient și medic, făcând dificilă îndeplinirea îndatoririlor acestuia. Regula confidențialității se bazează pe considerații morale, potrivit cărora fiecare individ are dreptul de a decide cui și în ce măsură își poate transmite gândurile, sentimentele, circumstanțele vieții private. Confidențialitatea implică respectarea strictă a secretului medical, stocarea fiabilă de către medic a informațiilor primite de la pacient, anonimatul acțiunilor, minimizarea interferențelor (în mod particular cu pacientul), strângerea atentă a datelor secrete și restricționarea accesului la

acestea nu numai în timpul vieții, ci și după moartea pacientului.

Nerespectarea confidențialității, integrității sau autenticității informațiilor referitoare la persoanele suferinde, inclusiv prin lansarea de zvonuri sau informații neîntemeiate, ar putea provoca consecințe dăunătoare (putând ajunge până la stigmatul din partea comunității), pericol fizic și stres suplimentar inutil. Astfel de încălcări pot amenința, de asemenea, siguranța lucrătorilor medicali și furnizarea continuă de servicii medicale, cazuri multiple cunoscute în perioada pandemică. De aceea, poate mai mult ca oricând,trebuie să fie respectată această regulă bioetică prin: a nu neglija drepturile persoanelor la confidențialitatea informațiilor personale de sănătate; a limita utilizarea și partajarea informațiilor personale ale persoanelor, inclusiv numele și informațiile de identificare; a ține seama de toate protocoalele de protecție a datelor din cadrul organizației medicale; când se colectează date despre, sau de la copii (în cazurile în care ei sau un membru al familiei au fost infectați cu COVID-19), fie în scopuri de planificare, fie de generare de dovezi, să se solicite în mod explicit consimțământul părinților/îngrijitorului/tutorelui legal, documentat.

Integritatea este ceea ce asigură identitatea persoanei în sine, autoidentificarea acesteia și, prin urmare, nu trebuie manipulată sau distrusă. Este asociată cu *istoria vieții* individului, creată de memoria celor mai importante evenimente din propria sa existență și de interpretarea experienței de viață. Cu alte cuvinte, integritatea personalității este unicitatea, individualitatea și originalitatea ei. Din păcate, unele intervenții medicale cu un scop bun de a restabili sănătatea unei persoane, de a-i îmbunătăți starea, sunt adesea asociate cu o încălcare a integrității. Necesitatea de a proteja integritatea fizică, psihică și socială a unei persoane, de a minimiza încălcarea acesteia necesită astăzi dezvoltarea normelor etice și legale privind, în special, manipulările și intervențiile în structura genetică a unui individ, sau privind problema utilizării părților din corpul uman etc.

2. Principiul binefacerii sau beneficenței. Termenul de binefacere conotează acte sau calități personale de bunătate, generozitate, îndurare și caritate. În limbajul obișnuit, noțiunea este largă și include în mod eficient toate normele, dispozițiile și acțiunile cu scopul de a aduce beneficii sau de a promova binele altor persoane, ajutându-i să își urmeze interesele importante și legitime, deseori prin prevenirea sau eliminarea posibilelor prejudicii. Multe dimensiuni ale eticii aplicate par să încorporeze astfel de apeluri la beneficii obligatorii, chiar dacă doar implicit. De exemplu, atunci când e cazul de a se abține la a indica un tratament de chimioterapie unui pacient cu cancer în faza terminală – *datoria de a nu*

dăuna; sau de a administra oxigen unui pacient cu cancer pulmonar și cu dificultăți respiratorii – *datoria de a preveni suferința*; ori de a da morfină unui pacient în faza terminală, chiar cu riscul de a-i scurta viața; sau a recomanda chimioterapie în cazul unui cancer curabil – *datoria de a face bine și a promova binele*. Prin urmare, persoanele implicate în practică medicală, cercetare și în sănătate publică apreciază riscurile de prejudicii asociate intervențiilor, care trebuie adesea ponderate în raport cu posibilele beneficii pentru pacienți, subiecții din studii și populație, în general. De asemenea, acest principiu solicită ca furnizorii de servicii medicale să dezvolte și să mențină abilități și cunoștințe adecvate, să actualizeze continuu instruirea, să ia în considerare circumstanțele individuale ale tuturor pacienților și să se străduiască să obțină beneficii nete.

3. Principiul non-maleficenței, nefacerii răului sau *non-dăunării* necesită ca oricare procedură curativă să nu dăuneze pacientului implicat, sau altor persoane din societate. Având originile în jurământul hipocratic, scopul acestui principiu este de a evita prejudicii inutile. În timp ce o mare parte din medicina contemporană prezintă un anumit risc, întrebarea este dacă riscul de vătămare este proporțional cu binele pe care l-ar putea obține un tratament și dacă există alte opțiuni. De exemplu, specialiștii în infertilitate acționează în ipoteza că nu fac niciun rău sau măcar minimizează răul, urmărind binele mai mare. Cu toate acestea, deoarece tehnologiile de reproducere asistată au rate de succes limitate, rezultate generale incerte, starea emoțională a pacientei și a celor apropiați poate fi afectată negativ. În unele cazuri, este dificil pentru medici să aplice cu succes principiul „Nu face rău!".

Vulnerabilitatea ar trebui înțeleasă în două sensuri: în primul rând, ca o caracteristică a oricărei ființe vii (nu neapărat umane) – fiecare viață este individuală, finită și fragilă în natură, iar situația pandemică, trăită actualmente, dovedește odată în plus aceasta. De aceea, vulnerabilitatea ca însușire generală a vieții poate avea un sens mai extins decât cel etic: poate deveni o legătură între persoanele alienate social și moral din societate, unindu-le în căutarea depășirii propriei vulnerabilități. Într-o anumită măsură, progresul din domeniul medicinei și biologiei pot fi privite ca o luptă împotriva vulnerabilității umane, cauzată de dorința de minimizare sau de îndepărtare de acest fenomen. În acest context, există pericolul de a priva o persoană de experiența de durere și suferință, care sunt semnificative în percepția realității. A doua înțelegere a vulnerabilității, într-un sens mai restrâns, se referă la grupuri și populații umane individualizabile: săracii, analfabeții, copiii, deținuții, persoanele cu dizabilități etc.). Acest principiu, al protejării persoanelor vulnerabile, stă la baza îngrijirii speciale, a responsabilității în raport cu altcineva mai

slab, mai dependent și care necesită, pentru implementare, și alt principiu al bioeticii –*principiul justiției / echității / dreptății.*

În societatea contemporană, sănătatea publică se orientează pentru o medicină accesibilă unui număr mare de beneficiari, pentru o educare sanitară preventivă și profilactică în scopul minimalizării factorilor de risc. În cadrul sănătății publice, indivizii sunt considerați în funcție de apartenența lor la colectiv, adică se valorizează dimensiunea binelui comun, se atrage atenția asupra priorității unor valori precum *solidaritatea* și *reciprocitatea* [17]. Componenta atitudinală, dar și cea de acțiune a principiilor solidarității și reciprocității au fundamente afective, fiind bazate pe sentimente de empatie, responsabilitate, sau datorie morală față de ceilalți și denotă preocupare dezinteresată pentru ceilalți, precum și temeiuri cognitive, fiind bazate pe conștientizarea dependenței reciproce și urmărirea propriului interes în acest context. Totodată, și interesul comun este un solid fundament al solidarității și reciprocității, el întemeindu-se pe ideea cooperării în scopul atingerii unor obiective colective, a unui bine comun, dar care, concomitent, asigură și obiective individuale ce altfel nu ar putea fi atinse. În cele din urmă, putem constata că fără solidaritate nu poate avea succes nici un domeniu de activitate, inclusiv cel al sănătății publice.

1. Principiul moral al *justiției / echității / dreptății* reprezintă una dintre ideile de bază care reglementează relațiile umane. Principiul echității în toate privințele are o importanță durabilă pentru practica medicală. Acest principiu stă la baza unei atitudini binevoitoare față de pacient, indiferent de statutul său economic sau social, solicită distribuirea echilibrată a mijloacelor de îngrijire a sănătății (inclusiv a serviciilor farmaceutice), accesul la acestea pentru membrii societății în conformitate cu standarde nepărtinitoare. În practica medicală, principiul dreptății include: altruismul, independența, compasiunea, mila și, prin urmare, corespunde și contribuie maxim la punerea în aplicare a obiectivului inițial și final al vindecării – însănătoșirea persoanei. Astfel, medicul trebuie să acționeze corect din punct de vedere legal, bazându-se pe rațiune, voință și pe scopurile morale dictate de datoria profesională, iar nu conform intereselor proprii, profitului personal, sau foloaselor situaționale. Cum funcționează aceste abordări în practica medicală reală? Este posibil, de exemplu, ca bazându-se pe ele, să se răspundă la întrebarea care apare adesea înaintea transplantologiei: Este corect să se facă transplantul de rinichi unui bătrân, dacă poate fi transplantat unui tânăr pe moarte? Dreptul la sănătate și viață este un drept pe care îl are orice persoană, indiferent de vârstă sau statut (material sau social). Astfel, apare o altă întrebare cu privire la oportunitatea socială și practică a acestui

drept în contextul practicii medicale specifice. Ar trebui parametrii de vârstă să devină o normă morală care limitează drepturile omului în alocarea organelor pentru transplant? Astfel de probleme devin din ce în ce mai relevante în medicina contemporană și sunt direct în legătură cu tendința demografică stabilă a îmbătrânirii populației. În plus, față de persoanele din categoria celor mai puțin „semnificativi social" cum ar fi: prizonierii, săracii, persoanele cu patologie fizică și mentală ireversibilă,acțiunea conform principiului justiției, în condițiile realizărilor actuale în biomedicină și specificul situației demografice și sociale moderne, necesită în mod inevitabil o apelare la așa-numitele „criterii materiale" ale justiției. Principiul echității în activitățile farmaceutice presupune respectarea intereselor fiecărui pacient, indiferent de factorul economic și furnizarea de servicii calificate, accesibile tuturor îngrijirilor. Următoarele criterii pot servi drept standard pentru distribuirea echitabilă a resurselor medicale și a îngrijirilor medicale și în aplicarea principiului pe care îl analizăm acum.

Criteriul egalității: toată lumea ar trebui să primească o cotă egală. Totuși, problema este că o resursă alocată frecvent (fie, să zicem, un medicament scump, sau un loc într-un spital specializat) s-ar putea să nu fie deloc necesară pentru cineva, în timp ce pentru altcineva să fie vitală. Prin urmare cota primită cu o distribuție egală nu este suficientă.

Având în vedere acest lucru, va fi recomandabil să se facă referire la *criteriul temeiului cererii* sau *al necesității.* Aici, într-o formă ușor modificată, apare aceeași problemă pe care am întâlnit-o în cazul anterior – una și aceeași nevoie pentru cineva va fi dictată de un capriciu, egoism sau invidie, în timp ce pentru altcineva poate fi vitală. Un exemplu ar fi și în cazul unor sisteme de sănătate care sunt mai bine dezvoltate decât altele și, de aici, inegalitățile de cerere/ necesitate pot apărea în funcție de situația geografică, de sistemul politic, sau de nivelul de dezvoltare economică. Problema distribuției, a proporționalității rămâne încă nerezolvată în plan social și medical.

Criteriul pentru nevoi rezonabile. Aici întrebarea este: Cine și pe baza cărui criteriu va distinge nevoile rezonabile de cele nejustificate? O altă abordare este posibilă și atunci când se vorbește despre satisfacerea, în primul rând, a nevoilor fundamentale, vitale. Acest lucru, desigur, nu elimină problema diferențierii lor de cele mai puțin importante, dar se poate aștepta ca majoritatea oamenilor să fie de acord că nevoia de alimente și băuturi este mai fundamentală decât nevoia de divertisment. Astfel, punând în aplicare în mod consecvent acest criteriu, am putea susține că, atâta timp cât există oameni care suferă de foame în lume, va fi nedrept să se risipească sursele de mijloace pentru distracții. Dar mai există o problemă: de multe ori resursele nu sunt suficiente pentru a satisface nici

măcar nevoia fundamentală a tuturor celor care au nevoie de ele. Iar aici trebuie să se apeleze la alte criterii de distribuție, cum ar fi, de exemplu, în cazul unui pacient care așteaptă un transplant de organ donat: se va respecta listă de așteptare, rândul prestabilit; sau alt exemplu: se consideră corect dacă cei care au obținut cele mai mari punctaje la examenele de admitere să fie admiși la universitate. Cu toate acestea, în multe cazuri, este dificil să se determine acele calități ale solicitanților considerate cele mai demne. Dacă, să zicem, un chirurg trebuie să aleagă cui să i se facă o operație urgentă: unui copil mic sau unui artist celebru? În astfel de situații este foarte dificil să se facă alegerea corectă. Exemplul cunoscut din timpul celui de-al doilea război mondial, când a apărut penicilina și era în cantitate redusă și s-a decis, în armata americană, să fie administrată nu celor răniți în luptă, ci soldaților care au contractat boala venerică contagioasă – sifilis. Oricât de condamnabilă ar fi fost acea abordare, din punct de vedere moral, acțiunea a fost totuși una rațională – datorită unui astfel de tratament, cei infectați cu sifilis, spre deosebire de acei ostașii răniți, puteau fi înrolați rapid în rândul combatanților activi.

Trebuie admis că nu există un criteriu absolut de justiție care să se potrivească tuturor împrejurărilor. În același timp, fiecare dintre ele are propria sa circumstanță, în care arată cel mai rezonabil. Utilizarea oricăruia dintre aceste criterii, precum și combinațiile acestora, nu exclude situațiile în care este necesar să se facă o alegere între doi sau mai mulți pacienți care îndeplinesc în egală măsură criteriul. În plus, simpla aplicare a oricăruia dintre aceste criterii, precum și combinațiile acestora, nu exclude situațiile în care este necesar să se facă o alegere între doi sau mai mulți pacienți care îndeplinesc în egală măsură criteriul. Menționăm, în acest sens, un astfel de caz: primul dispozitiv artificial pentru rinichi a apărut într-unul din spitalele din orașul american Seattle, Artificial Kidney Center, în 1962[18],iar medicii s-au confruntat cu întrebarea: cine să fie conectat la dispozitiv, prelungindu-i astfel viața și cine să fie lipsit de această oportunitate. Soluția găsită de medici din această problemă morală cea mai complexă s-a dovedit a fi extrem de originală: au propus să fie eliberați de sarcina de selectare a pacienților pentru dializă, încredințându-l unei comisii special create, care să includă cetățenii cei mai respectați. Procedând astfel, medicii s-au eliberat de sarcina responsabilității morale asociate alegerii. Mulți experți asociază apariția bioeticii cu acest episod, care a reprezentat primul caz de implicare a publicului în rezolvarea, la prima vedere, a unor probleme pur medicale.

Principiul justiției, la fel ca fiecare dintre principiile discutate anterior, nu este absolut, ci doar relativ – acționează în contextul datoriilor *prima facie*. Dacă, de exemplu, în aceeași situație cu un transplant de organ

donat, se dovedește că pacientul care ocupă un loc mai îndepărtat pe lista de așteptare se află într-o situație critică, atunci se poate să fie „sacrificate" obligațiile care decurg din principiul dreptății/echității și medicul să fie ghidat de principiul „Nu face rău!". Cu toate acestea, refuzul de a respecta lista de așteptare, în acest caz, poate fi interpretat în sensul că se folosește în continuare principiul justiției, dar se apelează la un alt criteriu – criteriul necesității rezonabile și se acționează în conformitate cu gradul de severitate al bolii la unul sau altul dintre pacienți.

În perioadele de deficit de resurse, de exemplu în perioada de pandemie COVID-19, justiția distributivă impune ca demnitatea altora (concret, nu ipotetic) să fie inclusă în considerația morală a menținerii și retragerii tratamentului, cu ajutorul informațiilor adecvate din partea reprezentanților sistemului medical. O atenție specială ar trebui acordată grupurilor care sunt cele mai vulnerabile la discriminare, stigmatizare sau izolare, inclusiv minorități rasiale și etnice, persoane în vârstă, deținuți, persoane cu dizabilități, emigranți și persoane fără adăpost.

Nevoia de a reflecta prin prisma principiilor bioeticii în deliberarea provocărilor care transcend granițele medicinei și dezvoltării tehnologice în societatea contemporană necesită o înțelegere și identificare comună a valorilor împărtășite pentru a aborda problemele din domeniul medical, tehnologic, legal și social, precum și prezentarea argumentelor care susțin sau resping anumite puncte de vedere, prin argumentare, într-un cadru de toleranță și respect.

Bibliografie

1. Goethe, J.W. *Faust* (Trad. Lucian Blaga). București: Humanitas, 2015. ISBN: 978-973-50-5001-6
2. Гиппократ. *Избранные книги*. Москва: СВАРОГ, 1994, с.87-89.
3. Гартман, Ф. *Жизнь Парацельса и сущность его учения*. Москва, 2001, с.24.
4. Crimmins, J.E. Jeremy Bentham. În: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.). Disponibil la: https://plato.stanford.edu/archives/sum2021/entries/bentham/ (accesat: 24.06.2021).
5. Грязин, И.Н.Иеремия Бентам (1748–1832). Таллинн: Олион, 1990, p. 22.
6. Patuzzo, S., Goracci, G., Ciliberti, R.Thomas Percival. Discussing the foundation of Medical Ethics. *Acta biomedica*. 2018, vol.89, nr.3, p.343-348, DOI: 10.23750/abm.v89i3.7050. Disponibil la: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502118/ (accesat: 24.06.2021).
7. Maximilien, S. *Deontología médica. Treintalecciones sobre losdeberes de losmédicos en el estado actual de la civilización, con un breve resumen de sus derechos*. Madrid: Imprenta del Boletín Oficial del Ejército, 1852, pp. 124-126.
8. Kant, I. *Critica Rațiunii Practice*. București: Paideia, 2003.ISBN: 973-596-126-1
9. Țîrdea, T.N. *Bioetică*. Chișinău: CEP „Medicina", 2017. ISBN: 978-9975-56-

399-4 Disponibil la: https://library.usmf.md/sites/default/files/2019-01/Bioetica_maketare.pdf. (accesat: 27.06.2021).
10. Brody, H. The physician-patientrelationship: model san dcriticisms. *Theoretical Medicine,*1987, vol.8, nr.2, pp. 205-220.DOI: 10.1007/BF00539756.
11. Mondielli, E. *L'essentiel de la Bioethique et du droit de la biomedicine.* Paris: Gualino, Lextenso Editions, 2008. ISBN-13: 978-2-297-00346-9
12. Roy, D.J., Williams, J.R., Dickens, B.M., Baudouin, J.-L.*La bioéthique: sesfondements et sescontroverses.* Saint-Laurent, Montreal: Éditions du RenouveauPédagogique Inc., 1995.ISBN: 2-7613-0803-4
13. Ţîrdea, T.N., Gramma, R.C. *Bioetica medicală în sănătate publică.* Chişinău: Casa editorial-poligrafică Bons Offices, 2007. ISBN: 9789975-80-036-5
14. Beauchamp, T., Childress J. *Principles of Biomedical Ethics.* 7th Edition. New York: Oxford University Press, 2013.ISBN-13: 978-0199924585
15. Hottois, G., Missa, J.-N. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Médecine, Environnement, Biotechnologie.* Bruxelles: Ed. De Boeck Université, 2001, p. 663.
16. Kant, I. *Întemeierea metafizicii moravurilor*(Trad. F. Bogoiu, V. Mureşan, M. Ota, R. G. Pârvu; Coment. şi note de V. Mureşan). Bucureşti: Humanitas, 2007. ISBN: 978-973-50-1066-9
17. Rubanovici, L. Principiul solidarității și cel al reciprocității în sistemul de sănătate pe timp de pandemie Covid-19. În: *Materialele Conferinței Științifice consacrate Zilei Mondiale a Filosofiei, 19 noiembrie 2020, Chișinău.* Coord. șt.: Ana Pascaru. Chișinău: „Lexon Prim", 2020, pp. 213-219.
18. Alexander, S.They decide wholives, whodies: Medical miracleputs a moral burden on a smallcommittee. *Life.*1962, vol.53, nr.9,pp. 102-125.

IDENTIFICAREA TEMELOR BIOETICE ȘI IMPLICAREA VALORILOR SPIRITUAL-MORALE ÎN EXAMINAREA PROBLEMELOR TEORETICE ȘI ȘTIINȚIFICO-PRACTICE DIN MEDICINĂ

Vitalie Ojovanu
Catedra de filosofie și bioetică,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu",
Chișinău, R.Moldova
vitojovanu@gmail.com

Bioetica, alături de orice alt instrumentar teoretico-metodologic, necesită includerea și a categoriei de „identificator al subiectului bioetic"în preocupările sale. Această categorie a fost formulată pentru a satisface nevoia specialiștilor de a identifica subiectele atribuite bioeticii atât în diversele în studii, publicate sau puse în discuție la numeroase manifestări științifice

sau întruniri cu scop de formare a abilităților practice, cât și în analiza problemelor apărute în timpul administrării actului medical.

Aplicarea acestei categorii va înlesni mult procesul de identificare și nuanțare a componentului bioetic într-un anumit context, teoretic sau clinic (științific sau curativ), supraîncărcat de diferite informații – în parte „străine", neavând vreo atribuție reală sau potențială la cazul examinat, în parte numite de noi „aproximative", adică cele ce pun în dificultate rațiunea (de regulă a cercetătorului sau a celui ce analizează situația clinică concretă) în a vedea clar și în a aprecia obiectiv acțiunea (fapta) comisă și contextul complex al producerii acesteia.

Pornind de la această importanță cu tentă preponderent aplicativă, prin definirea și aplicarea respectivei categorii, urmărim și un deziderat de abordare teoretico-metodologică mai de amploare – nu numai pentru atingereaunor clarificări teoretice curente, dar și pentru lansarea în perspectivă a amplelor și diverselor dezbateri științifice. Preconizăm că aceste dezbateri vor purcede în plan teoretic, într-un mod divers, dar, concomitent, în cadrul „restrâns" al bioeticii teoretice, pentru ca, mai apoi inevitabil, să se răspândească asupra multitudinii de aspecte, în bună parte interdisciplinare.

Ținem să menționăm faptul că, de la lansarea sa pe mapamond, conceptul potterrian al bioeticiia avut o influență considerabilă în diverse medii științifice și a celor medicale (de cercetare și clinice), realizându-se treptat o poziție magistral clară a unei etici practice, extrem de necesară într-o lume tot mai scientizată, tehnologizată și informată.

Chiar din startul răspândirii ideilor bioetice, acestea, în funcție de diversitatea zonelor social-culturale ale lumii, de tradițiile lumii medicale, s-au dedat unor adaptări care au produs, chiar din start, anumite căi de interpretare.

Unele dintre aceste interpretări chiar au produs ambiguități teoretice evidente, mai ales, spre exemplu, pe segmentul dintre libertatea de a lua decizii și calificarea unei poziții drept bună sau rea. Ulterior, a urmat publicarea de lucrări cu poziții teoretice, ce au diversificat interpretările, unele din ele producând evidente contradicții teoretice, atentând chiar la partea conceptuală, tradițională a bioeticii. Pe lângă aceasta s-au mai înregistrat numeroase publicații, din categoria celor mai mult sau mai puțin diletantiste, elaborate de diverși autori(ziariști, medici, sociologi, psihologi, juriști etc.), fără studii corespunzătoare și cunoștințe temeinice în domeniile de bază – etică, bioetică, filosofie morală, care uneori analizau „original",până la ridicol, subiecte de bioetică, etică medicală, deontologie,cu diferite afirmații tranșante.

Este important de subliniat faptul că această categorie de „identificator

al subiectului bioetic" reprezintă concomitent atât probleme, cât și obiective de bază privitoare la starea vieții și sănătății omului, în primul rând, dar care pot fi aplicate, prin adaptare, la alte ființe vii, în al doilea rând. Categoria în cauză, constă deci în următoarele trei probleme/obiective: 1) menținerea, perpetuarea, conservarea și protejarea vieții; 2) anihilarea sau diminuarea suferinței; 3) îmbunătățirea sau păstrarea calității vieții. Acestea constituie identificatorul inițial, de bază, al prezenței subiectului bioetic în orice elaborare științifică, faptă clinică sau într-o situație existențială specifică. Toate celelalte diverse și multiple subiecte bioetice, în ultimă instanță, se reduc la acestea trei menționate, ce formează respectivul *identificator.* În cazul unor aplicații practice, dar cu alte ocazii (foruri) cu abordări investigaționale, se poate lesne demonstra acest fapt. Chiar și relațiile medic-medic, incluse în cadrul problemelor bioetice ale medicinei se reduc, până la urmă, la acesta. Ce anume, dacă nu viața și sănătatea, constituie valorile supreme ale existenței umane? Oare medicina n-are drept scop suprem menținerea vieții și sănătății, prin aplicarea cunoștințelor și capacităților practice?

Al doilea aspect al temei este dedicat valorilor. Alături de principii, abordarea valorilor în bioetică s-a diminuat cu timpul, treptat, plasând respectivele studii ale cercetătorilor din domeniu undeva, pe ultimul loc, fapt ce a generat unele interese de a reactualiza subiectul [1 p.152-153]. Dar valorile, prin esența lor, prin configurația structurală și dinamica ce le este caracteristică, în cadrul existențial uman, oferă analizei subiectelor bioetice claritate, stabilitate și integritate.

Valorile eticii clasice au stat la baza elaborării bioeticii de către V.R. Potter. Spre regret, în procesul analizei problemelor bioetice se aplică doar principiile, aproape că într-un mod exclusivist, fapt ce poate uneori „deraia" aplicarea corectă a acestora.

În continuare, se vor expune cele mai reprezentative momente referitor la valorile spiritual-morale aplicate, sau cu potențialitate de a fi aplicate în analiza problemelor de ordin bioetic. Privitor la subiectul analizat putem contura *patru clase de valori medicale(unele dintre valori se pot plasa în mai multe clase).*

Prima include valorile primare (inițiale sau de start) cu referință apreciativă (estimativă): profesionalismul medicului, medicația (tratamentul, actul medical), credința, încrederea, speranța, ajutorul, informația, responsabilitatea, protecția, corectitudinea, sensibilitatea, decența. Aceste valori se manifestă preponderent la sau în relația cu contingentul de pacienți sau de potențiali pacienți.

A doua reprezintă valorile mediatoare sau instrumentale ale medicului. Aceasta se divizează în *valori individuale ale medicului:* vocația, noblețea,

înțelepciunea, decența, demnitatea, reputația, disciplina, bărbăția (curajul, eroismul), modestia, corectitudinea, imparțialitatea și în *valori aplicative* ce se implică în: a) *actul medical* – competența, devotament profesional, perspicacitatea, creativitatea, sensibilitatea, adevărul, comunicarea, imparțialitatea, conștiinciozitatea, echitatea (dreptatea); b) *în relațiile cu colegii* – colegialitatea, respectul, bunul simț, considerația, sinceritatea; c) *în contactul cu bolnavul* – ajutorul, solicitudinea, echitatea, direcția, respectul, grija, dragostea, răbdarea, binefacerea, caritatea, clemența, toleranța.

A treia clasă de valori cuprinde valorile modulatoare: bioetica, etica medicală, democrația, umanismul, libertatea, cunoașterea, simțul etic (moral), puritate morală, binele (altruist), informația, cinstea, sufletismul, eficacitatea, fidelitatea profesională, transparența. Respectivele valori sunt valori din cadrul social-general proiectate în sfera medicinei, după care acestea devin un grup de valori-condiție cu o implicație activă – toate segmentele activității medicale transformând-o pe aceasta din urmă sau, cel puțin menite să o optimizeze aducând-o/readucând-o la o armonie inițială care, cu timpul, și-a pierdut sau deformat anumite sensuri și meniri.

A patra clasă conține valorile ce constituie un scop general: viața, sănătatea, fericirea, binele, bunăstarea, dragostea, speranța, securitatea, sacrul, divinitatea, corpul uman, umanul (omul), pacea, ordinea, frumosul (esteticul) sau simțul estetic, libertatea, dreptatea, fraternitatea, egalitatea, veracitatea, recunoștința, *supraviețuirea*. Acest grup de valori manifestate cu plenitudine în context medical, devinsubiecte spirituale ale acestuia, dar sunt percepute și devin valori (cu trăsătura medicală căpătată) pentru întreaga sferă socială.

Întregul contingent valoric se împarte în două părți constitutive: 1) cea fixă, ce include componentele de rigoare – definiții de valori, sensuri și registre valorice, alte elemente reprezentative; 2) cea activă, care constă din condițiile valorizante, orientările și accepțiunile valorice; din amicitatea valorilor, procesul de substituție a valorilor în componența unei ierarhii axiologice. Aici e necesar să constatăm că aceste părți constitutive sunt delimitate cu o convenienţă mai mult teoretică, însă, în realitate, se observă o funcționalitate integrativă, asemenea unui organism viu.

Structurii valorice i se atribuie diferențierea, preferința, ierarhiile și polaritățile valorice. Aici, se mai alătură relația valorică, promovarea valorii ș.a. În acest conglomerat național trebuie să reamintim noțiuni axiologice ce survin din *negarea valorii* (neant, nonvaloare) și *valoarea negativă* (opusă valorii pozitive). E necesar să constatăm în medicină o serie de anti-valori: moartea accidentală sau violenta, suferința fizică sau psihică, boala, sluțenia (diformitatea, inclusiv cea indusă de dizabilități), viciul,

demența, paroxismul, insensibilitatea, indiferența, parțialitatea, disperarea, indecența, neprofesionalismul, neadevărul, nerecunoștința, lipsa de modestie, indiscreția ş.a.

În cadrul fenomenului valoric e necesar a distinge noțiuni ce nu țin de valori, adică se cere evitarea confuziei (similitudinii) cu valorile. Dintre acestea pot fi remarcate: bunurile, virtuțile, calitățile, trăsăturile individuale pozitive, unele scopuri supreme sau ordinare etc.

În medicină se evidențiază două categorii ale registrelor (claselor) de valori: *registre structural-schematice* și *registre funcțional-dinamice*. Din prima categorie fac parte câteva registre pe care le vom expune în continuare. (1) *Valori privind menținerea, protejarea vitalității și sănătății umane (viața, vitalitatea, sănătatea, non-dăunarea, urgența etc.)*. Aici se includ următoarele clase de valori: esențiale, calitative, cantitative, elementare, iar în centrul tuturor se plasează valoarea supremă *viața*. (2) *Valori ce vizează în mod direct persoana medicului* (încrederea, profesionalismul, decența, corectitudinea, conștiinciozitatea, devotamentul profesional, sensibilitatea, echitatea, perspicacitatea, sinceritatea, discreția, binefacerea, toleranța, clemența etc.). Aceste valori sunt antrenate într-o relație de apreciere a medicului din partea pacientului, comunității, reprezentând o manifestare a opiniilor personale și celor publice ce caracterizează personalitatea medicului. (3) *Valori caracteristice domeniului medicinei în general:* medicația, umanismul, profesionalismul, sănătatea, binele, securitatea, binefacerea, moralitatea, echitatea, discreția, transparența, imparțialitatea, caritatea ş.a. Enumerarea respectivelor valori indică faptul că o delimitare strictă,definitivă, tranșantă a claselor sau registrelor de valori are, deseori, semnificație convențională. Acest registru de valori este cel mai extins și universal. De aceea e necesară o ordonare interioară, fapt plauzibil pentru contribuții științifice de perspectivă. (4) *Valori cu referire la modalitățile și mijloacele de tratament*, la medicamente, preparate, materiale etc. (utilitatea, eficacitatea, speranța, binele, încrederea, informația ş.a.). Respectivul registru de valori este unul dintre cele mai caracteristice în care factorul subiectiv formează o corelație cu cel obiectiv, formând un context deosebit în privința asimilărilor și orientărilor valorice. Aici intervin situații ce sunt uneori dificil de analizat, de exemplu, fenomenul Placebo. (5) *Valori specifice actului medical*. În primul rând, aici se atribuie valorile specifice deja numite și valori însoțitoare: optimismul, încrederea, speranța, credința, sacrul, adevărul, sensibilitatea, considerația, echitatea, sinceritatea, dragostea, binefacerea ş.a. Aceste valori trebuie permanent „cultivate" și „alimentate" de către personalul medical. În al doilea rând, acestor valori li se adaugă cele semnificative pentru relația medic-pacient, valori care caracterizează situația (anturajul, ambianța, condițiile) acestei relații, relația însăși, atitudinea medicului față de pacient, în

particular, și strategia tratamentului, în general.

Categoria a doua de *registre valorice* include entitățile axiologice *funcțional-dinamice*. Iată câteva, cele mai importante, dintre acestea: (1) Valori estimative, care activează procesul orientărilor valorice, se implică în procesul acesta, exprimând apoi convingerile și atitudinea cetățeanului, comunității, societății față de figura spiritual-morală și profesională a medicului, personalului medical, instituțiilor curative, sistemului de sănătate din țară. Apare și o apreciere comparativă cu situația respectivă din alte arealuri geografice. (2) Valori însoțitoare care reprezintă segmentul cel mai activ al câmpului valoric din medicină. Dinamismul acestora reiese din implicarea în diferite procese, interconexiuni axiologice între diferiți agenți, sisteme sau instituții din sfera medicală sau extra-medicală. Aici se includ și raporturile valorice în relațiile medic-pacient, relațiile intercolegiale și interinstituționale, dar nu sunt unicele raporturi din sistemul medical, care e un organism extrem de complex. (3) Valorile cantitativ-calitative, adică, mai bine zis, cele ce exprimă raporturile cantitativ-calitative. Acest registru include nu numai valori ce sunt caracteristice acțiunilor comparative, ci și pe cele ce reproduc potențialitatea anumitor subiecți sau accentuarea unor tendințe din sfera de acțiune a medicinei [1].

Pentru o completare a tabloului structural-funcțional al sistemului valoric din sfera medicinei, dar și din altele adiacente acesteia, este necesar a analiza câteva, pe cele mai esențiale valori implicate în analiza temelor bioetice.

Astfel, valoarea **vieții** în medicină se manifestă în mai multe ipostaze. Ea reprezintă cea mai importantă valoare nu numai a medicinei, ci și a întregii umanități. Totodată, este cea mai enigmatică realitate existențială care determină întregul sens al ființei umane. Însăși menirea medicinei constă în protejarea vieții, salvarea, prelungirea, ridicarea nivelului ei calitativ prin prevenirea, anihilarea ori eradicarea maximal posibilă a suferințelor. Problema vieții și a protejării ei a devenit azi mai actuală ca oricând. Faptul implicării mai multor domenii ale științei sau discipline indică acuitatea importanței salvării vieții, inclusiv prin factorul moral.

Subiectul valorii vieții intervine mai accentuat în cazul problemelor reanimatologice, transplantului de organe, fertilizării *in vitro* și al celor asistate medical, avortul, eutanasia, ingineria genetică, tehnologiile biomedicale în general, ca și al orientărilor sexuale netradiționale, schimbării sexului pe căi medicale ș.a. Apariția și implicarea activă a bioeticii întru protejarea vieții denotă criza survenită în sistemul moral datorită progresului tehnico-ştiinţific, criză care pare că devalorizează viața. În rezultat, pe lângă alte deplasări de ordin spiritual-moral, omul a pierdut dimensiunea sacră a *vieții* și *morții*. Pe parcursul istoriei umane *sacrul* a menținut integră nu doar valoarea vieții, ci și a unui întreg spectru de valori, consti-

tuind axa sistemului valoric.

Un deziderat de o actualitate majoră a contemporaneității a devenit îndreptarea umanității către o conotație specială a valorii vieții care (prin interconexiunea cu scopul presant al civilizației, survenit în rezultatul problemelor globale, supraviețuirea) a devenit o veritabilă valoare: *supraviețuirea(perpetuarea vieții)* în cadrul planetar.

Un rol de frunte îl are și **sănătatea.** Dacă *viața* în sens social contemporan constituie valoarea supremă, valoarea vieții în medicină este determinată de altă valoare – *sănătatea.* Ea este o „noțiune medicală, care reflectă starea de activitate vitală a omului, echilibrată optim cu mediul ambiant și caracterizată printr-o stare fizică, spirituală și socială bună […]. Sănătatea este un indice important al *progresului social* și este o valoare socială. Ea este valoarea supremă fără de care nu pot exista alte valori. Sănătatea se referă la mijloacele de menținere și ameliorare a vieții și activității omului. Din aceste considerente, sănătatea cere tot mai multe cheltuieli din partea societății. Sănătatea are aspectul său nu numai medical, dar și economic, juridic, moral, educațional ș.a." [2 p.348].

Un rol aparte al sănătății este cel valoric. În medicină, sănătatea are un sens valoric dublu: e considerată valoare autonomă distinctă sau, totodată, valoare-atribut al vieții. Prin sănătate se manifestă la om vitalitatea, comoditatea fiziologică, psihologică și socială, calitatea traiului, integritatea fizică și psihică, definirea personalității. În medicină menținerea vieții este scopul suprem, iar al doilea scop suprem este sănătatea, dar întrucâtva subordonat celui dintâi scop suprem, care este viața. Sănătatea, conform ierarhiei valorilor, constituie valoarea ce urmează vieții, cu toate că mulți cercetători, reprezentanți ai altor domenii, consideră sănătatea drept valoare supremă, formulând prin aceasta o definire și, totodată, o condiționare calitativă a vieții. Viața, în sens teologic, e o realitate eternă, fiind, totodată, temporară, în cadrul terestru și constituind doar ambianța armonioasă trup–suflet.

Sănătatea este determinată de câțiva factori: mod echilibrat/cumpătat de viață, tratament medical adecvat, condiții sociale și ecologice oportune, auto-training ș.a. Sănătatea are realmente două aspecte: sănătate somatică și sănătate psihică, ambele fiind autonome, dar fiind și reciproc dependente. Sănătatea devine valoare pentru om doar într-un cadru social. Azi, tot mai mulți autori vorbesc despre relativitatea sănătății umane, despre imposibilitatea unei sănătăți perfecte.

Valoarea de **„bine"**este manifestată în mod practic prin faptul de a face bine, a promova binele, a-l susține, a-l educa, a-l percepe adecvat, a avea trăiri și emoții corespunzătoare în care intervine faptul binelui. În același context se manifestă facultatea de a delimita binele de rău. În istoria uma-

nității respectiva valoare a devenit una eternă, prin ea întreaga existență umană capătă sens. Prin alegerea binelui sau răului se manifestă omul religios, aparținând la una din marele religii ale lumii, mai ales la creștinism, religie ce promovează în mod „tranșant" binele și dragostea. Facerea de bine,în sens clasic, devine un deziderat axiomatic, necondiționat, chiar altruist, fapt promovat în contextul social general și în cel teologic. Sensul teologic al binelui derivă din divinitate care constituie sensul înalt, sursa continuă și etalonul binelui – binele suprem. Medicina contemporană induce unele conotații variabile ale binelui. Astfel, în medicina de azi, determinată de atâtea tehnologii sofisticate, preparate și modalități performante de diagnoză și tratament, în anumite situații nu se poate pronunța cert unde e limita binelui. Spre exemplu, cazul întreținerii organismului la aparatele de menținere artificială a vitalității, anumite situații în reanimare, chiar în cazul fazelor terminale ale maladiilor incurabile. Până când facem bine? Un exces de bine nu provoacă suferință? Oare binele realizat de noi, ca bine în anumite circumstanțe ale actului medical, e un bine sau un rău ce provoacă un calvar?

Medicina, în virtutea sensului ei social, științific și moral, nu admite acceptarea la nivel profesional a suferinței, a jocului răului, cum ar fi în cazul aspectului teologic. Totodată, însă, nu poate percepe clar răul manifestat subtil, trecerii binelui în rău, deoarece extrem de copleșitor, rapid și globalizant medicina s-a scientizat și tehnologizat. Firescul proces al concordării cu sistemul moral nu a avut loc, totul a decurs într-un timp surprinzător.

Libera alegere în medicină, devenită pe parcursul ultimului secol valoare medicală, este de fapt o manifestare specifică a valorii *libertății,* cu o prezență specifică în medicină. Ea de fapt constituie latura constitutivă a corelației medicină – societate. Prima fază a alegerii pornește din inițiativa unei persoane ce încă nu e pacient dar, conducându-se de anumite criterii, alege instituția și medicul. Alegerea o face pe conștiință proprie, consultând în prealabil diferite surse, inclusiv persoane fizice, fiind influențată de ceva sau cineva. Această alegere poate continua și pe întreg parcursul stabilirii diagnozei și actului medical. Totuși, această alegere liberă e relativă într-o anumită măsură, deoarece depinde de mai multe posibilități (sau imposibilități) ale persoanei: capacități fizice și psihice proprii, grad de informare și conștientizare obiectivă a situației, implicări ale instituțiilor sociale, posibilități financiare, nivel de trai în societatea în care trăiește, libera circulație, nivelul performanțelor în medicină, posibilitățile organizaționale ale asistenței medicale, regimul politic al țării etc. Acestea, în totalitate, pot formași anti-valoarea *impunerii, cu diversele sale variante.* Medicul, la fel, își exercită profesia fiind tributar anumitor circumstanțe,

fapt ce poate fi considerat drept o impunere. În general, întreaga activitate în medicina contemporană rezidă în realizarea alegerii libere, dar în dependență de anumite condiții, caracterizate și prin impuneri, adică, limitări.

Evoluția medicinei a reliefat o serie de probleme spiritual-morale, inclusiv cea a **demnității umane.** *Demnitatea* este cunoscută preponderent drept o noțiune morală ce exprimă viziunile fiecărui om ca persoană, ca atitudine morală deosebită a omului față de sine însuși a societății față de el, în care se recunoaște valoarea persoanei/personalității. Aici, este important de a explica câteva momente. *În primul rând,* e necesară determinarea semantică a categoriei valorice „demnitate" în medicină. Trebuie să remarcăm faptul că în sursele informative enciclopedice termenul „demnitate" este interpretat extrem de succint: „autoritate morală, prestigiu" [3 p.53], fapt ce, chiar din start, nu satisface exigențele științifice. *Demnitatea* are următoarele sinonime: *onoare, autoritate, ținută, vrednicie* fiecare având interpretări dependente de domeniul științific ori cultural concret. Cel mai utilizat sinonim al demnității în literatura teologică, spre exemplu, este onoarea [4 p249-251]. Sfera medicală atribuie un conținut specific atât categoriei *demnitate,* cât și sinonimelor atașate ei. Totodată, în medicină, demnitatea este interpretată în trei feluri: 1) demnitatea medicului; 2) demnitatea pacientului; 3) demnitatea cetățeanului ce aspiră să i se ofere anumite servicii medicale. *În al doilea rând,* se impune studierea factorilor destabilizatori sociali, cu influență directă asupra sferei medicale, asupra statutului ei spiritual-moral. Cercetătorii contemporani sesizează aceste procese complexe: „Maladiile societății afectează preponderent Eul psihic și moral, diminuând intelectul: se schimbă dihotomia psihoemotivului, apare agresivitatea, se naște răul […]. Spiritul Eului denaturat afectează spiritul obiectiv al societății. Pentru Eul în care s-a născut maladia nu există moralitate, reguli morale obiective, nu există conduită și nici chiar drept […]. El e gata de agresivitate și de teroare. Acest Eu patologic poate acționa infectând alt Eu cu rațiunea lezată. Astfel apare *morala răului*, care dăunează societății în întregime" [5 p.48]. *În al treilea rând,* prin actualizarea și afirmarea *axiologiei medicale*, se evidențiază preponderent anumite particularități survenite în rezultatul impactului cu relațiile sociale contemporane, incluzându-se efectele problemelor globale contemporane, criza sistemului moral, descoperirile importante din știință și progresul remarcabil din medicină. Există numeroase aspecte și privitor la incidența factorului social în medicină, însă, principalul rezidă din faptul că medicina depinde aproape exclusiv de relațiile morale din societate. În atare context, valoarea demnității se reliefează vizibil. *În al patrulea rând,* a apărut imperativul stabilirii în cadrul axiologico-medical a statutului valo-

rii „demnitate”. Aceasta se explică prin rolul fundamental pe care îl joacă valoarea demnității în societatea și medicina contemporane.

Umanismul în medicină reprezintă o valoare esențială, constituind „coloana vertebrală” a activității medicale și întregului sistem de valori al acesteia. Conform definițiilor curente umanismul exprimă „totalitatea de concepții, idei și doctrine, care înaintează pe primul plan *omul,* ca valoare supremă și care exprimă respectarea demnității lui și a drepturilor lui la libertate, fericire, dezvoltarea și manifestarea capacităților lui. Consideră binele omului drept criteriu de apreciere a institutelor sociale, iar principiile egalității, dreptății, atitudinii umane drept normă dorită în relațiile dintre oameni” [2 p.415]. Publicațiile enciclopedice etice caracterizează umanismul drept principiu al concepției despre lume (concomitent și al moralității), la baza căruia stă convingerea în posibilitățile nelimitate ale omului și capacitățile sale pentru perfecționare, revendicare a libertății și susținerii demnității personalității, ideea despre dreptul omului la fericire și despre aceea, că satisfacerea necesităților și intereselor sale trebuie să devină scopul suprem al societății.

Umanismul constituie una din cele mai esențiale valori spiritual-morale ale medicinii întâlnindu-se implicată în activitatea medicală, începând chiar cu antichitatea, pe tot parcursul istoriei umane. Destul de explicit, această valoare exprimă întregul sens al *Jurământului lui Hippocrates:* „Preceptele, lecțiile orale și tot restul învățăturii le voi împărtăși fiilor mei, fiilor învățătorului meu și ucenicilor uniți printr-o făgăduială și printr-un jurământ, potrivit legii medicale, dar nimănui altcuiva. Le voi îndruma îngrijirea bolnavilor spre folosul lor, pe cât mă vor ajuta puterile și mintea, și mă voi feri să le fac orice rău și orice nedreptate. Nu voi încredința nimănui otrăvuri, dacă îmi va cere, și nu voi îndemna la așa ceva, tot astfel nu voi încredința nici unei femei leacuri care să o ajute să lepede. Îmi voi petrece viața și voi îndeplini meșteșugul în nevinovăție și curăție […]. În orice casă aș intra, voi intra spre folosul bolnavilor, păzindu-mă de orice faptă rea și stricătoare comisă cu bună știință […] Orice aș vedea și aș auzi în timp ce îmi fac meseria sau chiar în afară de aceasta, nu voi vorbi despre ceea ce nu-i nici o nevoie să fie destăinuit, socotind că, în asemenea împrejurări, păstrarea tainei este o datorie” [6 p.155].

Umanismul este de fapt o valoare-condiție, exprimându-se, după cum sesizăm în definițiile de mai sus, prin valori ce caracterizează valoarea supremă – omul: demnitatea, libertatea, fericirea, binele, egalitatea, dreptatea la care se pot alătura dezvoltarea și manifestarea capacităților individuale, perfecționarea, satisfacerea necesităților și intereselor personale (în concordanță cu sistemul moral existent).Dacă am purcede la delimitarea aspectelor implicării/manifestării umanismului ca valoare medicală aces-

tea ar fi: umanismul în actul medical (clinic și extra-clinic); umanismul în relațiile medic-pacient; umanismul în cercetările biomedicale; bioetica și umanismul; particularități ale umanismului în medicina contemporană; problemele umanismului în medicina din politicile contemporane; procese integratoare contemporane și valoarea umanismului.

Umanismul în cadrul actului medical într-un mod cert se manifestă în două ipostaze: a)însuși actul medical este un act umanist în toată plenitudinea sa, fără rezerve sau excepții, indiferent asupra cui e îndreptat (persoană cu funcții înalte, simpli cetățeni, personalitate proeminentă, deținut, prizonier, criminal etc.), deoarece salvarea vieții, protejarea ei, căpătarea sau îmbunătățirea sănătății reprezintă valori fundamentale obiective – pretext de manifestare a altor valori, trăsături și calități ce caracterizează umanismul; b) valoarea umanismului implicată în limitele actului medical, preponderent manifestându-se în acest caz personalitatea medicului și personalului medical auxiliar, și instituției curative. Trebuie menționat faptul că medicul asimilează umanismul ca valoare esențială prin însuși specificul formării sale profesionale și implicit personale.

În cadrul relațiilor medic-pacient actualmente umanismul se manifestă pe două căi: dinspre medic spre pacient și invers, dinspre pacient către medic. Acest fapt se reliefează și reiese și din cele două modele care s-au afirmat – paternalist și anti paternalist. În ciuda prezenței nuanțelor distincte, în ambele cazuri preponderează umanismul medicului, el, singurul, având pregătire profesională adecvată și promovând aceleași principii în corelația cu contingentul divers de pacienți. Atitudinea umanistă a pacienților, cu oricâtă insistență s-ar promova, rămâne a fi doar un imperativ.

O semnificație profund umanistă, extinsă asupra întregii diversități sub care există viul, este reprezentată de bioetică. De fapt, odată cu afirmarea bioeticii, se catalizează problemele existențiale ale umanismului, ale promovării sale ample. Însăși bioetica reprezintă un impunător potențial umanist, deoarece ea „poate fi interpretată ca etica vieții în genere. Obiectul de studiu al bioeticii este cercetarea sistemică a naturii vii și a comportamentului uman în lumea valorilor și principiilor morale. Bioetica este sinteza științelor despre viațăși sănătatea umană și are drept scop protejarea vieții sub toate aspectele ei. Ea este o *știință despre supraviețuirea tuturor sistemelor vii în viziunea eticii tradiționale*. Supraviețuirea omului și omenirii depinde de atitudinea noastră corectă față de tot ce e viu. Privită sub acest aspect, bioetica iese din limita eticii profesionale medicale și se învecinează mai mult cu etica ecologică, dar unindu-și forțele, trebuie să elucideze aspectul etico-filosofic al problemelor viitorului omenirii și al vieții de pe Terra” [7 p.19]. Experiența investigării diferitor aspecte ale uma-

nismului în sfera medicală [8, 9] poate contribui la consolidarea unui veritabil sistem valoric în acest domeniu. Deoarece în medicină, comparativ cu alte domenii, valorile sunt mai susceptibile spre universalizare, studierea valorilor medicale din perspectiva standardizării unor aspecte axiologice marchează un fapt incontestabil. Constituirea axiologiei medicale, sensul de bază al căreia este umanismul, ar rezolva probleme stringente de ordin spiritual-moral, social și științific, la nivel planetar.

Pentru moment este extrem de important a studia și releva atât în procesul de cercetare, cât și în cel al activității clinice, temele bioetice propriu-zise și valorile spiritual-morale specifice medicinei. Concomitent, explorarea subiectelor ce țin de *valorile medicale* ar avea o dublă semnificație: accelerarea constituirii unui sistem valoric congruent în domeniu și oferirea unor soluții cu implicații practice importante. Optimizarea axiologică a activității medicale (științifice și clinice) constituie o sarcină prioritară curentă și de perspectivă. O misiune de neamânat este redresarea sistemului valoric adecvat realităților autohtone și corelarea acestuia cu cel universal.

Bibliografie

1. Ojovanu, V. *Axiologia și medicina: Dimensiuni teoretico-metodologice*. Monografie. Chișinău: UASM, 2012.
2. *Dicționar de filosofie și bioetică*.Autori: T. N. Ţîrdea, P. V. Berlinschi, A. I. Eşanu. D. U. Nistreanu, V. I. Ojovanu. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*, 2004. ISBN: 9975-907-33-4
3. *Dicționar enciclopedic*. Vol. II. D-G. București: Editura Enciclopedică, 1996. ISBN: 973-45-0144-5
4. Zăgrean, I. *Morala creștină*.București: Ed. Inst. Bibl. și de Miss. al Bis. Ort. Rom., 1985.
5. Mereuță, I. *Filozofia patologiei și dezvoltării societății noastre*. Chișinău: Tipogr. AŞM, 2003. ISBN: 9975-9655-5-5
6. Zanc, I., Lupu, I. *Bioetică medicală: Principii, dileme, soluții*.Cluj-Napoca: Ed. Med. Univ. „Iuliu Haţieganu", 2006.
7. Ţîrdea, T.N. *Elemente de bioetică*. Chișinău: *Univers Pedagogic,* 2005, p. 19.
8. Ojovanu V. *Integrarea europeană și problema valorilor medicale. În: Integrarea europeană: filosofie, politică, cultură*. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. 19-20 nov. 2004. Chișinău, 2005, pp. 136–140.
9. Ojovanu V. *Globalizarea și unele perspective ale valorilor medicale. În: Interconexiuni în contextul globalizării*. Coord.: M. Cotlău, Gh. Mohammadifard. Iași: Ed. PAN EUROPE MBS, 2005, pp. 94–98.

PARADIGMA BIOETICII GLOBALE ÎN CONTEXT EUROPEAN

Anatolie Eşanu
Catedra de filosofie și bioetică,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemiţanu”,
Chișinău, R.Moldova
anatolie.esanu@usmf.md

Actualmente, fenomenul globalizării manifestă o serie de noi trăsături distinctive. Interdependența s-a intensificat și s-a accelerat, grație dezvoltării exponențiale a tehnologiilor informaționale și comunicaționale. Lumea se integrează prin modele sofisticate de interferență, ierarhii și solidaritate ale diverșilor actori globali, capabili să acționeze în rețele tot mai complexe. Sporește cultura globalismului – fenomen, datorită căruia, tot mai mult și mai mult oamenii conștientizează unitatea lumii, comuniunea destinului umanității. Totodată, globalizarea nu evoluează într-un mod liniar și uniform, ci cu accelerări și încetiniri, neuniform în diferite areale ale lumii și în diverse sfere. Ea generează diverse rezonanțe și instituie, la indivizi și subiecți colectivi, conflictualitate, intensifică identitatea etnică și regională.

Modernismul sau modernitatea – fenomen global, care a cuprins lumea, prin posibilitățile diverselor modern-uri, ale diverselor căi spre modern și prin modern. Globalizarea radicalizează dinamica concretă a modernității, interdependența și intensificarea relațiilor planetare. Evenimentele locale se produc grație celor îndepărtate geografic și viceversa. Timpul și spațiul s-au separat unul de altul: relațiile sociale nu mai depind așa de mult de prezența fizică a actorilor în același loc și în același timp. Relațiile sociale sunt extrapolate din contextele specifice ale interacțiunii și se reorganizează în timp și spațiu prin intermediul mijloacelor simbolice universale ale comerțului și ale schemelor abstracte ale cunoașterii tehnico-ştiinţifice. Altfel spus, interdependența globală presupune o nouă percepție a spațiului și timpului. Timpul se utilizează pentru comprimarea limitelor spațiului și viceversa. Timpul se minimalizează, spațiul se comprimă.

Conceptualizarea lumii drept un sistem unic, recunoașterea complexității rețelelor sociale globale, strategiilor globale, utilizate de actorii globali, cosmopolitismul megapolisurilor globale, toate acestea, nu semnifică încă existența unei societăți globale universaliste. Ideea lumii unice, reprezentarea cum că lumea este tot mai proxim conexată și integrată de forțe și practici comune constituie o condiție necesară, însă nu suficientă de apariție a societății globale. Lumea contemporană încă mai este compusă din societăți. Dar apare oare societatea globală? Da, ea apare – în pofida forțelor ce se

opun acestui proces –constituindu-se ca o asociație mondială a oamenilor, a statelor naționale, a comunităților supranaționale, a organizațiilor internaționale, a comunităților supranaționale, care împărtășesc valori fundamentale comune.

Dacă acceptăm o definiție a societății, care se bazează pe comprehensiunea ei drept o rețea de facto a relațiilor sociale și care necesită de jure un consens normativ – sub formă de acceptare unanimă a organismelor globale, atunci, trebuie să recunoaștem că la finele primului sfert al sec. al XXI-lea societatea mondială, ca societate globală universală nu există și puțin probabil că va exista într-un viitor previzibil. Cu toate acestea, valorile și instituțiile comune cuceresc teren pentru o parte din ce în ce mai semnificativă a populației lumii. Globalizarea consemnează tensiunea dintre interdependența globală economică și tehnică și conexiunile sociale pe de o parte,respectiv fragmentarea culturală și politică, pe de alta. Trendurile globale în cultură, de la știință și tehnică, până la cultura drepturilor omului – coexistă culturilor locale și varietăților culturilor hibride. Sentimentul identității general umane și reprezentarea despre cetățenia globală sunt încă subordonate identităților naționale locale,etnice, religioase [1 p.78].

Printr-o astfel de diversitate culturală, din punctul de vedere al consensului normativ societatea globală nu poate să nu fie pluralistă. Ordinea pluralistă nu poate fi interpretată ca o concepție unitară, clară și ideosincretică. Societatea mondială nu trebuie concepută ca o societate globală universală, ca o proiecție la nivel global a societăților naționale contemporane în care noi trăim sau ca o etapă finală a tendinței de creștere a complexității căii parcurse de societate(„clan, trib, oraș, stat"), ci ca o asociație de comunități, bazate pe puterea legii și a normelor, respectiv a organismelor general-acceptate, ca un proiect global al respectului reciproc și al colaborării pașnice.

O astfel de concepție, mai realistă și mai puțin pretențioasă și riscantă a unei societăți globale în comparație cu societatea globală universală, o constituie asociația mondială a popoarelor, a statelor naționale, a organizațiilor internaționale, a uniunilor supranaționale și a comunităților transnaționale, integrate și reglate sub forma multipolară a guvernanței globale. Această versiune a societății globale a devenit posibilă grație interdependenței profunde, iar în condițiile actuale ea nu poate să nu fie pluralistă. O asemenea postulare a consensului normativ și a organismelor general-acceptate la nivel planetar este necesară, în scopul prevenirii conflictelor interne explozive și realizării unui grad rezonabil de încredere între „cetățenii lumii". Care sunt exigențele normativ-instituționale necesare? Există ele oare acum? Ce factori contribuie la dezvoltarea lor?

Unul din factorii ce contribuie la demonstrarea verosimilității acestei

concepții îl constituie fenomenul formării eticii globale la o parte semnificativă a populației planetei. Ea se construiește în jurul scopurilor fundamentale comune – pace, demnitate umană, echitate socială, libertatea persoanei, pluralismul cultural, protecția mediului, dezvoltarea durabilă – și admite proiecte de atingere a diverselor scopuri, multitudinii de identități și cetățenii.

Rădăcinile ei rezidă din conștientizarea destinului comun, a drepturilor și intereselor umane și sociale comune, a vulnerabilității comune în fața crizelor globale ecologice, sociale, politice și mai recent pandemice, din necesitatea care se impune de a găsi soluții și a acționa în baza culturii dialogului și a colaborării. Ea se bazează pe conștiința planetară a comuniunii a patru tipuri fundamentale de conștiință: conștiința antropologică (recunoaște unitatea diversității noastre); conștiința ecologică (recunoaște unicitatea speciei umane în biosferă); conștiința civică (aceasta-i responsabilitatea și solidaritatea comune); conștiința dialogală (se adresează rațiunii critice și înțelegerii reciproce). Această conștiință devenită planetară invocă interpretarea universalismului contextual, impactul benefic, indestructibil al culturilor, armonia respectului reciproc al viziunilor culturale. Ea promovează ideile cetățeniei multiple, identităților încrucișate (locale, naționale, regionale, cosmopolite), diverselor seturi de drepturi și responsabilități. Aceasta nu înseamnă că societatea globală în devenire va cere de la membrii săi un nivel exagerat de înalt al loialității cosmopolite, renunțarea la alte obligații față de proprii concetățeni și apropiați. Ea presupune identificarea sentimentului identității comune, grație căruia noi nu vom fi indiferenți față de suferințele altora, ci mai degrabă vom considera interesele lor egale cu ale noastre și ale apropiaților noștri.

Tendința spre o etică globală își găsește mediul propice în componentele societății civile transnaționale, menționate mai sus. Acestea sunt organizațiile nonguvernamentale internaționale, mișcările colective globale, comunitățile științifice transnaționale, elitele cosmopolite, spațiul public transnațional în devenire, care joacă un rol din ce în ce mai important în formarea posibilei societăți globale și manifestându-se drept un suport important al guvernanței democratice globale. În societatea civilă transnațională, orice persoană, indiferent de rasă, sex, religie etc, poate să învețe să respecte și să înțeleagă valorile altuia, ne neglijându-le pe cele proprii, apreciindu-le și descoperindu-le „din nou" în dialogul civilizațiilor. Acestui dialog intercultural îi sunt necesare două premise fundamentale: 1) atenuarea corelației etos-etnos, a viziunii lumii actuale și a cunoașterii practice, pe de o parte,și a comunității destinului comun, pe de alta; 2) proliferarea acțiunii și gândirii autoreflexive. Cu toate că generația actuală activează în cadrul unei civilizații concrete, cu normele, instituțiile și practicile ei,

actualmente tot mai multe persoane au mai mari șanse să devină actori responsabili în crearea unei noi realități sociale.

Noua etică globală trebuie să contribuie, dacă nu la eliminarea totală, cel puțin la limitarea și controlul consecințelor negative ale globalizării, care pot să se manifeste atât în interiorul unor centre de putere, cât și între aceste centre. Pentru a contribui la realizarea unui astfel de scop nobil, acest umanism etic planetar [2 p.203] trebuie să susțină și să apere omul, drept o ființă liberă și creatoare și să respecte diferențele diverselor civilizații. Respectul acestor diferențe trebuie să fie exprimat prin reglementarea de o asemenea manieră a problemelor litigioase, încât să nu pună în pericol particularitățile nici unei civilizații din cauza ignorării sau chiar anihilării, întâi de toate, a culturii lor. Reieșind din premisa că aspirațiile valorice, ancorate profund în natura umană, că principiile fundamentale ale comportamentului moral sunt comune pentru toate civilizațiile și că ele evoluează continuu, este imperios necesar să se tindă spre constituirea și manifestarea eticii globale, spre formularea și adoptarea principiilor ei fundamentale. În opinia noastră, pot fi formulate următoarele principii ale eticii globale: (i) biocentrismul drept paradigmă a raportului omului cu mediul înconjurător, (ii) demnitatea și autonomia individului uman drept calitate fundamentală, (iii) protecția umană a structurii personalității(care însă nu semnifică toleranță față de orice comportament uman), (iv)protecția umană a eticii, (v) recunoașterea responsabilității și datoriei față de alții, (vi) autocontrolul și precauția ca bază a comportamentului etic, (vii) educația morală a copiilor și a tineretului, (viii) utilizarea nous-ului în formarea convingerilor și viziunilor etice, (ix) dispunerea spre evoluția principiilor și valorilor etice (cu luarea în considerare a realității și așteptărilor viitoarelor transformări)și(x) dispunerea spre respectarea acestor noi principii.

În societatea globală, care actualmente se prezintă mai mult ca virtuală decât reală, există și va exista, în continuare necesitatea imperioasă a dezvoltării eticii planetare [3 p.127]. Această nouă etică trebuie să exprime condiția omului în civilizația multipolară, atât în societățile concrete în care există umanitatea, cât și în viitoarea societate globală. Etica globală, axată pe respectarea normelor etice general acceptate de societatea umană și pe poziționarea individului uman în contextul transformărilor generate de globalizare, trebuie să se manifeste prin următoarele postulate: consfințirea omului ca cea mai mare valoare a societății planetare, respectarea demnității acestuia trebuie să se manifeste prin crearea condițiilor pentru dezvoltarea lui ca personalitate liberă și multilateral dezvoltată, a existenței sale materiale în baza propriei activități de muncă, crearea condițiilor de muncă, în care individul nu se depersonalizează și unde identitatea nu îi este pusă în pericol, realizarea premiselor pentru participarea, în condiții de

echitate (absența oricărui tip de discriminare) la viața politică (la nivel național și global), stabilirea unor relații armonioase între societate și natură, în scopul prezervării cadrului biologic al vieții, în general,și a vieții omului, în particular, organizarea politică a societății globale drept o societate umană multipolară, care asigură armonizarea intereselor divergente, prosperitatea economică și socială a tuturor membrilor societății planetare. Elaborarea și realizarea acestor postulate etice umaniste vor putea să asigure constituirea civilizației planetare drept o civilizație armonioasă în care nu se mai pune la îndoială existența civilizațiilor locale, în speță a culturii lor în calitate de criteriu al autodeterminării, realizarea libertății, drepturilor și demnității omului.

Actualmente, implementarea strategiilor de dezvoltare umană durabilă este de neconceput fără o atitudine etică a omului, o noosferizare a sociumului, în lipsa căreia civilizația contemporană nu poate supraviețui. Din acest punct de vedere o importanță deosebită o capătă atitudinea etică a omului față de tot ce este viu, față de natură, în genere, adică extinderea hotarelor cunoștințelor tradiționale etice asupra lumii animale și a celei vegetale (chiar și asupra cosmosului și lumii anorganice), precum și constituirea unor astfel de domenii speciale cum ar fi bioetica, inclusiv cea globală, etica ecologică, etica pământului etc. [4].

Din acest punct de vedere bioetica globală își aduce contribuția sa la realizarea dezideratelor dezvoltării umane durabile, a unei veritabile societăți globale. Dacă bioetica este,în principal,legată de ingerința tehnologiilor asupra vieții omului, a animalelor, a naturii vii per ansamblu, atunci bioetica globală devine un fundament conceptual și o axiologie a tuturor formelor de activitate, o idee și o inspirație pentru toate sferele vieții sociumului. La ora actuală ea se prezintă nu numai ca cea mai importantă componentă etică a medicinei și a sănătății publice, ci și a activității sociale, centrelor ecologice, de cercetare științifică, educaționale, a partidelor politice și a mișcărilor sociale.

Pe de altă parte, bioetica globală, manifestându-se drept o etică a activității vitale a omului, extinde frontierele conștiinței corporative a medicilor, biologilor, filosofilor, sociologilor, politicienilor, permite depășirea cadrului îngust al cotidianului, atingând gradul de conștientizare a problemelor globale ale umanității, a conceptului de dezvoltare umană durabilă. Ea pregătește condițiile pentru perceperea complexă, de către noile generații de profesioniști, a noilor probleme etice, generate de dominația tehnologiilor digitale și a relațiilor de piață stihinice, globalizării și internaționalizării economiei, politicii, educației. Bazându-se pe sensurile etice proprii, pe valori și orientări, ea extinde conceptualizarea acestora asupra întregii lumi care îl înconjoară pe om.

Bioetica globală se manifestă drept o parte componentă a eticii globale, care încearcă să consensualizeze diverse viziuni cultural-civilizaționale, cu scopul de a rezolva în mod concertat problemele protecției biosferei și *de a contribui la omogenizarea tratării aspectelor etice ale biomedicinei contemporane.*

Actualmente bioetica globală se prezintă nu numai ca un domeniu de cercetare aflat într-o dezvoltare dinamică, care întrunește colaborarea specialiștilor din diverse țări, dar și un spațiu conceptual spiritual-etic universal de interacțiune a diverselor culturi și mentalități în continuă expansiune. Ca factor de universalitate, dar și de diversitate culturală, bioetica globală transpare ca o problemă importantă în planul stabilirii principiilor ei general acceptate. Limbajul bioetic global, înțeles drept expresie a unei comunități intelectuale planetare, se confruntă cu o dificultate pe care nu o sesizăm în alte domenii. Este un limbaj construit prin efortul mai multor discipline (în speță filosofia, dreptul, sociologia etc.) și al diverselor culturi. El prezintă din acest punct de vedere, un fenomen interesant de aculturare intelectuală și lingvistică. Bioetica globală a devenit un limbaj pentru a fi mai bine înțeleasă, un limbaj simultan inter-și pluridisciplinar, inter-și pluricultural, o veritabilă *lingua franca.*

Din această perspectivă, care este locul și rolul Europei în conturarea unei noi universalități bioetice? Europa a construit o etică bazată pe valorile inspirate de civilizația greco-romană, religia creștină și Iluminism. Respectul vieții umane și solidaritatea constituie, de mai bine de 2 mii de ani, fundamentul pe care s-a constituit civilizația europeană.

Europa este în principal reunită de o tradiție umanistă. Etica poate în egală măsură, ca și politica, să servească drept coagulant continental pentru un spațiu civilizațional unic. Odată cu dezvoltarea unei Europe morale umanismul planetar, aflat actualmente în dificultate, mai poate fi încă salvat. Negativismul moral, considerat astăzi irațional trebuie să fie în fine depășit, devreme ce pe continent s-a constituit Uniunea Europeană. A rămas în urmă incoerența europeană marcată de reacții primare, terifiante și finalmente efemere, raportate la timp, care au suscitat manifestări recurente de naționalism, singurele culpabile în fluiditatea istoriei. Astăzi, trăim sentimentul renașterii unei puternice vocații europene în pofida palinodiilor persistente, sechele ale angoaselor ancestrale.

În anul 732, imediat după bătălia de la Poitiers, învingătorii au fost calificați europeni de un cleric spaniol, care repetă cu complezență acest nume și care indică deșteptarea unui nou sentiment. Europa și europenii intră în vocabularul curent al sec. XIV și XV, când turcii au amputat creștinătatea de avanposturile ei orientale, confundându-se pentru prima oară Europa creștină, cu Europa geografică. Glorificarea ulterioară a Europei de către

Leibniz, Montesquieu, Kant, Beethoven, Victor Hugo era bazată pe conștientizarea unei culturi comune europene. A devenit o evidență apariția unei filosofii, a unei literaturi, a unei arte europene și într-o anumită privință, a unei științe europene și, de ce nu, a unei bioetici europene,consecință a unei comunicări atât de intense între centrele de creativitate. Voltaire recunoscu specificitatea sclipitoare a Europei.

Reexaminarea istoriei și conștientizarea exclusivei responsabilități a naționalismelor în dramatica recrudescență a barbariei în secolul trecut au permis confirmarea realității europene drept o convergență de familii indo-europene pe care istoria le-a reunit pe parcursul a 30 secole de influențe comune, dând naștere unei culturi, unei conștiințe și chiar unui stil de viață comune.

Din această interacțiune culturală, s-a născut o etică comună specifică, servind drept bază și condiție a perenității. Platon și Aristotel au admis realitatea unui Bine suveran accesibil individului printr-o revelație a intelectului, printr-un efort de „spirit intelectiv". Religia creștină este fiica curentelor de gândire prin asimilarea de către Dumnezeu a Binelui Suprem, accesibilitatea acestei virtuți superioare pentru oameni, copii ai Creatorului, care au capacitatea de a-i deschide inimile.

Creștinismul afirmă egalitatea oamenilor în fața lui Dumnezeu și solidaritatea oamenilor între ei. El a abolit ierarhiile sociale și a proclamat caduc conceptul de barbarie. Acest umanism inedit în Europa barbară a asigurat proliferarea sa pe întregul continent, depășind limitele Imperiului Roman.

Spiritul european, care se naște în Evul Mediu dintr-o religie și credință comune, recunoaște valorile transcendentale și elogiază respectul fiecărei vieți umane și solidaritatea între oameni. Dezordinile eratice ale naționalismelor au complicat într-un fel concepția unei istorii europene, însă acest lucru este afirmat prin adoptarea cvasi-universală a unei religii umaniste și implicit, a unei aceleiași etici. Recurențele barbariei, care au îndoliat vechiul continent, n-au reușit să sufoce bazele morale. Respectul vieții umane și altruismul promovat de creștinism au condus la o socializare generalizată, la devenirea Europei Contemporane.

Frontierele care protejau statele europene pe parcursul secolelor au impus în mod firesc amprenta lor asupra formelor de etică aplicată. Thomas Mann, în ale sale „Considerații ale unui apolitic", a analizat opoziția dintre ceea ce el numește „cultură" (care se ocupă de suflet)și „civilizație" (preocupată de progresul material și tehnic). Este evident faptul că există o cultură etică europeană ancestrală. Variațiunile naționale sunt de proveniență recentă, generatoare de diferențe de interpretare și de aplicare bioetică a progresului tehnologic. Astfel, întreruperea voluntară a sarcinii este admisă în anumite condiții în toate țările europene, cu anumite limite care

variază de la o țară la alta. Codificarea diagnosticului pre-implantare este de asemenea fluctuant. Rangul de personalitate morală nu este acordat fetușilor europeni și pierderea accidentală a unui fetus nu oferă posibilitatea oricărei reparații, în afară de Franța, unde Curtea de Casație, prin decizia Perruche, a acordat dreptul la reparație unui infirm care a contractat un handicap sever în timpul vieții sale intrauterine.

Cercetarea asupra embrionilor supranumerari este legală în Marea Britanie și, de ceva ani, în Franța, pe când în Germania se întâlnește o serioasă reticență în acest domeniu. Clonarea terapeutică, prin transferul de nucleu somatic într-un ovocit este admisă în Marea Britanie și interzisă în Germania și Franța. Eutanasia este admisă în Olanda și, în anumite condiții, în Belgia, dar proscrisă în alte țări. Dar aceste diferențe nu se referă la esențial. Ele reflectă numai marje de diferențe de civilizație care, după Thomas Mann, s-au dezvoltat pe parcursul evoluției lor naționale. Filosoful belgian Gilbert Hottois are îndoieli că ele pot fi depășite printr-o etică europeană comunitară [5]. Cu toate astea, este evident faptul că o asemenea etică există deja sub forma unei versiuni laice a dogmelor creștine. Europa constituie un ansamblu de popoare reunite printr-o filosofie morală comună proclamând unicitatea fiecărei persoane, demnitatea și somptuozitatea ei, care nu admite comercializarea corpului uman și care recunoaște egalitatea în drepturi a fiecărei persoane. Această etică democratică călăuzește și definește Europa dincolo de construcțiile istorice și controversele frontaliere. Kant a promis independența acestei etici în raport cu Mântuitorul și cu religia creștină, realizând un produs al unei aspirații umane autonome de a distinge Binele de Rău, de o formă apriori care inspiră o direcție morală, cu condiția ca înșiși oamenii să o accepte. Civilizația europeană este construită pe aceste fundamente. În 1784, filosoful își inspiră sieși starea de ascensiune continuă spre o civilizație care nu este altceva decât progresul universal al moravurilor. Comitetele de bioetică europene sunt inspirate de această gândire kantiană, fundamentul unei etici comune.

În spațiul cultural european se observă tendințe clare spre universalizarea bioeticii și a principiilor sale, spre extinderea obiectului ei de la problematica delimitată de sfera biomedicală, până la problemele globale contemporane, avansate la nivel de metaetică. Obiectul bioeticii este tratat în context european mult mai extins, decât în varianta americană, regăsindu-și originea în accepțiunea potteriană inițială, incluzând în sine nu numai probleme morale din domeniul prezervării vieții și sănătății omului, ci și comportamentul moral al omului în raport cu alte organisme vii, ecosisteme, Terra în ansamblu.

În context european, bioetica este abordată sub diverse aspecte drept un spațiu deosebit al vieții spirituale a Europei, drept un fenomen sociocul-

tural al activității umane, drept o filosofie continentală specifică. Modelul european actual al bioeticii se prezintă ca o tehnologie socială, instituțional organizată cu un sistem standardizat de valori liberale, dându-se prioritate ideii solidarității și responsabilității în raport cu cele ale individualismului liberal, prin prezența masivă în legislația europeană a principiului respectului, autonomiei, demnității, conservării integrității persoanei, neamestecului în viața personală, pluralismului, protecției grupurilor vulnerabile ale populației. Aceste concepte și principii asigură respectarea drepturilor individuale și libertăților omului în sfera biomedicală, protecția drepturilor cetățenilor de consecințele negative ale tehnologiilor biomedicale moderne. Astfel, se realizează scopurile principale ale bioeticii europene, elaborarea, implementarea și aplicarea codurilor etice și legilor, care contribuie la perfecționarea expertizei etice sociale și responsabilității profesionale a medicilor și biologilor.

Europa,conștientă de diferențele de etică dintre diversele ei națiuni, a pus în aplicare structuri comunitare de etică prin intermediul structurilor sale: Comitetul Ad-Hoc de experți pentru Bioetică, format în 1985, dependent de Consiliul de Miniștri al Comunității Europene, respectiv Comitetul director pentru Bioetică, de asemenea dependent de Consiliu.

În Europa interogațiile asupra impactului dezvoltării tehnologice, vis-a-vis de corpul uman s-au tradus în forme instituționale centralizate, în general desemnate de stat, implicând diverse aspecte ale cercetărilor biomedicale. Emergența descoperirilor biomedicale a generat constituirea comisiilor etice naționale, ad-hoc sau permanente, în numeroase țări europene. Aceste comitete sau comisii– (Warnock) în Marea Britanie (1982-1984), Comitetul consultativ național de etică în Franța (1983),Comisia Benda în Germania (1985) sunt axate pe moralitatea noilor tehnologii medicale. Fondarea acestor comitete a declanșat apariția într-un șir de țări europene a comitetelor de naționale de etică, având o structură permanentă: Suedia (1986), Danemarca (1987), Italia (1980).

În aceeași perioadă, aspectele etice vizând problematica experimentului asupra corpului uman și condițiile consimțământului informat devin elemente nodale ale bioeticii europene, mai ales din perspectiva tragicei experiențe din timpul celui de-al II-lea Război Mondial. Codul de la Nürnberg, din 1949 realizează o conexiune esențială între medicina experimentală și drepturile omului. Cu acest prilej este afirmat cu fermitate principiul acordului informat și conștientizat în materie de experiment medical.

Această tradiție europeană, de promovare a drepturilor omului, se regăsește și în discuțiile etice atât din comisiile naționale din diverse țări europene(Franța, Germania, Elveția, Italia, Belgia, Spania), cât și din Consiliul Europei, care este tentat să unifice discursurile etice sub auspiciile con-

ceptului european al Drepturilor Omului. Nucleul dur al acestor eforturi comune constă în această filosofie a Drepturilor Omului, moștenitoarea Iluminismului și a Revoluției Franceze. Această filosofie, mai mult ca oricare alta, este ancorată în modernitate.

Filosofia Drepturilor Omului plasează în prim plan știința și tehnica sub semnul unui umanism progresist. Ele sunt părtașe ale luptei împotriva obscurantismului, alienării și dogmatismului, eliberează și asigură prosperitatea individului. Spirtul universal al Drepturilor Omului revendică vigilența constantă față de organizarea și evoluția politică a socialului și economicului, însă acest spirit aproape că nu face referință la progresul tehnico-ştiinţific și garantarea libertății omului în raport cu acest progres.

Treptat însă, în special din a doua jumătatea a sec. XX, locul științei și tehnicii în dinamica generală a umanității a evoluat; ele au devenit planetare în potențași punctul lor de aplicare; ele dezvoltă o capacitate formidabilă de a modifica în mod fundamental natura atât la nivel global (biosfera), cât și la nivel local (manipularea speciilor), inclusiv natura umană. Impactul lor asupra ființei umane nu mai este perceput ca unul pur și simplu reparatoriu –terapeutic – și integrat într-o natură umană imuabilă, în care anterior locul și rolul lor era de a restabili integritatea accidental lezată; raportul tehnico-ştiinţific față de ființa umană se relevă manipulator, expresie a unei libertăți și a unei capacități de intervenție, de modificare, de reconstrucție și de mutație care nu recunoaște a priori nici o limită, în afară de limita posibilului. "Libertatea științifică"are câștig de cauză în fața dogmatismelor de toate sorginţile, în speță cele etice, transformându-se într-un imperativ tehnicist a toate potent și amoral, în accepțiunea căruia trebuie să se realizeze tot ce este posibil.

Anume în acest context, știința și tehnica, în special cele biomedicale, tind să intre în conflict cu spiritul de protecție a libertății, ancorată în limitele unei „naturi umane" a Drepturilor Omului. Ecuația dintre dezvoltarea tehnico-ştiinţifică și progresul umanității este întreruptă. Artificialismul tehnicii contrastează cu naturalismul Drepturilor Omului, accentuându-se pe zi ce trece. Potența asociată științei și tehnicii constituie un pericol important pentru libertățile individuale. Virulența manipulatoare a tehnologiilor comportă riscuri majore pentru conceptele de egalitate și demnitate ale ființei umane.

Totuși, o apreciere mai justă a acestei opoziții dintre știință și tehnică, pe de o parte,și Drepturile Omului, pe de alta, constă în recunoașterea caracterului ambivalent al progresului tehnico-ştiinţific și de aici, importanța poziționării echidistante atât față de mesianismul progresist, cât și față de obscurantismul apocaliptic, ambele foarte active astăzi.

Deoarece spiritul Drepturilor Omului constă în salvgardarea libertăți-

lor individuale, în particular, libertatea individului de a decide în tot ce se referă la gestiunea vieții sale private și, deci, a sănătății sale și a corpului său, este firesc ca acest concept să fortifice drepturile individului în a fi pe deplin informat de toate aspectele și posibilele consecințe ale unei terapii sau ale unui tratament experimental, ce i se aplică, de dreptul de a refuza un tratament medical sau o participare la un experiment biomedical. Faimosul principiu al „acordului informat", formulat încă în Codul Deontologic de la Nürnberg, din 1949, vizează protecția drepturilor celor care participă în practicile clinice și experimentale. Protecția vieții private și a libertății individuale inspiră, de asemenea, grija de a prezerva confidențialitatea absolută a informațiilor medicale ce-l vizează în mod direct pe individ.

Câteva surse principale structurează raporturile dintre Drepturile Omului și bioetică. Principiile bioeticii se regăsesc la nivel internațional, european și național în Declarația Universală a Drepturilor Omului, din 1948, Convenția Europeană a Drepturilor Omului, din 1950, Declarația Universală asupra genomului uman și a drepturilor omului, din 1997, Declarația Universală referitoare la bioetică și drepturile omului, din 19 octombrie 2005. Aceste surse internaționale răspund la o veritabilă necesitate în măsura în care se multiplică (deseori fără un cadru reglator) practicile ce depășesc frontierele naționale de tipul importului și exportului de embrioni și celule stem embrionare, de organe, țesuturi și celule, de eșantioane de ADN și de date genetice.

Instaurarea de repere bioetice la nivel internațional este mai mult decât necesară și poate inspira statele în a pune în aplicare politicile lor, legislația și codurile etice naționale. Reglementarea globală este importantă și din perspectiva mizei pe care o prezintă dreptul bioetic și implicațiile sale asupra protecției sau limitării drepturilor fundamentale și a libertăților corporale.

Bioetica europeană se dezvoltă într-un cadru juridic din ce în ce mai precis cu referire la dreptul național și la numeroasele texte internaționale. În dreptul intern, aplicarea bioeticii are un dublu obiectiv: garantarea drepturilor fundamentale ale ființei umane și încadrarea cercetării și practicilor biomedicale, care uneori conduc la o atenuare a principiilor bioeticii, într-o matrice etică.

Pe lângă libertățile individuale, spiritul Drepturilor Omului în bioetica europeană se manifestă și prin protecția demnității și egalității indivizilor, respectarea umanului din celălalt, ori cine ar fi acesta și oricare ar fi situația sa. A respecta în celălalt ființa umană, constituie, în accepțiunea lui Kant, a nu-l trata pe altul niciodată drept un mijloc, ci drept un scop. Imperativul kantian semnifică în contextul dat, că demnitatea umană se opune oricărei obiectivări și oricărei instrumentalizări a unui individ fără acordul lui, liber

exprimat. Acest principiu nu semnifică renunțarea la orice instrumentalizare-obiectivare a omului, ci numai instrumentalizarea-obiectivarea unilaterală, unde subiectul n-ar fi decât un mijloc pentru cercetare și nu scopul ei.

În ceea ce privește egalitatea ființelor umane, Drepturile Omului în context bioetic european constituie un scut solid contra oricărei voințe, realiste sau nu, de a clasifica de o manieră biologică (genetică și ereditară) umanitatea după criterii de ierarhizare, de a distinge indivizii printr-o valorizare mai mare sau mai mică. Drepturile Omului, sub aspect bioetic european, sunt anti-eugenice, dacă eugenismul vrea să introducă astfel de diferențe. Dar egalitatea comportă și grija pentru echitate, care face ca Drepturile Omului să se pronunțe pentru un acces egal pentru toți la resursele și mijloacele biomedicinei. Organizația Mondială a Sănătății face referințe explicite în principalele sale documente la un drept fundamental la sănătate.

Bioetica este,în esență, o punte de legătură între știința și drepturile omului prin respectul următoarelor realități:

- Drepturile omului sunt valori în sine ce proclamă primatul ființei umane asupra intereselor sociale și colective (principiul subsidiarității sau al preeminenței drepturilor individuale față de cele sociale), al persoanei asupra nevoilor comunitare. Rezultă, deci, că cercetarea este liberă cu condiția respectului ființei umane.

- Drepturile omului, ca valori în sine, sensul vieții umane fiind în valori, atestă că omul, deși este o copie a evoluției, este și o creație a spiritului, ceea ce obligă la respectarea acestor valori indiferent de avantajele cercetării științifice pentru om și societate. Primordialitatea individului față de universalitatea științei determină ca ceea ce se câștigă în tehnic să nu se piardă în etic.

- Dreptul la viață și sănătate reprezintă nucleul celorlalte drepturi ale omului și prin aceasta ele sunt imperative, neputând fi afectate decât în cazuri precis prevăzute de lege. Altfel spus, drepturile omului nu pot fi restrânse sub justificarea legitimității generale, ci doar în condiții precis stipulate de lege. Din principiul matricial al primordialității ființei umane decurge inviolabilitatea integrității de specie și a eului uman, a corpului ca realitate nepatrimonială, a respectului începutului și sfârșitului vieții, a libertății individuale etc.

- În virtutea drepturilor omului, fiecare individ are libertatea de a aprecia calitatea vieții proprii, statul neputând impune o concepție unică despre existență.

- Omul nu poate renunța la drepturile sale deoarece demnitatea ființei este superioară celui ce o poartă, iar respectul datorat vieții umane este suveran, încât nici părți din corp nu pot fi contrapuse legilor umanității. Omul poate dispune însă liber de corpul său deoarece libertatea de con-

știință și credință este inviolabilă și decurge din faptul că viața spirituală primează asupra celei fizice. Viața nu este doar execuția unui program, ci aventura unei existente (Heidegger), iar dreptul omului la sensul existenței sale devine un acord între imanența și transcendența vieții sale. În acest demers, științele despre om au obligația de a proteja eul uman în demnitatea și integritatea sa (UNESCO), demnitatea fiind ceea ce este superior și nu are nici un echivalent (Kant).

- Medicul nu se poate erija în judecător al valorilor bolnavului, ci va respecta autonomia persoanei care are o valoare supra-legislativă. Astfel, drepturile omului devin individuale și defensive (în fața exceselor normative), afirmative și pozitive (interesele sociale fiind subsidiare acestor drepturi), din fundamentele drepturilor omului rezultând drepturile bolnavilor.

De o manieră generală, principalele articole ale Declarației Universale a Drepturilor Omului, adoptată de ONU, în 1948, care constituie o sursă de referință a problemelor bioetice, sunt: art. 1 și 7 (egalitate), 2 și 3 (dreptul la viață, libertate), 5 (demnitate), 12 (viață privată), 16 (căsătorie, familie), 18 și 19 (libertăți), 25 (sănătate,îngrijiri medicale), 27 (progres științific). Însă sunt rare stipulările posibile de interpretare univocă și neconflictuală cu interpretările sau cu condițiile concrete ale experimentării medicale, fiind necesară în acest caz o „contextualizare" a lor. De exemplu, aplicarea diagnosticului prenatal permite evitarea (prin avort selectiv, contându-se pe terapia genică) venirii pe lume a copiilor cu handicap sever, contribuind astfel la stabilirea, într-un anumit sens,a unei mai mari egalități. Totuși, acest diagnostic intensifică discuția referitoare la limitele normalității unei ființe umane (a unui copil), precizarea unor criterii (ce poate fi considerat un handicap sever)și poate provoca accentuarea unor inegalități între cei care vor continua să prezinte „vicii genetice", dar evitabile într-un viitor previzibil și cei care, din varii motive, nu vor fi în stare să le evite. Mai mult, în unele societăți, testul prenatal al sexului ar putea conduce la discriminări sexiste, procedându-se în mod voluntar la avortul fetusului după principiul sexist.

Într-o altă ordine de idei, se vorbește din ce în ce mai mult de necesitatea de a proteja „generațiile viitoare" și chiar drepturile „generațiilor viitoare". În fine, progresul tehnico-ştiinţific a evidențiat fragilitatea biosferei terestre, a echilibrelor și diversităților sale. Considerată drept un „patrimoniu comun al umanității" și drept condiție indispensabilă a posibilității supraviețuirii speciei umane, biosfera devine, pe lângă acordarea de drepturi inalienabile, și un obiect al unor obligații inalienabile ale întregii umanități, încadrate în spiritul unei responsabilități față de generațiile viitoare.

În acest proces bioetic european pot fi distinse două aspecte. Primul aspect constă în evaluarea istoriei celui de-al II-lea Război Mondial în

Europa. Domeniul experimentării umane a fost, în anii'80 ai sec. XX, un câmp fertil de reflecție, printr-o reafirmare a necesității eticii și a Drepturilor Omului. Domeniul geneticii, la începutul anilor '80 ai sec. trecut, este, de asemenea, un teren de reflecție referitoare la Drepturile Omului din perspectiva eugenismului și a posibilelor progrese ale clonării umane și ale terapiei genetice, în ultima instanță a transformării ființei umane. În fața unei astfel de provocări, Drepturile Omului în concordanță cu mai recentul concept de demnitate umană reafirmă viziunea tuturor către un ideal universal de umanitate, la o regenerare a umanismului. Acest concept al demnității umane reflectă prezența sferei sacrale, interne a persoanei, existența unui sentiment deosebit de respect de sine și de mândrie. El este completat cu reprezentările despre integritatea psiho-corporală și spirituală a personalității și presupune o interdicție a amestecului nesancționat nu numai în viața psihofizică a omului, ci și în viața privată a familiei, a comunității. Principiul respectului demnității persoanei protejează nu numai demnitatea indivizilor umani actuali, ci și a celor care se vor naște (embrionii), de asemenea și a celor decedați, deschizându-se astfel noi perspective de rezolvare a problemelor morale ale clonării reproductive, ale modelării genetice, ale comerțului cu organe, sau ale prelevării de organe de la persoanele decedate etc.

Actualmente, în discursul etic european tot mai frecvent se utilizează noțiunea de integritate, conținând câteva sensuri în funcție de context: sentimentul demnității personale, inacceptarea corupției, onestitatea, bunăvoința, integritatea intelectuală, psiho-spirituală, corporală, genetică a personalității. De menționat, că aceste principii se referă nu numai la societatea umană, ci și la lumea vegetală, animală, la biosferă în general.

Al doilea aspect constă în utilizarea dreptului și a legii drept mijloace de a marca limitele eticii în plan social. Statele europene și în speță Franța, cu a sa „Lege a bioeticii", adoptată în 1988 și noua ei versiune adoptată recent, în 27 iunie 2021, ilustrează construcția unei bioetici sociale. Bioetica europeană capătă o nouă calitate a practicii sociale în aspirația ei de a sprijini acele grupuri sociale care se regăsesc într-o situație de incertitudine morală, de conflict sau de stigmatizare din partea societății.

Din punct de vedere istoric după cum a remarcat și Hanah Arendt, în procesul de constituire a statelor europene moderne aspectul axiologic al echității sociale a fost plasat înaintea libertății, contrar spiritului american. Iată de ce, cadrul de referință pentru bioetica europeană, în orice caz pentru cea continentală, rămâne Declarația Universală a Drepturilor Omului, din 1948, continuatoarea directă a Declarației Omului și Cetățeanului, a Revoluției franceze din 1789, cu valorile ei atât morale, cât și politice de libertate, egalitate, fraternitate.

„Convenția asupra Drepturilor omului și a biomedicinii" adoptată de Consiliul Europei, în 1997, încearcă să conexeze drepturile omului și dezvoltarea biomedicinei, realizând promovarea unui ideal al omului universal bazat pe demnitatea umană. Textul Convenției marchează limitele dezvoltării biomedicale,depășirea lor semnificând încălcarea drepturilor omului. Este vorba de prezervarea anumitor idealuri ale modernității:

Principiul „demnității umane", omul fiind ființă rațională, fundamental distinctă de obiecte și animale;

Principiul libertății și egalității tuturor ființelor umane;

Calea spre progres prin filiera științei;

Statul secularizat, ca o condiție necesară de punere în valoare ale acestor idealuri.

Prin intermediul acestei Convenții, Consiliul Europei încearcă să armonizeze prin partajarea de valori comune unificatoare, legislațiile naționale care, în unele privințe, sunt tributare istoriei și moravurilor fiecărei țări. Această Convenție se manifestă ca un cadru de referință care, prin generalitatea sa, în practică lasă locul unei pluralități de interpretări, când este vorba de a răspunde la problemele concrete ale practicilor biomedicale. Afirmarea teoretică a Unicului cedează în practică multiplului (pluralismului moral). Această tensiune, foarte perceptibilă în textele care însoțesc Convenția, se rezumă la temerea utilizării biomedicinii contrar spiritului modernității sau idealului universal al umanității promovat încă din sec. XVIII de civilizația europeană care se rezumă aici la imperativul moral Kantian și care definește natura subiectului drept un scop și nu un mijloc.

Situația excepțională cauzată de pandemia COVID-19 generează probleme bioetice complexe în luarea deciziilor medicale, politice și sociale la nivel global, respectiv regional, în speță european și local. Pandemia COVID-19 conferă bioeticii globale atât sub aspect teoretic, cât și practic o relevanță deosebită. Dilemele etice create de acest flagel sunt urgente și deseori dramatice. Din această perspectivă, bioetica globală, în general, și bioetica europeană, în special, joacă un rol definitoriu în gestionarea acestei crize fără precedent.

Posibilitățile și importanța bioeticii europene ca strategie de rezolvare a problemelor sociale din domeniul sănătății publice sunt reflectate în modul cel mai explicit în activitatea Comitetelor de bioetică europene. Comitetul de bioetică reprezintă structura care în mod sistematic și continuu se ocupă de aspectele etice ale politicilor în domeniul sănătății publice. În mod clasic, comitetul de bioetică este compus din diferiți experți și are un caracter multi-disciplinar.

Expertul în bioetică reprezintă,în context european,specialistul în etică aplicată cu o pregătire temeinică în mai multe discipline (filosofie, științe

sociale, drept, medicină, asistență medicală). Interdisciplinaritatea este unul dintre pilonii acestui domeniu. Acești experți sunt capabili să analizeze problemele etice specifice spațiului sanogen (sănătate, sănătate publică). În perioade de criză, ei abordează probleme cu privire la aspecte legate, spre exemplu, de alocarea resurselor sau carantinarea populației. Activează în diverse instituții și organizații cu roluri diferite. Unii dintre ei sunt cadre universitare, predau etică medicală, deontologie și etică a cercetării viitorilor profesioniști și manageri din domeniul sănătății, precum și studenților care studiază bioetica. Un cadru didactic bioetician poate comenta știrile din mass-media, poate participa la Comitete de bioetică și poate activa în grupuri de experți pentru a clarifica problemele etice dificile sau de a contribui la elaborarea și aplicarea unor măsuri concrete în context pandemic. Alți bioeticieni activează în diverse instituții, cum ar fi rețeaua de sănătate (etică clinică și etică organizațională), universități (etica cercetării, comportament responsabil) sau în guvern (etică managerială). Ei activează de cele mai multe ori de o manieră silențioasă, sprijinind diverse părți interesate, furnizori de asistență medicală și lideri în politica organizațională, în cazul adoptării deciziilor clinice sau de cercetare. În calitate de avocat, alteori de mediator, alteori de critic, bioeticianul european îndeplinește mai multe roluri, al căror punct comun îl reprezintă siguranța faptului că valorile și principiile etice ale societății moderne, precum responsabilitatea, justiția, caritatea, solidaritatea, transparența, autonomia și demnitatea umană sunt respectate. Când este cazul, experții bioeticieni europeni încurajează sau critică inițiativele guvernamentale. Procedând de o asemenea manieră, ei ajută mass-media și publicul larg să conștientizeze mai bine justificările și limitele diferitelor restricții cu care ne confruntăm, cum ar fi restricționarea libertăților noastre în numele binelui comun și provocările cu care se confruntă societățile noastre în prezent.

Experții bioeticieni europeni joacă un rol indispensabil în criza actuală: misiunea lor e să reducă presiunea asupra medicilor și a decidenților în adoptarea deciziilor, care sunt adesea dificile și fără precedent. Ei trebuie să fie prezenți pentru a sprijini factorii de decizie, asigurându-se că iau cele mai bune decizii posibile în situațiile cu care se confruntă. Cine ar trebui să aibă acces la un aparat respirator în cazul insuficienței lor? Cum pot fi protejați cei mai vulnerabili (cu dizabilități sau în vârstă) de discriminare în fața deciziilor dificile de triaj? Cum să conciliezi nevoia de supraveghere și respectarea vieții private, a libertății individuale și a interesului public în limitarea libertății oamenilor? De cele mai multe ori experții bioeticieni europeni își asumă roluri care sprijină deciziile complexe din rețeaua de îngrijire a sănătății cu privire la aspecte precum asistența psihologică și medicală în cazul deceselor sau situații ce vizează comunicarea cu pacienții referi-

toare la confidențialitatea informațiilor despre sănătatea lor. Bioeticienii asigură, de asemenea, protecția participanților și buna desfășurare a cercetării în calitate de consilieri ai Comitetelor de etică în domeniul cercetării. Din cauza pandemiei COVID-19, situația de urgență vine în contradicție cu condiționările și exigențele unei situații normale de cercetare. Umanitatea are nevoie urgentă de tratament rapid și imunizare în masă, iar studiile clinice în acest context ridică multe întrebări de natură etică. O atenție deosebită în contextul eticii cercetării se acordă participanților vulnerabili.

Pandemia COVID-19 a arătat încă o dată faptul interdependenței noastre. Virusul ne amenință pe toți și necesită un răspuns global. Criza ne-a demonstrat, de asemenea, că acțiunile tuturor au un impact semnificativ asupra celorlalți. Moștenirea COVID-19 pentru bioetica globală ar putea fi o direcționare radicală spre probleme care necesită o recunoaștere mai largă și o rezolvare mai rapidă. În primul rând, echitatea distributivă. Paradigma bioetică globală, dar și cea europeană trebuie să recunoască nevoia urgentă de a dezvolta instrumente conceptuale și practice mai sofisticate pentru alocarea resurselor, care depășesc cu mult contextul unei pandemii. În timp ce COVID-19 a evidențiat brusc faptul că resursele noastre sunt limitate, acest lucru va fi la fel de adevărat și după pandemie. Prea des, alocarea de resurse în domeniul medical este netransparentă. Bioetica europeană trebuie să demonstreze curajul moral prin justificarea clară a deciziilor de alocare și asigurarea faptului că acestea sunt corecte, consistente și transparente. Ea ar trebui să acorde mai multă atenție contextului mai larg în care operează asistența medicală. Problemele etice în sănătate nu apar atunci când suntem bolnavi și avem nevoie de asistență medicală. Ele sunt întotdeauna prezente, deoarece sănătatea noastră depinde de statusul nostru socio-economic și de modul în care suntem integrați în familii și comunități. Paradigma bioetică post-COVID ar trebui să evite conceptualizarea individului uman ca factor de decizie autonom, izolat și individualist și să se concentreze pe comprehensiunea persoanei umane în context societal, cultural și civilizațional.

Pe de altă parte, bioetica globală trebuie să exploreze în continuare dimensiunile planetare ale dilemelor bioetice. Ea trebuie să recunoască interconectarea noastră nu numai în cadrul comunităților locale și regionale, ci și ca membri ai comunității globale. Este important să recunoaștem angajamentele noastre reciproce în afara granițelor naționale, nu doar în interiorul acestora, și impactul deciziilor noastre locale asupra altor regiuni, în special asupra celor defavorizate. Din păcate, conceptualizarea bioetică despre justiție și echitate nu se încadrează într-o perspectivă globală. COVID-19 ar trebui să ne impună să ne reorientăm viziunea. Ne confruntăm cu provocări conceptuale colosale și extrem de dificile. Ele apar într-un

moment critic, într-o pandemie. În baza acestui context, în care se reflectă autonomia individuală în mediile locale, se așteaptă ca paradigma bioetică europeană post-COVID să se pronunțe mai hotărât în instaurarea echității într-un context global, să promoveze dreptatea, egalitatea, transparența, încrederea, solidaritatea și compasiunea ca valori fundamentale. Aceasta va fi (ar trebui să fie) moștenirea pozitivă europeană, derivată din experiența dificilă și dureroasă a pandemiei, pe care încă o parcurgem.

Comitetul Internațional de Bioetică al UNESCO (CIB) și Comisia mondială de etică a cunoștințelor științifice și a tehnologiilor UNESCO (COMEST), ca organisme consultative internaționale în domeniul bioeticii și eticii științei și tehnologiei, recunosc nevoia urgentă de a conexa divergențele politice, limitele geografice și diferențele culturale, pentru a ne concentra asupra nevoilor și responsabilității noastre comune de a ne angaja în dialog pentru a găsi răspunsurile corecte de ieșire dintr-o situație dificilă. În astfel de crize, rolul Comitetelor de etică și bioetică la nivel național, regional și internațional este acela de a susține un dialog constructiv, bazat pe convingerea că deciziile politice și logistice trebuie să fie fundamentate științific, inspirate și ghidate etic [6].

Bibliografie

1. Mantzaridis, G. I. *Globalizare și universalitate. Himeră și adevăr.* București: Ed. Bizantină, 2002.ISBN: 973-9492-29-0
2. Ţîrdea, T.N. Dimensiunile bioetico-noosferice ale umanismului planetar. În: *Anale* Științifice *ale USMF „Nicolae Testemițanu"*.Volumul I. Probleme actuale de sănătate publica și management. Zilele Universității. Ediția VIII-a. 16-19 octombrie 2007. Chișinău: CEP „Medicina", 2007.
3. Küng, H.Ethiqueplanétaire et éducationpour la tolérance. *Diogène*. 1996, vol. 176, p.120-139.
4. Поттер, В. Р. Глобальнаябиоэтика: движениекультуры к болееежизненнымутопиям с цельювыживания. Практичнафілософія. 2004, Nr.1, с. 7.
5. Hottois, G.*De la Renaissance a la Postmodernite: unehistoire de la philossphie moderne et contemporaine*. Paris- Bruxelles: De Boeck&Larcier, 1997.ISBN-13: 978-2804124441
6. *Statement on Covid-19: ethica lconsiderations from a global perspective. Statement of the UNESCO International BioethicsCommittee (IBC) and the UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST)*. Paris, 26 March, 2020. Disponibil la: file:///C:/Users/Admin/Downloads/UNESCO%20IBC-COMEST%20Statement%20on%20 COVID-19.pdf. (accesat: 08.06.2021).
7.

QUO VADIS, MORALIA?

O ANALIZĂ A CONCEPTULUI DE BIOAMELIORARE MORALĂ

Laura Ghinea
Centrul de Cercetare în Etică Aplicată, Facultatea de Filosofie,
Universitatea din București
laura.ghinea@drd.unibuc.ro

Morala, sub multiplele sale forme (tradiții, religii, doctrine filosofice), a ghidat omenirea spre ceea ce se considera a-i fi acesteia *Binele* propriu. Teoretizarea și punerea în practică a unor valori, principii, norme, drepturi și obligații morale au orientat viața indivizilor încă din zorii umanității și continuă să o facă, în linia unor tradiții consacrate, prin transmiterea transgenerațională a unui bagaj moral acumulat în timp. În ultimii ani, însă, au fost lansate semnale de alarmă privind pericolul pe care l-ar putea reprezenta pentru umanitate decalajul dintre progresul moral, lent și anevoios și progresul tehnologic fulminant [1]. În acest context, a fost propusă alternativa bioameliorării morale, care vizează o îmbunătățire a dispozițiilor noastre morale prin intervenție biologică(medicamentoasă sau genetică), metodă considerată de susținătorii ei a fimai eficientă, cunoscută sub numele de „bioameliorare morală".

Obiectivul articolului de față este acela de a prezenta cadrul teoretic al acestui concept, prin apel la teoriile contemporane, care pun sub semnul întrebării eficacitatea metodelor tradiționale de instruire morală și încearcă să ofere o alternativă la acestea, precum și acela de a răspunde întrebării „Cât de morală este bioameliorarea morală?", prin recurs la teoriile etice clasice (ale virtuții, deontologiste și consecinționiste).

Bioameliorarea morală în raport cu evoluția morală și progresul moral

În istoria recentă a omenirii, reprezentând 0,1% din existența sa[1], s-au realizat progrese științifice mai mari decât în primii 99,9% din perioada istorică în discuție. Dar, din punct de vedere moral, gradul de îmbunătățire este mic, și omenirea funcționează după coduri vechi de când lumea.

Progresul moral este înțeles ca mișcare a unui sistem de norme și credințe specifice, alcătuit după criterii stabilite de societate, prin tradiție. „Progresul moral apare când o stare de lucruri ulterioară este mai bună decât una precedentă sau când actele corecte prevalează"[2 p.41][2]. Abolirea

[1] Considerată de la apariția speciei *Homo Sapiens*, genul *Homo*, în Africa, acum aproximativ 200 000 ani.

[2] Informația din suprascriere reprezintă pagina sau numerotarea standard a secțiunii (dacă aceasta este în uz) din referința bibliografică la care se găsește citatul plasat între ghilimele. Aceasta este

sclaviei, acordarea dreptului de vot femeilor, de barbarizarea pedepselor, eforturile de eliminare a pedepsei cu moartea sau egalizarea de gen sunt exemple paradigmatice de progres moral. Natura progresului moral ține de o consecință a unor schimbări fundamentale între și în interiorul tradițiilor normative. O manieră de a măsura progresul moral este de a vedea cât sunt de respectate drepturile indivizilor sau cât de extins este cercul responsabilității morale într-o societate –„de la familie la trib, de la națiune la rasă, până la extinderea obligațiilor morale față de toate ființele umane și față de toate ființele simțitoare"[3 p.120-121].

Evoluția morală, pe de altă parte, este o condiție a progresului moral, mecanismul intern al acestuia. Spre deosebire de progresul moral (circumstanțial și înrădăcinat în practici), evoluția morală depinde de motivația morală și de capacitățile morale ale indivizilor. Există teorii antropologice și primatologice care contrazic afirmația lui T. Hobbes că starea naturală a omului este *bellumomnium contra omnes*[3] și susțin că evoluția morală se produce ca efect al evoluției biologice a omului, într-o dimensiune socială proprie lui, că însușirile morale sau contra-morale (altruismul, empatia, respectiv înclinațiile spre agresivitate, anumite aversiuni rasiste sau speciiste etc.) au o bază biologică. „Esența eticii este scrisă adânc în specia noastră și este comună pentru ființele umane de pretutindeni. Ea supraviețuiește celor mai nemiloase încercări de a priva oamenii de umanitatea lor"[3 p.27].

Clarificarea celor două noțiuni (progres moral și evoluție morală) este relevantă pentru subiectul perfecționării morale, căci ne permite să imaginăm posibilitatea unei evoluții morale catalizate de un tratament biologic sau genetic și să proiectăm un anumit tip de progres moral în limitele evolutive ale omului.

Revenind la diferența dintre planurile cognitiv și moral, o explicație este oferită de J. Săvulescu și I.Persson, care invocă,pe de o parte,premisa că oamenii nu sunt echipați de la natură cu dispoziții morale, care să-i ajute să facă față noilor condiții impuse de progresul tehnologic și, pe de altă parte, predispoziția oamenilor de a-și aduce unii altora mai degrabă prejudicii, decât beneficii [1p.28-29]. Acest decalaj, adâncit de dezechilibrele economice și sociale generate, paradoxal, chiar de progresul tehnologic, a născut ideea că știința este datoare să ofere societății instrumente de ameliorare morală compensatoare.

Adepții bioameliorării morale propun o alternativă la educația morală tradițională, constân dîn tratamente medicale și apel la ingineria genetică, prin explorarea fundamentelor genetice și neurobiologice ale moralei. Se

o regulă a autoarei, care se va aplica ori de câte ori se va impune.

[3] Găsim formulări asemănătoare la Platon (*Legile,* I, 2): „greșeala acelor mulți, care nu văd că între toate statele există un război de necurmat" și „de fapt, fără a avea loc vreo declarație de război, fiecare stat e natural înarmat contra tuturor celor dimprejur".

presupune că acestea au avantajul unei întemeieri științifice și al obținerii de rezultate într-un timp scurt, comparativ cu antrenamentul moral tradițional. Principalele argumente ale susținătorilor bioameliorării morale sunt unul de natură etică – știința are datoria morală de a preveni prejudiciile pe care chiar progresul său le-ar putea aduce umanității, iar al doilea argument este ancorat în iminența unor pericole care amenință omenirea, pentru evitarea cărora nu mai avem la dispoziție suficient timp, iar educația morală tradițională este un proces de lungă durată.

Simplificând, ne aflăm într-o situație de tip „educație *versus* medicație". Dacă eficiența instruirii morale tradiționale e dovedită și moralitatea metodelor neproblematică, un semn de întrebare planează asupra moralității bioameliorării morale. De aceea, în lucrarea de față, mă preocupă să determin și cât de morală este bioameliorarea morală.

Definirea conceptului „bioameliorare morală"

Pentru a delimita teritoriul conceptual, trebuie precizat, în primul rând, că bioameliorarea morală se distinge de ameliorarea morală, aceasta din urmă fiind o formă non-biomedicală de perfecționare morală, care poate îngloba, printre altele, educația morală tradițională. Există autori care utilizează implicit sinonimia „ameliorare morală"– „bioameliorare morală", însă, în contextul acestei lucrări, atunci când este citată poziția unuia dintre acești autori,prin termenul „ameliorare morală", se va înțelege „bioameliorare morală".

Voi expune, pentru început, modurile în care bioameliorarea morală a fost definită. Este cu atât mai relevant să acordăm atenție acestui aspect, cu cât definiția a suscitat critici încă de la introducea sintagme în literatura etică academică, de T. Douglas, în 2008.

Douglas a formulat definiția în următorii termeni: „Putem considera că o persoană s-a ameliorat moral dacă s-a transformat în așa fel încât motivația sa morală este rezonabil superioară celei pe care altfel nu ar fi avut-o"[4 p.229].Precizarea asupra căreia autorul insistă – referitoare la motive superioare moral – delimitează viziunea sa de cea a multor teoreticieni care îi urmează. Douglas alege să nu interpreteze perfecționarea morală în sensul de a deveni mai virtuoși, mai responsabili moral sau mai capabili de un comportament mai moral. El consideră că ameliorarea s-a produs atunci când procesul psihologic din spatele acțiunii s-a îmbunătățit, chiar dacă acțiunea rezultată nu este neapărat morală. Așadar, propune o abordare etiologică, și nu una simptomatică, o intervenție folosind mijloace biomedicale asupra cauzelor (motivelor), și nu asupra efectelor (diseminate în comportament). Viziunea sa a stârnit, mai degrabă, controverse, decât consens, începând, iată, chiar cu definirea termenului.

Ulterior, conceptul e redefinit în varii moduri. Așa cum remarcă J. R. Shook, „Cel care folosește termenul *ameliorare morală* ca și cum toată lumea ar ști ce înseamnă, fie simplifică până la neglijență, fie se adresează doar celor care au ajuns deja la un consens”[5 p.4].

Un grup de doctoranzi de la Universitatea din Ghent (Belgia) a elaborat o taxonomie clarificatoare, identificând un set de criterii pentru delimitarea conceptului, considerând și implicațiile normative. Astfel, definițiile pot avea în vedere:

i) *subiectul* (care se poate referi la intervenție sau la individ, implicațiile normative ținând de considerarea eficienței intervenției, respectiv de stabilirea unor praguri de moralitate);
ii) *mijloacele utilizate* (care pot fi specifice sau extinse, având implicații în direcția creșterii riscului în practicile invazive, respectiv în direcția lipsei diferențierii de principiu);
iii) ținta (care poate fi individul sau societatea, implicațiile normative ținând, în primul caz, de autonomie, iar în al doilea de modificarea naturii umane);
iv) *tratamentul medical* (care poate fi inclus sau exclus, ambele situații implicând fie clasificarea comportamentului imoral ca boală ce presupune medicalizare, fie indistincția de modificare mentală);
v) *focalizarea* (care poate viza reflecția morală sau comportamentul, implicațiile normative referindu-se la dificultatea de a evalua capacitățile de reflecție sau problema libertății în chestiunea moralității);
vi) *implicarea agentului moral* (activă – caz în care se discută despre amenințarea autonomiei sau pasivă – caz în care agentul joacă un rol important, consimțind informat).

În articolul lor [6], autorii analizează definițiile bioameliorării morale și remarcă, în primul rând, dificultatea de a separa conținutul lor descriptiv de cel normativ. Unele diferențe nu afectează dezbaterea, dar majoritatea formulărilor au implicații profunde, dezvăluind poziții normative fundamentale. Printre altele, scopul autorilor a fost acela de a arăta că definițiile pe care diverși teoreticieni le dau conceptului de bioameliorare morală, în ciuda pretenției de neutralitate, nu includ toate aspectele și nici nu este întotdeauna indicat impactul poziției normative exprimate, mai mult sau mai puțin direct, prin definiția dată.

În lipsa unei definiții cu adevărat neutre, care să ia în calcul toate aspectele și implicațiile, pericolul ar fi acela ca dezbaterea să fie inconsistentă și deloc constructivă. Iată doar câteva dintre modurile în care autori diferiți au exprimat poziții diferite, cu privire la concept – o enumerare succintă, dar care dă seamă de caracterul eterogen al dezbaterii:

„Intervenții care vizează îmbunătățirea capacităților noastre morale,

cum ar fi capacitățile de simpatie și de corectitudine."[7]– David DeGrazia

„Ameliorarea morală[bioameliorare, n.a.] nu înseamnă exclusiv amplificarea virtuții cu neurochimice, ci vizează controlul sporit și conștient al vieții noastre, cu scopul de a construi tipul de personaj pe care îl dorim."[8]– James Hughes

„Promovarea, prin inginerie genetică, a acelor gene care influențează dobândirea virtuților"[9 p.27] – Mark Walker

„Tehnicile de ameliorare morală [bioameliorare, n.a.] își propun să modifice procesele creierului pentru a produce un comportament mai moral."[5 p.3] – John R. Shook

„Ameliorarea morală [bioameliorare, n.a.]implică creșterea capacității noastre de a gândi etic, fără a manipula probabilitatea unor reacții în moduri pe care alții le consideră etice."[10 p.373]– John Harris

Constatăm că, atunci când operăm cu conceptul de bioameliorare morală, trebuie să vedem dincolo de modul simplist în care termenul este adesea înțeles și folosit – intervenția tehnologiei biomedicale în perfecționarea morală a indivizilor – și să luăm în calcul toate criteriile care clasifică bioameliorarea morală și cât mai multe din implicațiile normative. Dezbaterea este îngreunată nu doar de lipsa unei definiții clare și a consensului, ci, mai ales, de relativismul cultural care, prin încercarea lui de a satisface cerințe simultane ale unor culturi diferite, face imposibilă formularea unei teorii etice unificatoare privitoare la ideile de bine, fericire și moralitate, din care să derivăm, mai apoi, problema bioameliorării morale.

Relativismul cultural determină un relativism moral, care l-a nemulțumit profund și pe I. Kant și care a fost intens comentat de-a lungul timpului. Argumente împotriva caracterului obiectiv al deliberărilor noastre morale, chiar și în afara culturii, au fost formulate de-a lungul istoriei de gânditori precum Platon, R. Descartes sau H. Putnam[4], la care regăsim, într-o formă sau alta, scenariul „creierului în cuvă"[5]. Fiind imposibil să excludem ipoteza că am fi un creier într-o cuvă, nu avem niciun motiv întemeiat să credem vreunul din lucrurile pe care le credem și pe care ne întemeiem judecățile, inclusiv morale. În lunga discuție despre obiectivitatea și imparțialitatea judecăților morale, B. Williams[11]a trasat și el distincția deliberare faptică –

[4] Filosof și om de știință american, figură majoră a filosofiei analitice în a doua jumătate a secolului XX. A adus contribuții semnificative la filosofia minții, filosofia limbajului, filosofia matematicii și filosofia științei.

[5] Experiment de gândire imaginat de Gilbert Harman, destinat să evidențieze anumite trăsături ale concepțiilor noastre despre cunoaștere, realitate, adevăr, conștiință etc. Experimentul presupune că un om de știință nebun sau o altă entitate extrage creierul unei persoane din organism, îl introduce într-o cuvă cu lichid care-i susține viața, iar neuronii sunt conectați la un supercomputer, care îi va furniza impulsuri electrice identice cu cele pe care creierul le primește în mod obișnuit. Computerul simulează realitatea și creierul continuă să aibă experiențe conștiente perfect normale, fără ca aceste experiențe să fie legate de obiecte sau evenimente din lumea reală.

deliberare practică, distincție pe care C. Taylor o rezumă astfel: „deliberarea faptică este despre lume și aduce un punct de vedere imparțial, deliberarea practică este revendicată la persoana întâi" [12 p.460].

Deși, după cum am văzut, lipsește tocmai instrumentul principal – o definiție neechivocă a conceptului de bioameliorare morală, într-o mare măsură din cauza multitudinii de perspective filosofice asupra fundamentelor pe care ar trebui construită definiția – ce este morala? există o morală obiectivă? cine stabilește criteriile moralității? – voi încerca, totuși, să reformulez întrebarea de cercetare, folosindu-mă de aparatul etic pus la dispoziție de teoriile contemporane ale bioameliorării morale, astfel: cât de morală este intervenția activă, prin tratamente medicale, cu mijloace specifice, asupra unui individ, presupunând că această intervenție se dovedește eficace, prin faptul că sporește capacitatea individului de reflecție morală, diseminată în comportament?

Scurtă istorie a dezbaterii

Așa cum am menționat anterior, bioameliorarea morală se distinge de ameliorarea morală, aceasta din urmă fiind o formă non-biomedicală de perfecționare morală, care poate îngloba, printre altele, educația morală tradițională. Această diferență a dat naștere unor discuții care au animat scena eticii academice. Nu doar particula „bio" dă greutate conceptului, ci și nuanțele care țin de criteriile după care o intervenție se clasifică drept bioameliorare morală sau considerarea implicațiilor normative.

Pentru că ne-am obișnuit ca la originea aproape oricărei idei filosofice să găsim un gânditor grec, îl putem avea în vedere – în extensia prezentei teme – pe Aristotel. Teoriile sale etice statuează ca principiu ultim al vieții morale *eudaimonia* (fericirea) – activitate a sufletului conformă cu virtutea, iar concepția sa teleologică despre lume este construită în jurul principiului formal *entelehia* – principiu dinamic, ce orientează orice individualitate spre perfecțiune. Dintre toate, omul este singura ființă capabilă de fericire și cea mai capabilă de perfecțiune. Perfecționarea morală se remarcă, așadar, printre preocupările lui Aristotel, doar că subiectul este tratat de Stagirit într-o altă paradigmă de gândire și fără alte mijloace (tehnologice, de exemplu), în afara rațiunii.

După aproape două milenii și jumătate, progresul științific a făcut posibilă conturarea unei noi versiuni a paradigmei antice. Ingineria genetică și neurofarmacologia au deschis granițele conceptului de „fericire", oferind posibilitatea de a manipula rădăcinile biologice ale fericirii. Dar, totodată, au deschis o cutie a Pandorei, așa cum vom constata urmărind dezbaterea pe tema bioameliorării morale. În planul filosofic, saltul a fost făcut de M. Walker, care aduce un elogiu *biofericirii*[13] – acea fericire ce poate fi obținută sau sporită cu ajutorul agenților chimici sau al ingineriei genetice. El

corelează obiectivul moral al celei mai desăvârșite fericiri cu înțelegerea biologică a fericirii, pe care ne-o permite progresul științific.

În lungul interval de timp care-i desparte pe Aristotel și Walker, sensul ideii de *fericire* a suferit numeroase interpretări. De la o teorie a vieții reușite, apropiată de teoriile sociologice privind calitatea vieții, s-a virat către o abordare mai degrabă psihologică, astfel încât astăzi, când vorbim de fericire, ne gândim la o „bunăstare subiectivă". Sensul relevant pentru dezbaterea pe care o analizez, cu care și Walker operează, este „fericirea ideală", înțelegând prin aceasta o stare de spirit optimistă, combinată cu o atitudine cognitivă pozitivă. Compușii farmacologici pot ameliora dispozițiile, iar cercetările empirice încearcă să coreleze aceste dispoziții cu atitudinile cognitive, inversând un principiu care a revoluționat modul de înțelegere a interacțiunilor dintre corp și minte. Dacă emoțiile și personalitatea pot avea impact asupra fiziologiei organismului, de ce nu și invers? Dispozițiile bioameliorate pot influența pozitiv atitudinile cognitive, astfel încât, împreună, să conducă la sporirea fericirii.

Walker militează pentru o liberalizare a accesului indivizilor la biofericire, menținând, în același timp, conexiunea dintre fericire și moralitate – „lumea noastră ar fi mai bună, dacă noi am fi mai fericiți"[13 p.24]. Cu alte cuvinte, nu doar că este nedrept să interzicem oamenilor accesul la mijloacele prin care ar putea atinge fericirea, ci, în plus, consecințele sociale pozitive ale biofericirii justifică moral apelul la mijloace mai puțin convenționale – „nu există nicio justificare morală bună pentru a sta în calea biofericirii" [13 *idem*].

Într-o formă sau alta, toate marile doctrine etice au valorizat moral fericirea – etica virtuții, etica utilitaristă și chiar și etica deontologistă. Aristotel consideră că „binele omului" este „activitatea sufletului conformă cu virtutea"[14 p.34], este funcția omului optimizată de virtuțile sale[6]. Altfel spus, binele omului e viața fericită. Mill afirmă, în numele Principiului Celei Mai Mari Fericiri, că „acțiunile sunt corecte (*right*) în măsura în care ele tind să promoveze fericirea și sunt incorecte (*wrong*) în măsura în care tind să producă inversul fericirii; prin fericire se înțelege plăcerea sau absența durerii, prin nefericire durerea și privarea de plăcere"[15 p.18]. Kant, la rândul lui, derivă din teoria sa deontologistă o datorie, chiar și numai contingentă, de a ne perfecționa moral în raport cu noi înșine și cu ceilalți. „El admite că, deși a dori propria fericire e indiferent din punct de vedere etic, a dori fericirea altora e o virtute"[16 p.128]. Iar cum de la *fericire* la *biofericire* nu e decât un pas, pe care astăzi îl putem face ușor cu ajutorul științei, Walker consideră întemeiat demersul său.

Principalele obiecții aduse conceptului de „biofericire" se referă, în pri-

[6] Funcția omului este un anume mod de viață ce constă din activitatea sufletului și din acțiunile care au rațiune sau sunt raționale.

mul rând, la natura acestui tip de fericire. Bunăstarea umană înseamnă mai mult decât a te simți bine – stare pe care o putem induce chimic și care nu este una naturală, ci sintetizată în laboratoare. Biofericirea ar fi o falsă fericire, un temei artificial pentru moralitatea din noi.

Doi ani mai târziu, subiectul este reluat de T. Douglas, care mută accentul de pe fericire, ca scop în sine, necesar de atins chiar și cu mijloace controversate, pe intervenție și pe implicațiile normative ale acesteia. Odată cu Douglas, în literatura etică se consacră termenul „bioameliorare morală", derivat din „ameliorarea biomedicală" – o tehnică ce folosea deja mijloace biomedicale pentru a îmbunătăți performanța fizică sau cognitivă. Deși răspândită ca practică, moralitatea utilizării tehnologiilor biomedicale în acest scop rămâne o chestiune controversată. Douglas mută ipoteza, prin analogie, în plan moral, respingând obiecțiile referitoare la moralitatea bioameliorării morale aproape cu aceleași argumente pe care le invocă susținătorii ameliorării biomedicale. Așa cum e de dorit ca oamenii să fie mai inteligenți, mai sănătoși și să trăiască mai mult, e de dorit și ca ei să fie mai morali, „mai ales că cele mai grave probleme ale lumii în care trăim – sărăcia, schimbările climatice și războiul – sunt atribuite deficitelor morale" [4 p.230].

Douglas inițiază o dezbatere aprinsă, care continuă și în prezent și a cărei miză este, la limită, supraviețuirea speciei noastre – „Actuala situație dificilă a omenirii este cât se poate de serioasă, deoarece ființele umane au acum la dispoziția lor mijloacele prin care pot compromite pentru totdeauna condițiile modurilor valoroase de a trăi pe Pământ" [1 p.13]. I.Persson și J. Săvulescu, partizani ai bioameliorării morale, rafinează argumentele lui Douglas și aduc o contribuție importantă la cercetarea filosofică asupra subiectului. În tabăra adversă, J. Harris, N. Agar, R. Sparrow și V. Rakić opun o rezistență pe măsură, conferind echilibru dezbaterii și ancorând-o într-o realitate multidisciplinară. Observată din exterior, discuția pare a avea loc în jurul unei mese poliedrice neregulate, cu fețe plasate în planuri secante – etic, medical, sociologic și chiar politic. Spre exemplu, Rakić, care luptă împotriva bioameliorării morale impuse, așa cum o imaginează Persson și Săvulescu, opunând acestora argumente ce țin de liberul arbitru (deși pare că ideile celor trei se întâlnesc), se vede angajat într-o dispută tăioasă cu H.Wisseman, aparent sceptic la adresa bioameliorării morale (deci, oarecum, în aceeași tabără cu Rakić), pe care îl acuză de „incapacitatea de a construi chestiuni etice dincolo de contextul prezent – depășirea lui *este*, cu scopul de a-l realiza pe *trebuie*" și de nesăbuința de a fi afirmat că „tehnologiile destinate bioameliorării morale și-au atins deja potențialul maxim"[17 p.104]. Aceasta este doar o mostră a unei dezbateri extrem de vii și de complexe la care asistăm.

Deși s-ar cuvenisă urmărim cronologic șirul argumentelor pro și con-

tra bioameliorării morale, consider mai inspirat efortul grupului de cercetători ai Universității din Ghent, menționați anterior, de a trece în revistă argumentele cu accent pe opțiunile realiste și pe implicațiile morale concrete[18], eliminând scenariile, demne de semnătura lui Asimov, în care întreaga omenire e supusă unei intervenții inginerești cu scopul creării unei societăți superioare moral. Cercetarea celor de la Ghent acoperă perioada cuprinsă între 2008 și 2014.Articolele apărute în intervalul de timp dintre 2015 și 2018[19-41]au fost analizate de autoarea acestei lucrări, folosind aceeași metodologie, și anume selecția materialelor din arhivele publicațiilor online de referință în baza criteriului de menționare explicită a conceptului „bioameliorare morală" și gruparea argumentelor în categorii largi. Redau, mai jos, prezentarea generală a argumentelor identificate în totalul de 110 articole analizate, de la inițierea dezbaterii până în prezent.

Argumentele sunt grupate în șase mari categorii: (1) argumente privind *necesitatea* bioameliorării, (2) argumente privind *consensul*, (3) argumente privind *fezabilitatea*, (4) argumente privind *mijloacele* prin care se realizează bioameliorarea, (5) argumente legate de *libertate*, *identitate* și *autonomie*, (6) argumente privind *efectele* bioameliorării morale.

În ceea ce privește (1), de ce avem sau nu avem nevoie de bioameliorare morală, se disting următoarele poziții: natura biologică umană (nu) este defectă; mijloacele tradiționale (nu) sunt eficiente; (nu) există posibilități de îmbunătățire; (nu) este singura noastră șansa de a preveni un dezastru major; bioameliorarea morală (nu) îmbunătățește percepția despre ce este "moral"; bioameliorarea morală (nu) poate reduce criminalitatea.

În ceea ce privește (2), anume faptul că (nu) se poate ajunge la un consens în privința bioameliorării morale, în general dificultatea apare în relație cu dependența de context și de rol, cu relativismul cultural și pluralismul moral. De asemenea, se constată o dificultate în a delimita bioameliorarea de tratamentul unor patologii.

În privința fezabilității (3), se ridică problema stadiului cercetărilor, considerat fie suficient, fie insuficient de teoreticieni diferiți, a complexității psihologiei noastre morale, care depășește, încă, înțelegerea umană, dar și a efectelor secundare, nestudiate îndeajuns. De aceea nu pot fi (încă?) apreciate justificat riscurile, cel puțin sub aspectul sănătății celor vizați.

Mijloacele (4) prin care se realizează bioameliorarea morală suscită și ele dezbateri referitoare la moralitatea lor și divizează opiniile cu privire la importanța etică a punerii problemei. Pe de o parte, se exprimă o preferință pentru alte metode non-biomedicale, cum ar fi metodele tradiționale de educație morală, dar, pe de altă parte, oponenții susțin că aceste metode, deși pot părea mai atractive, nu sunt suficient de eficiente.

Argumentele legate de libertate, identitate, autonomie și egalitate (5)

sunt cel mai des invocate. Susținătorii bioameliorării morale afirmă că nu toate limitările libertății sunt rele, că există, deja, în societate, restricții ale libertății individuale, că identitatea se schimbă, oricum, de-a lungul timpului, sub influența mediului, iar, în ceea ce privește egalitatea, bioameliorarea morală nu ar face altceva decât să corecteze inegalități, acționând exclusiv asupra celor cu deficit moral, în sensul unei distribuții echitabile a datoriei de a face bine. Oponenții bioameliorării morale susțin că aceasta subminează raționamentul moral, că este afectată libertatea de a acționa, chiar dacă această libertate poate însemna și libertatea de a acționa greșit, că acțiunea morală este fundamentată pe autonomia individului – moralitatea lipsită de alegere e lipsită de valoare, constrângerea știrbind statutul moral. În privința acestui ultim punct, susținătorii bioameliorării morale răspund că utilitatea este suficient de mare pentru a face irelevantă problema autonomiei.

În ceea ce privește argumentele referitoare la efectele sociale ale bioameliorării morale (6), discuțiile evidențiază că aplicarea acestei proceduri ar putea favoriza abuzul (cei virtuoși ar putea fi exploatați de cei vicioși), ar putea submina diversitatea morală și dezbaterea morală (în sensul că poate diminua oportunitățile de gândire etică, poate genera inegalități și poate conduce la elitism), ar implica riscul unor devieri utopice, dacă intervențiile ar fi folosite neglijent sau cu exces de zel.

Argumentele prezentate mai sus oscilează între tehnofilie și tehnofobie, între speranța și teama că cercetarea științifică a creierului uman, din perspective neurobiologice, anatomice, neurochimice, genetice și psihologice, respectiv aplicarea rezultatelor acesteia ne va face mai morali. „Speranță" pentru că umanitatea a ajuns într-un punct în care nădăjduiește să poată contracara amenințările tehnologiei tot cu tehnologie și „teamă" pentru că, încercând să protejăm umanitatea de ea însăși, prin a o face mai morală, riscăm să subminăm tocmai acele valori care o legitimează ca „umanitate" – identitate, autonomie, libertate, egalitate.

Gâlceava bioeticienilor este departe de a se stinge, în timp ce „viitorul" e din ce în ce mai aproape. Subiectul a depășit granițele mediului academic, infiltrându-se în cultura publică. Dovadă sunt numeroasele scenarii de anticipație proiectate pe ecranele din întreaga lume – *Gattaca*, *Minority Report*, *Inception*, *Black Mirror*, *West World* ș.a. – și care par a pregăti masele pentru ceea ce, verosimil, va să vină.

Teorii care sprijină bioameliorarea morală

Beneficiile aplicării tehnologiilor avansate asupra biologiei și psihologiei umane au fost imaginate încă de la începutul secolului XX, de geneticianul britanic J.B.S. Haldane, ale cărui idei de a îmbunătăți anumite caracteristici

umane au fost preluate, mai târziu, de biologul Julian Huxley, considerat fondatorul transumanismului – un curent de gândire care își propune să ducă omul, cu ajutorul tehnologiei, într-o etapă superioară a existenței sale, ca specie. Se pare că Nietzsche însuși, prin concepția sa despre supra-om, i-ar fi inspirat pe gânditorii transumaniști în demersul lor de a împinge omul dincolo de limitele sale, în aceeași măsură în care a făcut-o, poate, și eroul mitologiei mesopotamiene – Ghilgameș.

Teza pregnantă a transumanismului este că ființele umane, odată înzestrate cu abilitați mult mai extinse decât cele actuale, prin intermediul tehnologiei, vor putea deveni postumane: „Până acum, viața umană a fost, în general, așa cum a descris-o Hobbes, *urâtă, brutală și scurtă* […] Specia umană poate, dacă vrea, să se transcende pe sine"[42 p.16-17]. Această doctrină futuristă împărtășește cu umanismul elemente precum respectul pentru rațiune și știință și angajamentul față de progres, însă se diferențiază de acesta prin anticiparea și încurajarea unor modificări ale naturii umane cu ajutorul tehnologiei. Supunerea la un astfel de proces de optimizare duce, așadar, la redefinirea speciei umane. Pe agenda teoreticienilor transumaniști se află probleme grave ale omenirii– sărăcia globală, schimbările de mediu etc., ce trebuie soluționate în baza unui imperativ etic al perfecționismului (atingerea unei calități spirituale, mentale, fizice și materiale optime a ființei umane). Transumanismul susține bioameliorarea ființei umane, urmărind înlocuirea evoluției naturale, lentă și aleatorie, cu o evoluție deliberată, controlată și accelerată.

Un alt susținător – chiar precursor – al bioameliorării morale este eticianul M. Walker, despre al cărui concept de "biofericire" am discutat anterior. Din valorizarea morală a fericirii, Walker derivă responsabilitatea oamenilor de a se perfecționa moral. El crede că, având la dispoziție toate aceste mijloace științifice (inginerie genetică, *screening* embrionar, neurofarmacologie etc.), suntem datori să le folosim, într-un cadru etic, pentru a surmonta deficitul moral generat de limitările noastre naturale.

Teorii care se opun bioameliorării morale

Bioameliorarea morală a ridicat numeroase valuri de opoziție, dintre care bioconservatorismul ocupă o poziție marcantă. Scepticismul bioconservatoriștilor privind manipularea condiției umane cu ajutorul tehnologiei scoate la iveală nevralgii ale bioameliorării morale, de la imposibilitatea de a cunoaște toate riscurile și consecințele asociate (principiul prudenței), până la pericolul de a compromite iremediabil valoarea intrinsecă a naturii umane. Bioconservatorismul presupune, așadar, inerența unei astfel de valori aparținând omului și *numai* lui, definitorie pentru specie și indisociabilă de individ, din care derivă valorile morale. Pentru a atenua acuzațiile de speciism aduse bioconservatorismului (o prejudecată care ne dezono-

rează moral), unii opozanți ai bioameliorării morale își manifestă antipatia nuanțându-și poziția prin argumentul „preferinței rezonabile pentru umanitate". Astfel, ei își întemeiază argumentele anti-manipulare tehnologică pe existența unei valori extrinseci, constând într-un set de caracteristici pe care toți oamenii le împărtășesc în virtutea unei istorii biologice și culturale comune. Această poziție este mai laxă, permițând, la limită, un anumit tip de intervenții asupra naturii umane, cum ar fi creșterea calității sau prelungirea vieții indivizilor, prin aceasta asigurându-se tocmai protejarea acelor caracteristici valorizate. În acest caz, favorizarea persoanei umane nu se face în baza unei prejudecăți morale de tip speciist, ci ne este permisă moral în baza acelui motiv numit „preferința rezonabilă pentru umanitate", care ne ajută să ne conservăm propria natură. Chiar și pentru susținătorii bioameliorării morale acest argument pare să reprezinte cel mai plauzibil mod de a dezvolta o obiecție bioconservatoare.

La fel de puternică se dorește a fi și obiecția că încercarea de a îmbunătăți ființele umane în moduri care presupun eliminarea deficiențelor inerente ale naturii umane ar fi o contradicție în sine. Un om „ameliorat" nu mai este om, pentru că omul este definit de ansamblul trăsăturilor (intrinseci și extrinseci), din care fac parte și cele negative: „Trăsăturile negative fac parte din pachetul care dă ființelor umane acea valoare pe care o prețuim în mod deosebit și care merită conservată ca parte integrantă a pachetului"[43 p.209]. Dacă respingem această obiecție, ne vedem nevoiți să redefinim specia umană.

Filtre etice: teoria virtuții, deontologism și consecinționism

Bioameliorarea morală este un domeniu relativ recent și, deocamdată, cvasi ezoteric, iar abordările, deși multidisciplinare, sunt mai degrabă descriptive și procedurale. Nefiind, însă, un subiect lipsit de implicații normative, consider indispensabil demersul de a-l supune unor filtre etice consacrate, ca parte a analizei critice la care m-am angajat. Așadar, de data aceasta, scopul este de a vedea, în cheia marilor teorii etice – ale virtuții, deontologiste și consecinționiste – în ce măsură putem răspunde întrebării „este morală bioameliorarea morală?".Pentru aceasta, e util de reamintit definiția de lucru convenită: bioameliorarea morală se referă la sporirea capacității de reflecție morală a individului, diseminată în comportament, prin intervenția activă cu mijloace specifice (medicale și tehnologice), presupunând că această intervenție se dovedește eficace. Voi începe prin a suprapune paradigma gândirii etice aristotelice peste conceptul bioameliorării morale, ca să aflăm dacă din această perspectivă este moral să procedăm la sporirea capacității noastre de reflecție, în condițiile definiției bioameliorării morale agreate.

În arhitectonica acțiunilor, cu scopuri ierarhizate, în care orice lucru are un *bine* specific, teoria morală a lui Aristotel centrează binele omului ca scop final absolut și desăvârșit al acestuia (*ariston*), „căci, altminteri, de câte ori doresc ceva, doresc pentru altceva și așa la infinit" [14 1094a19]. Folosind metoda diaporematică[7] și adoptând o axiomă eudaimonistă[8] care să sorteze pozițiile, Aristotel descoperă principiul ca fiind fericirea: „Pentru noi, rezultă din cele spuse că fericirea se numără între lucrurile demne de respect și perfecte. Și aceasta din pricină că ea e principiu" [14 1102a].

Având ca instrument acest principiu al fericirii, ne putem îndrepta spre întrebarea „este omul fericit dacă i se sporește artificial capacitatea de reflecție morală?". Bioameliorarea morală ar trebui să-l ajute pe om să dobândească acele proprietăți care aparțin în mod necesar oamenilor fericiți. Vom înțelege, desigur, fericirea în termenii lui Aristotel, ca fiind activitatea rațională a sufletului, conformă cu virtutea[9]. Virtutea este o dispoziție statornică, un *habitus*, care se dobândește prin exercițiu și obișnuită, iar rațiunea este cea care controlează *habitus*-ul. Prin bioameliorare morală, înlocuim exercițiul cu mijloace tehnologice. Controlul afectelor și acțiunilor nu mai este unul rațional, privând astfel „binele" de calitatea sa „morală". Așadar, dacă îi luăm rațiunii funcția esențială de a „stăpâni", chiar dacă individul făptuiește cu știință, cu intenție și cu statornicie, fapta lui nu este morală, pentru că nu este rațională, nu izvorăște dintr-un raționament deliberativ sau epistemic, ci o acțiune exterioară lui a declanșat mecanismul de reflecție. În plus, binele omului este contingent – se poate întâmpla ca, odată ameliorat, individul să fie (mai) fericit, dar ceea ce se urmărește, de fapt, este evitarea unei situații dezastruoase.

Concluzia confruntării conceptului de „bioameliorare morală" cu exigențele eticii virtuții este că, la capătul procesului de bioameliorare morală, nu rezultă un bine moral, ceea ce face ca însăși moralitatea declanșării unui astfel de proces să fie pusă sub semnul întrebării.

Din perspectiva deontologistă, o analiză a bioameliorării morale poate părea, pe rând, facilă și dificilă. Facilă pentru că fie putem rapid cataloga, în cheie kantiană, o acțiune ca fiind nemorală (nu "imorală", nu "amorală"), dacă aceasta nu izvorăște exclusiv din *voința bună*, pe care numai rațiunea o poate realiza,fie putem rapid aproba demersul de bioameliorare morală ca fiind moral, pentru că avem o datorie etică de a ne perfecționa moral.

---

7 Aristotel pleacă de la opinii comune (*endoxa*) către principii probabile (*arhe*), care exprimă maximul coerenței opiniilor:"E mai degrabă inutil să enumerăm toate aceste păreri [ale tuturor oamenilor], fiind de ajuns să le examinăm pe cele mai frecvente și care par a avea o justificare" [14 1095b].

8 În viziunea teleologică a lui Aristotel, Binele omului, scopul său ultim este *eudaimonia* (viața reușită).

9 Înțeleasă ca mănunchi de activități, nu în sensul de *kinesis*, mișcare, ci *energeia* – activare a unei potențe. *Arete* este calitatea care facilitează sau optimizează funcția proprie.

Dificilă pentru că trebuie să ne delimităm de cercetarea empirică pe care se întemeiază bioameliorarea morală și să analizăm moralitatea demersului de perfecționare prin mijlocirea exclusivă a propriei rațiuni, nealterată de experiență, în baza unui criteriu *a priori*, care să nu depindă de contexte și să nu fie orientată de scopuri (conform lui Kant, nu scopul acțiunii dă valoare morală, ci principiul în baza căruia a fost făcută acțiunea). Or, în cazul bioameliorării morale, contextul, scopul și experiența sunt determinante pentru un verdict în sensul moralității.

O problemă centrală în analiza bioameliorării morale, din punctul de vedere al teoriilor deontologiste, cu precădere kantianism, este cea a autonomiei. Abilitatea de a reflecta și acționa autonom este esențială – „principiul gândit al autonomiei este unicul principiu al moralității" [44 p.67]. Cum orice formă de manipulare biologică a moralității subminează autonomia, actele stimulate altfel decât prin voința proprie se descalifică moral.

O altă incompatibilitate între bioameliorarea morală și teoriile deontologiste se înregistrează în discuția despre emoții. În timp ce bioameliorarea morală presupune modularea emoțiilor, o idee centrală în kantianism este aceea că emoțiile și înclinațiile alterează capacitatea de reflecție morală, nefiind permise sub nicio formă. Găsim, totuși, la Kant, în exemplul filantropului bătut de soartă, o încercare de a face loc simpatiei față de semeni în teoria sa morală: „sufletul acelui iubitor de oameni este întunecat de o mâhnire personală, care distruge în el orice interes pentru soarta altora. El are încă putința să fie de ajutor celor ce sunt nenorociți, însă suferința lor nu-l mai impresionează, nimic nu-l mai îndeamnă să le vină în ajutor. Dacă, însă, el se smulge și acționează binefăcător, fără vreun alt îndemn decât cel al datoriei, atunci acțiunea lui are o adevărată valoare morală"[44 p.19]. Așadar, o anumită emoție, simpatia, joacă un rol în raționamentul moral. Kant poate imagina o lume în care simpatia nu există – „specia umană nu va înceta, desigur, să subziste", dar ne dorim oare, o astfel de lume? Putem să vrem ca o maximă care exclude simpatia față de semeni să devină lege universală? Kant răspunde că este cu neputință să dorim acest lucru, „căci o voință care s-ar decide la așa ceva s-ar contrazice pe sine însăși"[44 p.47].

În baza acestor considerații, există tentative de data recentă de a împăca cele două abordări: „Poate, contrar a ceea ce ar putea fi presupus la prima vedere și în ciuda polarizării abordărilor rațională și emoțională ale moralității, bioameliorarea morală prin modularea emoțiilor ar putea fi, totuși, permisă, într-o cheie kantiană. Kant însuși recunoscând rolul emoțiilor, precum simpatia, în reflecția morală și acceptând faptul că există oameni care ar fi incapabili să se comporte moral, dacă structura lor nu ar permite o sporire a nivelului de empatie, un loc pentru bioameliorarea morală în etica lui pare să existe, totuși"[45 p.690]. Se deschide, prin aceasta, o nișă prin care

bioameliorarea morală să se poată strecura chiar și într-o abordare deontologistă exigentă cu emoțiile.

Rezultatele cercetărilor neuroștiințifice, prin care se arată că structurile neuronale asociate cu procese emoționale nu se limitează la emoții, ci fac și „muncă de cogniție", deschid și mai larg perspectiva anulării dihotomiei rațional-emoțional. Distincția, odinioară clară, se estompează, făcând loc unei abordări alternative a motivației morale, pe care J.Woodward o numește „poziție integrativă nondihotomică" și prin care se afirmă că emoția și cogniția nu sunt dimensiuni distincte ale vieții psihice, spirituale, ci ele coexistă în procesul decizional și judecățile morale. „Procesul emoțional, înțeles așa cum trebuie, joacă (și ar trebui să joace în orice teorie normativă plauzibilă) un rol central în judecata morală"[46 p.37].

Revenind la cadrul de lucru kantian, nu putem încheia analiza fără să apelăm la forma consacrată a imperativului categoric, cu scopul de a vedea în ce măsură bioameliorarea morală se încadrează în etalonul deontologist. Imperativul „acționează astfel încât să folosești umanitatea atât în persoana ta, cât și în persoana oricui altcuiva totdeauna în același timp ca scop, iar niciodată numai ca mijloc" [44 p.53] descalifică moral bioameliorarea morală, din cauza instrumentalizării vădite a umanității pentru atingerea scopului pragmatic încorporat în conceptul bioameliorării. Acest scop a fost formulat de I. Persson și J. Săvulescu ca fiind „prevenirea răului final", rău care poate îmbrăca forma distrugerii mediului înconjurător, până la a face imposibilă viața umană pe planetă sau a atacurilor teroriste de distrugere în masă.

Cu toate obiecțiile pe care o teorie deontologistă le-ar aduce bioameliorării morale, aceiași deontologiști, în frunte cu Kant, recunosc că există datorii contingente de a ne perfecționa moral (nu contrazic conservarea umanității ca scop în sine, însă nici nu contribuie la desăvârșirea acestui scop), dar și necesare (concordă cu ideea de umanitate ca scop în sine) față de noi înșine și față de ceilalți[44 pp.54-55]. Dacă gena egoistă se preocupă intens de bunăstarea proprie fiecărui individ, rolul moralei este acela de a ne determina să fim preocupați și de bunăstarea celorlalți. Moralitatea e măsura unui raport extern și se manifestă întotdeauna în relație cu altceva sau altcineva.

La antipodul teoriilor virtuții și ale datoriei avem perspectiva consecinționistă, prin filtrul căreia voi încerca să stabilesc acum în ce măsură bioameliorarea morală este dezirabilă. Este de notorietate ușurința cu care consecinționiștii aprobă sacrificiul câtorva în beneficiul multora și atribuie valoare morală acelor acte care au consecințe pozitive. Totuși, acest tip de etică nu pretinde să acționăm moral în situații imposibile pentru noi, protejând limitele psihologice ale omului (*trebuie* dacă *pot*), printr-un compromis care combină principiul utilității cu un bun simț moral. Este interesant

de analizat acest aspect al consecinționismului pentru că, deși, la prima vedere, am fi tentați să spunem că bioameliorarea morală găsește sprijin și justificare morală în viziunea consecințională, N.Agar atrage atenția că, dacă aprobăm acest tip de perfecționare morală, ne pândește o „catastrofă" utilitaristă: „Bioameliorarea morală oferă mijloacele de depășire a limitelor noastre psihologice. Noi, așa cum suntem, nu am fi capabili de acte care ne repugnă, dar bioameliorarea morală ne-ar permite să ne schimbăm, astfel încât să le îndeplinim mai ușor"[47 p.37]. Drogurile sau alte intervenții care modifică dispozițiile noastre morale pot șterge tocmai acele limite de bun simț care ne împiedică să întreprindem acte repugnante, la adăpostul principiului utilității. Este aproape un paradox faptul că tocmai bioameliorarea morală, permisă la prima vedere de consecinționism, să-i submineze acestuia un principiu fundamental.

Așadar, se constată că, deși teoriile consecinționiste ar putea părea mult mai permisive cu ideea de bioameliorare morală, în mănunchiul lor de principii constitutive există cel puțin un principiu care se opune bioameliorării morale, protejând limitele noastre psihologice. Utilitatea, ca fundament moral și importanța morală a scopurilor înclină balanța spre aprobarea dezirabilității bioameliorării morale. Desigur, mijloacele trebuie chestionate și trebuie, de asemenea, asigurat un cadru etic, dar scopurile sunt cele care contează până la urmă și, atât timp cât ele tind spre maximizarea fericirii celor mai mulți, sporirea capacității de reflecție morală folosind metode specifice neuroștiințelor, psihofarmacologiei sau nanotehnologiei poate fi acceptată de un consecinționist.

Posibile aplicații ale bioameliorării morale

Deși bioameliorarea morală este o ramură biomedicalănouă, aflată în fază incipientă – sau poate tocmai de aceea – ea a prins în vraja ei mulți cercetători, din cele mai diverse domenii (etică, educație, farmacologie, neuroștiințe) și a aprins speranța că, într-o bună zi, printr-o abordare multidisciplinară și integrativă, binele va învinge răul pentru totdeauna.

Au fost examinate domenii și contexte în care bioameliorarea morală ar fi cel puțin recomandată, dacă nu chiar necesară, iar dintre acestea amintesc domeniul judiciar (reabilitarea deținuților), domeniul medical (psihiatria medico-legală) și domeniul social (cooperare și contracararea prejudecăților rasiste și xenofobe).Soluțiile propuse, inspirate de cercetările de laborator, presupun un spectru larg de intervenții, de la selecția genetică, la implanturi de nanocipuri, trecând prin farmacoterapie și *screening* pentru detectarea precoce a riscului dezvoltării unui comportament antisocial. Dar studiile de laborator folosesc modele simplificate și fac măsurători doar pentru câteva din numeroasele fațete ale procesului cognitiv, relevante pen-

tru problema moralității. Desigur, aceste studii au lărgit înțelegerea noastră despre comportamentul moral, dar ele sunt încă foarte limitate. De exemplu, s-a demonstrat că citalopramul (inhibitor selectiv al recaptării serotoninei, aflat în centrul multor cercetări asupra comportamentului moral din perspectiva neurostiințifică) îi face pe oameni mai puțin dispuși să judece ca acceptabil moral sacrificiul unui singur individ în beneficiul mai multor alți indivizi (dilema trenului). Așadar, serotonina sporește aversiunea împotriva lezării altora. Dar această descoperire s-a dovedit a fi utilă doar în cazurile de agresivitate impulsivă (patologii cu tulburare de personalitate), nu și în cele în care agresiunea este premeditată. Se pare că psihopații, deși manifestă un comportament moral deviant, capacitatea lor de a distinge între bine și rău nu este afectată, ceea ce ne conduce la concluzia că deficitul este în zona motivării morale, nu în cea a judecății morale. Mai mult, serotonina nu este implicată doar în comportamentul social-moral, ci joacă o varietate de roluri în multe alte procese, cum ar fi comportamentul sexual, somnul, durerea, memoria etc. Există cel puțin 17 tipuri de receptori ai serotoninei care produc efecte diferite. Așadar, chiar dacă obținem rezultate îmbucurătoare în zona comportamentului moral, prin intervenții asupra nivelului de serotonină, e foarte posibil ca efectele secundare asupra celorlalte procese să nu fie tocmai de dorit. Așa cum atrage atenția neurocercetătoarea M. J. Crocket, e nevoie de multă prudență în a trage concluzii privitoare la modul în care oamenii ar putea fi bioameliorați moral. „Cercetări suplimentare sunt necesare pentru a înțelege pe deplin rolul serotoninei în agresiune și pentru a găsi o cale, practică și etică în același timp, de a utiliza serotonina cu scopul diminuării propensiunii indivizilor spre prejudicierea altor indivizi”[48 p.370].

Concluzii

Bioameliorarea morală este o adevărată provocare nu doar pentru științele exacte, precum genetica sau pentru cadrele instituționale existente, fie ele politice, sociale sau educaționale, care ar trebui regândite și reconfigurate pentru a integra efectele în eventualitatea aplicării sale, ci mai ales pentru etică, a cărei datorie este aceea de a ține în frâu știința, de a-i crea un cadru adecvat de manifestare, fără a-i împiedica progresul.

Am încercat, în lucrarea de față, să reconstitui traiectoria unei idei îndrăznețe (Figura 1), să schițez cadrul său conceptual, prin expunerea definițiilor și a istoricului dezbaterii și să analizez conceptul din perspectivă etică.

Am recurs, în acest sens, la trei filtre etice (teorii ale virtuții, deontologiste și consecinționiste), care au revelat anumite insuficiențe de ordin moral ale bioameliorării morale, dar și supape prin care acest tip de perfecționare ar putea fi integrat în gândirea etică.

Astfel, din perspectiva teoriei virtuții a lui Aristotel, pentru că bioameli-

orarea morală presupune înlocuirea mecanismului de reflecție morală și a *habitus*-ului cu mijloace tehnologice, faptele care rezultă nu pot fi considerate morale, pentru că nu sunt raționale, nu izvorăsc dintr-un raționament deliberativ sau epistemic, nici din cultivarea unor virtuți etice, ci sunt determinate de o acțiune exterioară.

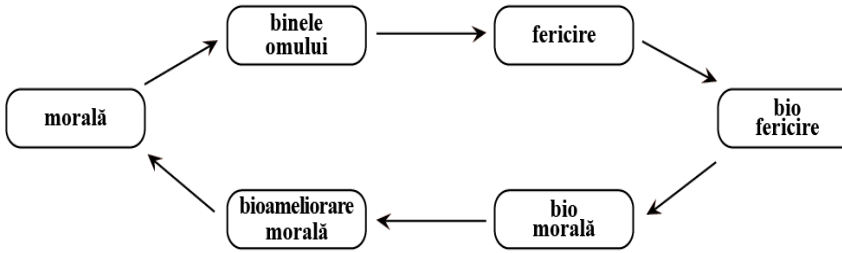

Figura 1. Traiectoria ideii de „bioameliorare morală"

Din perspectiva deontologistă, analiza a revelat patru incompatibilități: i) bioameliorarea moralănu poate fi întemeiată în baza unui criteriu *a priori*, prin mijlocirea exclusivă a propriei rațiuni, astfel încât să nu depindă de contexte și să nu fie orientată de scopuri (în cazul bioameliorării morale, contextul, scopul și experiența sunt determinante pentru un verdict în sensul moralității); ii) bioameliorarea morală presupune manipularea biologică a moralității, care subminează autonomia, iar actele morale stimulate altfel decât prin voința proprie se descalifică din punctul de vedere al deontologismului; iii) bioameliorarea morală nu respectă imperativul categoric „acționează astfel încât să folosești umanitatea atât în persoana ta, cât și în persoana oricui altcuiva, întotdeauna în același timp ca scop și niciodată numai ca mijloc", căci presupune instrumentalizarea individului pentru atingerea scopului pragmatic încorporat în conceptul bioameliorării; iv) a patra incompatibilitate vizează discuția despre emoții – în timp ce bioameliorarea morală presupune modularea emoțiilor, o idee centrală în deontologism este aceea că emoțiile și înclinațiile alterează capacitatea de reflecție morală. În ceea ce privește acest ultim punct, există tentative de dată recentă care demonstrează că bioameliorarea morală prin modularea emoțiilor ar putea fi, totuși, permisă, dacă luăm în considerare recunoașterea rolului simpatiei în reflecția morală de către Kant însuși.

Din perspectiva teoriilor consecinționiste, utilitatea, ca fundament moral și importanța morală acordată scopurilor (maximizarea fericirii celor mai mulți) înclină balanța spre aprobarea dezirabilității bioameliorării morale, dar respectând granițele unui cadru etic care să securizeze, totuși, limitele

psihologice ale omului. Așadar, deși teoriile consecinționiste ar putea părea mult mai permisive cu ideea de bioameliorare morală, ele sugerează un compromis, care combină principiul utilității cu un bun simț moral.

Am trecut, de asemenea, în revistă câteva din domeniile în care se întrevede potențial de aplicabilitate a bioameliorării morale, dintre care amintesc domeniul judiciar (reabilitarea deținuților), domeniul medical (psihiatria medico-legală) și domeniul social (contracararea prejudecăților rasiste și xenofobe).

În prezent, discuțiile se poartă pe un ton speculativ și, cu excepția câtorva entuziaști, majoritatea celor implicați într-un fel sau altul în discuție, îndeamnă la precauție. Până la triumful speciei *homomoralis*, sperăm că *homo sapiens* va uza de înțelepciunea sa pentru a face față riscurilor fără precedent, pentru care unii nu văd decât o singură soluție: bioameliorarea morală.

Bibliografie

1. Persson, I. Savulescu, J.*Neadaptati pentru viitor. Nevoia de bio-ameliorare morală*, București: Editura ALL, 2014. ISBN 978-606-587-293-6
2. Herman, J. Possibilities of Moral Progress in the Face of Evolution.*EthicalTheory and Moral Practice*, 2017, vol.20, nr.1, p.39-54.DOI: 10.1007/s10677-016-9737-2
3. Singer, P. *The expandingcircle. Ethics, evolution and moral progress*, Oxford: Princeton University Press, 1981.ISBN 9780691150697
4. Douglas, T. Moral enhancement.*Journal of AppliedPhilosophy*, 2008, vol.25, nr.3, p.228–245.DOI:10.1111/j.1468-5930.2008.00412.x
5. Shook, J. R. Neuroethics and thePossibleTypes of Moral Enhancement, *AJOB Neuroscience*, 2012, vol. 3, nr.4, p.3-14.DOI:10.1080/21507740.2012.712602
6. Raus, K., Focquaert, F., Schermer, M., Specker, J., Sterckx, S. On Defining Moral Enhancement: A ClarificatoryTaxonomy.*Neuroethics*, 2014, vol.7, nr.3, p.263–273.DOI: 10.1007/s12152-014-9205-4
7. DeGrazia, D. Moral enhancement, freedom, and whatwe (should) value in moral behaviour.*Journal of Medical Ethics*, 2014, vol.40, nr.6, p.361-368, DOI: 10.1136/medethics-2012-101157
8. Hughes, J. After happiness, cyborg virtue.*Free Inquiry*,2011, vol.32, nr.1,p.34–37.
9. Walker, M. Enhancing genetic virtue.*Politics and the Life Sciences*, 2009,vol.28, nr.2,p.27–47.DOI: 10.2990/28_2_27
10. Harris, J. Takinglibertieswithfreefall.*Journal of Medical Ethics*, 2014, vol.40, nr.6,p.371-374, DOI:10.1136/medethics-2012-101092
11. Wlliams, B. Persons, character and morality.În *Moral Luck: Philosophical Papers 1973-1980,* Cambridge: Cambridge University Press, 1981, p.1-19. ISBN 9781139165860
12. Taylor, C. Impartial morality and practical deliberation as first-personal.*Metaphilosophy*, 2018, vol.49, nr.4, p.459-473.DOI:10.1111/meta.12315
13. Walker, M.In Praise of Bio-Happiness.*IEET*, 2006, p.1-29. Disponibil la: https://ieet.org/wp-content/uploads/2021/05/IEET-02-BioHappiness.pdf (accesat: 15

iunie 2021)
14. Aristotel. *Etica Nicomahică*, București: Univers Enciclopedic, 1998.ISBN 978-973-636-280-4
15. Mill, J. St. *Utilitarismul*, București: Editura Alternative, 1994.ISBN 973-96300-6-5
16. Fromm, E. Omul pentru sine. O cercetare asupra psihologiei morale.București: Editura Trei, 2017.ISBN: 978-606-719-824-9
17. Rakić, V., Wiseman, H. Different games of moral bioenhancement.*Bioethics*, 2018, vol.32, nr.2, p.103-110. DOI: 10.1111/bioe.12415
18. Specker, J., Focquaert, F., Raus, K., Sterckx, S., Schermer, M. The ethicaldesirability of moral bioenhancement: a review of reasons.*BMC Medical Ethics*, 2014, vol.15, nr.1, p.67-.DOI:10.1186/1472-6939-15-67
19. Drake, N. Is moral bioenhancementdangerous?.*Journal of MedicalEthics*, 2016, vol.42, nr.1, p.3-6. DOI: 10.1136/medethics-2015-102944
20. Kahane, G., Savulescu, J. Normal HumanVariation: refocussingtheenhancementdebate.*Bioethics*, 2015, vol.29, nr.2, p. 133-143. DOI: 10.1111/bioe.12045
21. Savulescu, J., Persson, I. The Art of Misunderstanding Moral Bioenhancement. *Cambridge Quarterly of HealthcareEthics*, 2014, vol.24,nr.1, p. 48-57. DOI: 10.1017/S0963180114000292
22. Crutchfield, P. The epistemology of moral bioenhancement.*Bioethics*, 2016, vol.30, nr.6, p. 389-396. DOI: 10.1111/bioe.12239
23. Savulescu, J., Persson, I.Moral Bioenhancement, Freedom and Reason.*Neuroethics*, 2016, vol.9, nr.3, p. 263-268. DOI: 10.1007/s12152-016-9268-5
24. Savulescu, J., Persson, I.The irrelevance of a moral righttoprivacy for biomedical moral enhancement.*Neuroethics,*2019, vol.12, p. 35-37. DOI: 10.1007/s12152-017-9343-6
25. Pugh, J., Kahane, G., Savulescu, J. Partiality for Humanity and Enhancement. În*The Ethics of HumanEnhancement: Understandingthe Debate*, (Coordonatori: Steve Clarke, Julian Savulescu, C. A. J. Coady, Alberto Giubilini, **și**SagarSanyal), Oxford: Oxford University Press, 2016, p.170-183. ISBN978–0–19–875485–5
26. Schaefer, G. O., Savulescu, J. Procedural Moral Enhancement. *Neuroethics*, 2016, vol.12, nr.1,p.73-84. DOI: 10.1007/s12152-016-9258-7
27. Rakić, V. Moral Bioenhancement and Free Will - ContinuingtheDebate.*Cambridge Quarterly of HealthcareEthics*,2017, vol.26, nr.3, p. 384-393. DOI: 10.1017/S0963180116001043
28. Hauskeller, M. Is It Desirableto Be Ableto Do theUndesirable? Moral Bioenhancement and theLittle Alex Problem.*Cambridge Quarterly of HealthcareEthics*, 2017, vol.26, nr.3, p.365-376. DOI: 10.1017/S096318011600102X
29. Jotterand, F., Levin, S.B.Moral Deficits, Moral Motivation and theFeasibility of Moral Bioenhancement.*Topoi*, 2019, vol.38, p.63-71. DOI: 10.1007/s11245-017-9472-x
30. Lavazza, A.Moral BioenhancementThroughMemory-editing: A Risk for Identity and Authenticity?*Topoi,* 2019, vol.38, p.15-27. DOI: 10.1007/s11245-017-9465-9.
31. Savulescu, J., Persson, I. Moral hard-wiring and moral enhancement.*Bioethics*, 2017, vol.31, nr.4, p.286-295. DOI: 10.1111/bioe.12314
32. Rakić, V. The Issues of Freedom and Happiness in Moral Bioenhancement: ContinuingtheDebateWith a Replyto Harris Wiseman.*Journal of BioethicalInquiry*,

2017, vol. 14, nr.4, p.469-474. DOI: 10.1007/s11673-017-9805-x
33. Rakić, V., Wiseman, H. Differentgames of moral bioenhancement.*Bioethics*, 2018, vol. 32, nr. 2, p.103-110. DOI: 10.1111/bioe.12415
34. Ray, K., de Castillo G. L. Moral Bioenhancement, Social Biases, and theRegulation of Empathy.*Topoi*, 2019, vol.38, p.125-133. DOI: 10.1007/s11245-017-9468-6
35. Sparrow, R. Commentary: Moral BioenhancementWorthy of theName.*Cambridge Quarterly of HealthcareEthics*, 2017, vol.26, nr.3, p.411-414. DOI: 10.1017/S0963180116001079
36. Specker, J., Schermer, H. N. Imagining Moral BioenhancementPractices. DrawingInspirationfrom Moral Education, Public HealthEthics, and ForensicPsychiatry. *Cambridge Quarterly of HealthcareEthics*, 2017, vol. 26, nr.3, p.415-426. DOI: 10.1017/S0963180116001080
37. Torres, P. Moral bioenhancement and agentialrisks: Good and badoutcomes.*Bioethics*, 2017, vol. 31, nr. 9,p.691-696. DOI: 10.1111/bioe.12389
38. Daly, T. T. W. A Transhumanist Moral Bioenhancement Program: A Critiquefrom Barthand Bonhoeffer. În*Religion and HumanEnhancement* (Coordonatori: Tracy J.Trothen*și*CalvinMercer), Cham: PalgraveMacmillanby Springer Nature,2017, p.213-228. DOI:10.1007/978-3-319-62488-4_13 (ISBN 978-3-319-62488-4)
39. Helmer, J. E. Enhancing Moral Goodness: Toward a VirtueEthics of Moral Bioenhancement. În*Religion and HumanEnhancement* (Coordonatori: Tracy J.Trothen*și*CalvinMercer), Cham: PalgraveMacmillanby Springer Nature, 2017, p.229-243. DOI:10.1007/978-3-319-62488-4_14(ISBN 978-3-319-62488-4)
40. Wiseman, H. WouldWeEvenKnow Moral BioenhancementIfWeSaw It? *Cambridge Quarterly of HealthcareEthics*, 2017, vol.26, nr.3, p.398-410. DOI:10.1017/S0963180116001067
41. Murray, T. The Incoherence of Moral Bioenhancement.*PhilosophyNow*, 2012, nr.93, p.19-21. Disponibil la: https://philosophynow.org/issues/93/The_Incoherence_of_Moral_Bioenhancement (accesat: 15 iunie 2021)
42. Huxley, J. *New Bottles for New Wine*, London: Chatto &Windus, 1957.
43. Cohen, G. A. Rescuing conservatism: a defense of existing value.În*Reasons and Recognition: Essays on the Philosophy of T.M. Scanlon* (R. J. Wallace, R. Kumar și S. Freeman eds.), New York: Oxford University Press, Inc. 2011, p.203-230. ISBN 978-0-19-975367-3
44. Kant, I. *Bazele metafizicii moravurilor*, București: Editura Antet, 1994.ISBN 973-96469-0-5
45. Carter, S. A Kantian ethicsapproachto moral bioenhancement.*Bioethics*, 2017, vol.31, nr.9,p.683-690. DOI: 10.1111/bioe.12380
46. Woodward, J. Emotion Versus Cognition in Moral Decision-Making: A DubiousDichotomy. În *Moral brains: The neuroscience of morality* (edit. S. MatthewLiao), New York: Oxford University Press, 2016, p.87–116. ISBN 9780199357673
47. Agar, N. Moral bioenhancement and theutilitariancatastrophe.*Cambridge Quarterly of HealthcareEthics*,2015,vol.24, nr.1, p.37-47. DOI: 10.1017/S0963180114000280
48. Crockett, M. J. Moral bioenhancement: a neuroscientific perspective.*Journal of MedicalEthics*, 2014, vol.40, nr.6, p.370-371.DOI: 10.1136/medethics-2012-101096

CAPITOLUL II. POZIȚII TEORETICE ȘI METODOLOGICE ÎN BIOETICĂ

CONDIȚIA ÎNȚELEGERII ÎN CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT

Emanuel Mihail Socaciu,
Centrul de Cercetare în Etica Aplicată, Facultatea de Filosofie,
Universitatea din București
emanuel.socaciu@filosofie.unibuc.ro

Introducere

O caricatură care a circulat în ultimii ani pe rețelele sociale, și pe care am văzut-o distribuită mai ales de persoane ce au o legătură cu sistemul medical, înfățișa o echipă de chirurgi în toiul unei operații, cu pacientul aflat sub anestezie totală. Unul dintre medici le spunea celorlalți: „treziți-l vă rog, am uitat să îi obținem consimțământul pentru faza următoare a operației!". Mesajul unei astfel de caricaturi ar putea fi înțeles, într-o cheie benevolentă, ca o recunoaștere implicită a importanței vitale pe care o are acordul pacientului sau, într-o lectură derogatorie, ca o ironie la adresa unui set de proceduri formale pe care unii dintre cei implicați în actul medical le consideră tot mai împovărătoare (dar merită să remarcăm că cele două lecturi nu se exclud!).

Ce este cert, însă, este că practicile grupate sub cupola consimțământului informat au dobândit un statut proeminent începând din anii 1970. Chiar dacă unii bioeticieni sau istorici ai științelor vieții[1] sunt de părere că acordul pacientului și o datorie de a informa din partea medicului erau prezente în lumea medicală occidentală încă din secolul XIX, majoritatea autorilor indică ultima parte a anilor '50 ai secolului trecut ca fiind momentul din care putem vorbi despre consimțământ informat în sensul contemporan deplin al termenului. Spre exemplu, Ruth Faden și Tom Beauchamp, într-una dintre cele mai importante monografii dedicate consimțământului informat, notează că expresia a fost folosită doctrinar întâia oară în dreptul american, într-o decizie judecătorească, în anul 1957 [2, p.87].

Îngrijorarea căreia îi răspunde însă consimțământul informat, în forma sa de azi,își are probabil originea în dezvăluirile făcute la finalul celui de-al doilea război mondial despre atrocitățile comise de doctorii naziști. În 1947, tribunalul de la Nuremberg emite o primă decizie în

procesele în care au fost judecațiacești cercetători naziști, decizie care încorporează zece reguli de etică a cercetării biomedicale, ce au devenit cunoscute sub denumirea de „Codul de la Nuremberg". Prima regulă a codului stipulează: „consimțământul voluntar al subiectului uman [în cercetare, nota mea, EMS] este absolut esențial" [3].

Putem remarca, la nivel istoric, o convergență remarcabilă a modurilor în care au evoluat cerințeleși procedurile privitoare la consimțământul informat în cele două contexte diferite care le-au generat: cel clinic și cel al cercetării. Chiar dacă problemele etice din activitatea clinică sunt departe de a se suprapune(fără rest) cu cele din cercetarea biomedicală, pare să existe un nucleu de precauții și proceduri instituționale pe care majoritatea medicilor, pacienților, juriștilor și eticienilor le consideră justificate (deși natura justificărilor oferite poate varia destul de mult).

În articolul de față, mă voi referi mai ales la probleme etice care țin de consimțământul informat și care sunt mai curând comune contextului clinic și celui de cercetare. Mai cu seamă, voi discuta o serie de dificultăți conceptuale și normative legate de condiția „înțelegerii" pe care se spune adesea că trebuie să o dobândească pacientul/subiectul cu privire la informațiile pe care medicii sau cercetătorii sunt obligați (întotdeauna?) să i le furnizeze.

Câteva clarificări conceptuale

Se întâmplă uneori, în filosofie ca și în societate, ca dezbateri intense să fie doar aparente: pur și simplu, opinenții au în vedere lucruri diferite atunci când folosesc același cuvânt sau aceeași sintagmă. Problematic în această privință este mai ales scenariul în care, deși dezbaterea poate fi aparentă, intensitatea și vehemența participanților sunt cât se poate de reale.Dezbaterea publică de azi, purtată adesea prin intermediul unor platforme on-line care „selectează indignarea" [4] și favorizează viralizarea ei, este cu precădere expusă la generarea unui astfel de scenariu. Cu atât mai mult, o clarificare minimală a sensului în care sunt folosite cuvintele-cheie, mai ales atunci când acestea poartă o încărcătură valorică substanțială, poate fi utilă pentru un plus de rigoare.

Faden și Beauchamp notează că există cel puțin două sensuri principale ale sintagmei „consimțământ informat", așa cum este ea folosită în mod uzual[2p.274 sq.]. În primul dintre ele, este vizată acțiunea pacientului sau a subiectului uman al unei cercetări care, în mod autonom, autorizează (sau refuză) un tratament sau o procedură medicală. Atenția, atunci când utilizăm acest prim sens, se concentrează mai cu seamă asupra condițiilor care trebuie îndeplinite pentru ca respectiva acțiune să fie într-adevăr expresie a unei decizii autonome, și nu rezultatul coerciției, neînțelegerii, lipsei de competență etc. Deloc surprinzător, dezbaterile

bioetice despre acest prim sens al consimțământului informat reflectă în bună măsură discuțiile post-kantiene din filosofia morală despre ce înseamnă autonomie, auto-legislare, alegere voluntară, etc.

Pe de altă parte, de cele mai multe ori, documentele oficiale (legi, ghiduri, proceduri interne ale spitalelor, universităților sau institutelor de cercetare etc.), au în vedere ceva semnificativ diferit prin „consimțământ informat". În acest al doilea sens, expresia se referă mai curând la politici ce „reglementează comportamentul agenților care caută să obțină consimțământul și stabilesc reguli sau proceduri pentru contextul consimțământului"[2p.280].Discuția, din această perspectivă, se va concentra mai ales asupra precauțiilor pe care trebuie să le ia medicii sau cercetătorii, sau asupra constrângerilor care ar trebuie să le fie impuse acestora, pentru ca interacțiunea lor cu pacienții sau subiecții în procesul de informare și exprimare a autorizării să se păstreze în cadrele acceptabilității morale sau a validității juridice.

Deși ar fi greșit să spunem că cele două sensuri nu sunt corelate, ar fi totuși la fel de greșit să considerăm că diferențele nu sunt semnificative. Spre exemplu, un subiect poate să autorizeze în mod autonom și informat (în sensul 1) o procedură care urmează a-i fi aplicată, dar consimțământul său să nu fie valid în cel de-al doilea sens (Faden și Beauchamp oferă cazul unei persoane care își exprimă consimțământul cu doar o zi înainte de a atinge vârsta legală a majoratului). Voi oferi într-o secțiune ulterioară și alte ilustrări ale diferențelor dintre cele două sensuri, în contextul discuțiilor cu privire la cerința înțelegerii.

Importanța unei astfel de distincții este mai ușor sesizabilă dacă accentuăm că cele două sensuri ale consimțământului informat vizează clase diferite de agenți și răspund unor întrebări diferite. Dacă, pentru primul sens, interogația fundamentală este „ce tip de informații sau abilități trebuie să dețină pacientul sau subiectul experimentului, și cum trebuie să arate situația de alegere, astfel încât opțiunea sa, fie ea pentru acceptul sau pentru refuzul procedurii propuse, să fie una informată, competentă și voluntară?", în cazul celui de-al doilea vom încerca să răspundem la întrebarea „ce proceduri este dator să urmeze medicul sau cercetătorul astfel încât să maximizeze șansele ca opțiunea subiectului sau pacientului să aproximeze standardul descris de primul sens?". Pe baza acestei interpretări a distincției, argumentul lui Faden și Beauchamp potrivit căruia sensul 1 ar trebui să funcționeze ca un model sau ghid normativ pentru sensul 2, devine plauzibil.

Mai important însă, putem identifica și una dintre sursele recurente de dezacorduri cu privire la consimțământul informat:[1] precizarea insu-

[1] Nu unica, evident. Pentru a da un singur alt exemplu, într-un articol recent, Laurențiu Staicu și

ficientă a sensului pe care îl are în vedere o propunere particulară. Atunci când Bhutta [6], de pildă, propune înlocuirea, nu doar lingvistică, a „consimțământului informat" cu „consimțământul în cunoștință de cauză" (*understood consent*), el pare a descrie o condiție necesară pentru opțiunea autentic voluntară și competentă a pacientului, dar poartă discuția mai ales la nivelul procedurilor pe care ar trebui, în opinia sa, să le adopte medicii sau cercetătorii din domeniul biomedical. Efectele confuziei dintre cele două planuri sunt evidente și în discuțiile cu privire la cercetările asupra unor efecte de tip placebo [7, 8] sau în dezbaterea aprinsă cu privire la admisibilitatea morală a unor experimente în care cercetătorul își înșală sau induce în eroare în mod programatic și activ subiecții (*deceptive expriments*), comune în anumite științe comportamentale, dar mai curând atipice în cele medicale.

O a doua distincție utilă, care afectează mai ales cel de-al doilea sens, este cea dintre validitatea legală a exprimării consimțământului și standardul moral pe care își propun să-l aproximeze procedurile legale sau organizaționale. Dacă cerințele formale depind de respectarea procedurilor (legale și organizaționale) în vigoare, întinderea și conținutul criteriilor de ordin moral derivă mai curând din tipul de justificare etică oferită consimțământului informat. Spectrul de posibilități justificative este unul destul de vast. În articolul dedicat subiectului din *Stanford Encyclopedia of Philosophy*[9], Nir Eyal identifică șapte strategii filosofice de justificare oferite în literatură (protecția, autonomia, prevenirea abuzurilor, încrederea, proprietatea asupra propriei persoane, non-dominația și integritatea personală). Diferențele pot apărea atât între prescripțiile derivate din tipurile de justificare (spre exemplu, excepții admisibile de la regula consimțământului justificată în termenii protecției – ca în cazul cercetărilor secundare pe mostre anonimizate de țesut prelevate într-o intervenție clinică autorizată de pacient – pot să devină prohibite dacă pornim în justificare de la o noțiune foarte strictă a proprietății asupra propriei persoane), cât și între normele oficiale, practica instituțională și diversele standarde etice. Bunăoară, codificarea legală ca malpraxis a intervențiilor clinice efectuate în lipsa unui consimțământ valid exprimat poate duce în practică la transformarea procedurii într-un ritual formal menit să ofere o „acoperire" medicului sau furnizorului de servicii medicale în cazul unui eventual proces ulterior și concentrat doar pe obținerea unei semnături pe formularul de consimțământ. Este important să precizăm, mai ales în cazul unor intervenții critice, dacă obiecțiile vizează palierul justificării teoretice, cel al normelor legale sau cel al practicii sociale.

Cerința înțelegerii și consimțământul în cunoștință de cauză

Octavian Buda [5] indică diferențe la nivelul presupozițiilor metafizice profunde și neexplicitate ca o altă sursă pentru dezacorduri similare.

Procesul obținerii consimțământului informat presupune mai multe componente (sau etape, într-o reconstrucție alternativă). În primul rând, medicul sau cercetătorul trebuie să decidă dacă, în cazul particular al intervenției sau procedurii experimentale propuse, are datoria de a informa și de a obține consimțământul. În cazul în care răspunsul este pozitiv, urmează informarea propriu-zisă a subiectului sau a pacientului cu privire la natura intervenției, riscurile și beneficiile ei, alternativele terapeutice și drepturile pe care le deține acesta din urmă (de a refuza, de a se retrage în orice moment, de a-i fi asigurată anonimitatea etc.). Datoria informării este strâns legată de condiția înțelegerii: pentru a exprima un consimțământ valid, pacientul trebuie să posede o înțelegere a informațiilor primite și a consecințelor deciziei sale. Alegerea trebuie, la rândul ei, să fie una voluntară și exprimată de o persoană competentă (în sens legal și/sau psihologic).

Deși aceste componente pot fi distinse analitic, în practică ele pot să se întrepătrundă. Condiția înțelegerii, spre exemplu, poate genera constrângeri cu privire la tipul de informații care urmează a fi oferite pacientului și la maniera de livrare (limbaj, suport al informației, disponibilitatea de a răspunde la întrebări de clarificare etc.). Mai mult, merită să observăm că, deși lista acestor elemente pare a ține de nucleul comun diferitelor abordări ale consimțământului, fiecare dintre ele este intens dezbătută în literatură și există controverse semnificative cu privire la cerințele care pot fi subsumate în mod legitim fiecăreia.

Un tip recurent de critică la adresa procedurilor uzuale de gestionare a consimțământului informat este acela că simpla respectare a normelor legale sau instituționale nu asigură tipul de rezultat intenționat în adoptarea respectivelor norme. Există o literatură bogată de cercetări empirice care sugerează că, mai ales în comunitățile sărace sau pentru pacienți care nu depășesc un nivel minimal de alfabetizare, simpla conformitate legală a procesului nu generează satisfacerea criteriilor morale ale unui consimțământ valid. Una dintre primele, intens citată, a fost o cercetare publicată în 1998 [10] și derulată în Africa de Sud, în care autorii au arătat că 84% dintre pacienții cărora li s-a oferit posibilitatea unor testări privitoare la posibila infectare cu HIV aveau impresia că testul este obligatoriu chiar dacă procesul de obținere a consimțământului se derulase în conformitate strictă cu procedurile standard.

Astfel de rezultate empirice, destul de comune, ilustrează și o distincție între două paliere diferite ale înțelegerii. Faden și Beauchamp o formulează astfel: „structura tipică a înțelegerii pentru consimțământul informat este ca pacienții sau subiecții să ajungă să înțeleagă *că* ei sunt cei care trebuie să consimtă sau să refuze o propunere particulară, înțe-

legând ceea *ce* este comunicat de profesionistul medical în cadrul unui schimb informațional."[2p.250] Dobândirea ambelor tipuri de înțelegere pare necesară pentru a putea vorbi despre un consimțământ informat valid din punct de vedere moral: pacientul trebuie atât să înțeleagă contextul juridic și instituțional al autorizării (inclusiv prerogativa sa de a decide și consecințele acceptării sau ale refuzului), cât și să dețină o cunoaștere suficient de relevantă și adecvată a procedurii propuse, pentru ca decizia sa să fie una informată.

Deși această interpretare a condiției înțelegerii poate părea la o primă vedere neproblematică (pare evident că, pentru a putea spune că autorizez ceva, trebuie să știu ce autorizez și ce înseamnă că autorizez!), atunci când încercăm să o specificăm suplimentar apar dificultăți considerabile. Când putem spune, spre exemplu, că un pacient deține cunoștințele relevante și adecvate despre procedura medicală sau experimentală pentru care îi este solicitat acordul? Cu siguranță, este aproape imposibil în practică să obținem o înțelegere completă din partea pacienților. Gradul înalt de tehnicitate al jargonului medical face ca detaliile procedurii să fie cel mai adesea inaccesibile nespecialistului, iar „traducerea" în limbajul comun a detaliilor specifice presupune întotdeauna riscul trivializării și/sau înțelegerii neadecvate. Pe de altă parte, cazurile tipice sunt mai curând cele ale pacienților și subiecților care, din diverse motive (cultură medicală precară, analfabetism, capacitate de concentrare redusă în condițiile suferinței fizice și ale stresului, obediența mecanică față de autoritatea epistemică reprezentată de medic etc.), nu pot sau nu sunt dispuși să dobândească decât o înțelegere a acestor informații într-o anumită măsură trivializate. Putem spune că dețin o cunoaștere adecvată și relevantă a procedurii, în aceste condiții?

Pentru autorii ca Bhutta, care consideră insuficient consimțământul informat și susțin înlocuirea conceptului cu cel de „consimțământ în cunoștință de cauză" sau „consimțământ autentic", răspunsul la această întrebare este unul negativ. Faptul că, în ciuda respectării procedurilor și constrângerilor legale de către medici și cercetători, o mare parte dintre pacienți și subiecți autorizează sau refuză intervențiile propuse fără a le înțelege este văzut de critici ca un argument important pentru teza inadecvării consimțământului informat în varianta sa instituțională dominantă azi și pentru adoptarea în loc a unor cerințe mai stringente.

Nu este clar însă ce vizează de fapt propunerea. Pare să existe o diferență între a spune „medicul sau cercetătorul au datoria de a facilita pe cât posibil înțelegerea pacientului sau a subiectului (iar pentru aceasta trebuie să facă mai mult decât prescrie în mod obligatoriu legea" și a spune „consimțământul pacientului sau al subiectului devine valid doar

atunci când este exprimat în (deplină) cunoștință de cauză". În primul caz, ar fi urmărită completarea procedurilor prin adăugarea unor noi obligații pentru instituțiile medicale sau de cercetare. În cel de-al doilea însă, rezultatul nedorit ar putea fi excluderea *ipso facto* a unui mare număr de persoane (din categoriile menționate mai sus și din altele) de pe lista celor care pot exprima un consimțământ valid.

Normele legale și instituționale sunt chemate, prin urmare, să găsească un echilibru între două extreme, ambele deosebit de riscante. Pe de o parte, ele trebuie să țină seama de obstacolele practice greu de trecut sau chiar insurmontabile de care s-ar lovi obligativitatea ca orice consimțământ pentru o intervenție terapeutică să fie exprimat în condițiile unei înțelegeri depline. Pe de altă parte, renunțarea la condiția înțelegerii ar redeschide calea către abuzuri sau către formalizarea excesivă a procesului.

Maniera cea mai comună, probabil, de abordare a acestei tensiuni în legislație este dată de apelul la standardul numit "al pacientului rezonabil", bazat pe ideea „dizolvării" condiției înțelegerii (de către pacient) într-un set de criterii privitoare la obligația informării (de către medic). Astfel, medicului îi este prescrisă obligația de a oferi pacientului datele de care ar avea nevoie o persoană rezonabilă pentru a putea decide în mod voluntar și informat. Rămâne însă adesea neclară definiția unei astfel de persoane rezonabile. Se referă standardul la mediana statistică a gradului de cultură medicală într-o populație, sau la modelul contrafactual al unui ipotetic individ „rezonabil" în mod obiectiv? Sau la o înțelegere a rezonabilității de tipul celei de la nivelul limbajului comun?

În oricare dintre variante însă, obiecția principală va fi aceea că, în practică, va apărea o probabilitate mare ca informațiile oferite de medici sau cercetători pe baza unui astfel de standard să nu acopere aspecte pe care pacienții să le considere extrem de relevante pentru decizie. Dacă nevoile de informare ale unui pacient particular deviază de la medie sau nu corespund standardului ipotetic, mai putem vorbi despre un consimțământ „informat" pe baza datelor pe care le primește?

Un standard alternativ, bazat tot pe contopirea condiției înțelegerii cu cea a informării, este cel numit de Faden și Beauchamp „subiectiv": datoria informării va fi stabilită „prin referire la nevoile informaționale specifice ale subiectului sau ale pacientului."[2p.306] Standardul subiectiv al înțelegerii plasează medicul sub obligația de a livra tipul și cantitatea de informații de care are nevoie fiecare pacient în parte, într-o manieră și pe un suport care să asigure înțelegerea acestuia (spre exemplu, prin suplimentarea broșurilor sau formularelor de informare cu discuții individuale detaliate și purtate în runde multiple, astfel încât pacientul să

aibă oportunitatea de a-și identifica nelămuririle și de a primi clarificările cerute)[2]. Nici personalizarea totală a informării nu pare să fie însă o soluție ideală, pentru că și în acest caz se ridică o serie de probleme: cum poate medicul să identifice cu precizie nevoile informaționale specifice ale unui individ particular? Ce se întâmplă când urgența intervenției face periculoasă pentru pacient alocarea timpului pentru discuții detaliate? Nu produce acest standard un risc prea mare de ineficiență a sistemului medical, prin aceea că timpul doctorilor va fi alocat tot mai puțin investigațiilor și terapiei, și tot mai mult discuțiilor despre acestea? Poate, în aceste condiții, ar fi rezonabil să acceptăm teza susținută de Jordens, Montgomery și Forsyth [11], potrivit căreia consimțământul informat este un proces aproape inevitabil incomplet, în ciuda unor asumpții și manierisme formale care servesc la a crea un fel de iluzie a completitudinii, mai ales pentru procedurile medicale extrem de riscante.

Voi încheia această secțiune comentând pe scurt un exemplu de abordare a condiției înțelegerii în documente normative. Astfel, legea privind reforma în domeniul sănătății din România (nr. 95/2006) conține următoarele prevederi:

„Art. 649:

(1) Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, medic dentist, asistent medical/moașă, conform prevederilor alin. (2) și (3), pacientului i se solicită acordul scris.

(2) În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașa sunt datori să prezinte pacientului informații la un *nivel* științific *rezonabil pentru puterea de* înțelegere *a acestuia*.

(3) Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului" [12].

Această formulare a condiției înțelegerii (rămasă nemodificată în revizuirile succesive ulterioare ale legii) ilustrează foarte bine cum dilema teoretică în privința standardului adecvat al înțelegerii se transformă într-o dilemă pentru legislator, atunci când se încearcă transpunerea într-un text cu forță legală. Din păcate, soluția adoptată de legea din România este, în opinia mea, departe de a fi una ideală. Textul legii încearcă să combine cele două standarde dominante (al pacientului rezonabil și cel subiectiv) prin formularea „nivel *științific* rezonabil pentru puterea de *înțelegere*" a pacientului, dar *de facto* riscă să genereze mai multe confuzii decât clarificări utile. Rezonabilitatea nu se mai referă aici la informațiile de care ar avea

[2] Versiunea descrisă aici este cea numită de cei doi autori a „standardului de comunicare". El este bazat însă pe interpretarea subiectivă a informării și înțelegerii.

nevoie o persoană rezonabilă pentru a decide în mod voluntar și informat, ci este definită prin raport cu puterea de înțelegere a fiecărui pacient în parte. Deși intenția evidentă a legiuitorului a fost aceea de a proteja pacienții și de a se asigura că vor primi informații personalizate și adaptate, consecința practică neintenționată este cea de a oferi o foarte bună acoperire legală pentru gestionarea uneori superficială a procesului de obținere a consimțământului informat. Mai ales în cazul pacienților din categorii defavorizate și vulnerabile (cu grad scăzut de alfabetizare, cultură medicală și abilitate de a gestiona interacțiunea cu sistemul medical), personalul medical poate oferi informații denaturate sau trunchiate cu privire la procedura medicală propusă, argumentând că acesta este nivelul științific rezonabil în raport cu puterea de înțelegere a pacientului în cauză. Nu susțin aici că o compatibilizare a celor două standarde ar fi în principiu imposibilă, ci doar că maniera particulară în care compatibilizarea este încercată în legea românească este una mai curând contraproductivă, funcționând în detrimentul intereselor legitime ale pacientului.

În loc de concluzie

În etica aplicată, în genere, și în câmpul bioeticii, cu deosebire, disputele teoretice nu sunt aproape niciodată doar teoretice. Explorarea conceptuală sau abordarea comparativă a diferitelor angajamente posibile, de ordin valoric și normativ, este făcută cel mai adesea vizând, ca țintă finală, revizuirea unor practici sociale sau instituționale. Această dimensiune revizionistă a eticii normative sporește semnificativ miza discuției teoretice. Prescripțiile normative propuse în textele academice devin bază a legislației și oferă cadrul conceptual pentru dezbaterile publice, iar tema consimțământului informat, așa cum am sugerat, nu face excepție. Cu atât mai mult, o reflecție teoretică echilibrată și meticuloasă devine esențială, la fel cum esențială este și familiarizarea legiuitorilor și practicienilor cu rezultatele acestei reflecții.

În acest eseu, am conturat schematic doar tensiunile generate de o sub-temă a consimțământului informat (condiția înțelegerii), fără a susține argumentativ o soluție particulară. Sper însă că o cartografiere a problemelor poate fi un prim pas către explorarea posibilelor soluții.

Bibliografie:

1. Pernick, M. The Patient's Role in Medical Decisionmaking: A Social History of Informed Consent in Medical Therapy.În*Making Health Care Decisions* (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Washington, U.S. Government Printing Office) 1982, vol. 3, p. 1-35.
2. Faden, R., Beauchamp, T. *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford:

Oxford University Press, 1984. ISBN: 0195036867
3. Codul de la Nuremberg, art. 1. Disponibil la http://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/, accesat 25.06.2021
4. Williams, J.*Stand Out of Our Light: Freedom and Resistance in the Attention Economy*, Cambridge: Cambridge University Press, 2018.ISBN: 9781108453004
5. Staicu, L, Buda, O. Presupoziții metafizice în etica consimțământului informat. *Revista de Filosofie*, 2015, vol. 62, nr. 2, p. 194-208.
6. Bhutta, Z. Beyond Informed Consent.*Bulletin of the World Health Organization,* 2004, vol.82, nr.10, p.771-777.PMID: 15643799; PMCID: PMC2623030
7. Blease. C., Colloca, L., Kaptchuk, T. Are Open-Label Placebos Ethical? Informed Consent and Ethical Equivocations.*Bioethics*, 2016, vol.30, nr.6, p.407-414. DOI: 10.1111/bioe.12245
8. Alfano, M. Placebo Effects and Informed Consent. *The American Journal of Bioethics*, 2015, vol.15, nr.10, pp. 3-12. DOI: 10.1080/15265161.2015.1074302
9. Eyal, N. Informed Consent. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2012 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = http://plato.stanford.edu/archives/fall2012/entries/informed-consent/, accesat 25.06.2021
10. Karim, A., Qurraishi, S.S., Coovadia, H.M., Susser, M. Informed consent for HIV testing in a South African hospital : is it truly informed and truly voluntary.*American Journal of Public Health*, 1998, vol.88, nr.4,p.637-640.DOI: 10.2105/ajph.88.4.637
11. Jordens, C., Montgomery, K., Forsyth, R. Trouble in the gap: abioethical and sociological analysisof informed consent for high-risk medical procedures.*Bioethical Inquiry*, 2013, vol.10, nr.1, pp. 67-77. DOI: 10.1007/s11673-012-9414-7
12. Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, publicată în Moni*torul Oficial al Rom*âniei, nr. 372 din 28 aprilie 2006.

BIOETICĂ ȘI VACCINARE. PROBLEME ETICE ÎNTÂLNITE ÎN CERCETĂRILE CLINICE PENTRU VACCINURILE SARS-COV-2

Andreea Cristina Ciorogar
Facultatea de istorie și filosofie, Universitatea „Babeș-Bolyai", Cluj-Napoca
ciorogar.andreea.cristina@gmail.com

Introducere

Am parcurs, într-un an și jumătate (adică de la conștientizarea pandemiei), o situație de urgență la nivel mondial. În general, urgențele se definesc prin caracterul lor neprevăzut și prin amenințarea pe care o aduc membrilor societății. În cazul actualei crize de infectare cu virusul SARS-CoV-2, trebuie să avem în vedere dubla complexitate a situației. Pe de-o parte, avem încadrarea terminologică a acesteia în categoria de extremă

urgență publică internațională (încadrare dată de confirmarea unei prezențe uniforme a infectărilor în toate zonele populate, riscul ridicat de infectare, de patologia incomplet cunoscută datorită caracterului accelerat evolutiv al structurii genetice a virusului, lipsa momentană a unei scheme unice de tratament etc.), fapt ce aduce cu sine dezorganizare și lipsă de uniformitate legislativă în managementul riscurilor (măsurile adoptate diferă în fiecare stat). Pe de altă parte, ne confruntăm cu efectele secundare ale bolii, respectiv criza sanitară (insuficiența resurselor materiale și umane din sistemele de sănătate grav încercate) și criza financiară.

Lucrarea de față își va concentra atenția asupra problemelor etice ce iau naștere din dorința general manifestată de a găsi soluții cât mai rapide pentru impasul pandemic actual, tendința principală fiind una de accelerare a procedurilor clinice de obținere a unei formule de vaccin viabile împotriva Covid-19. În ordinea tradițională a dezvoltării unui vaccin, progresul pornește dinspre faza preclinică, spre cele trei faze clinice de testare[1], iar doar ulterior acestora se vorbește despre licențiere/avizare și producție la scală largă. Întregul proces este lent tocmai pentru a favoriza siguranța și precauția. Presiunile curente, ce forțează accelerarea și scurtarea timpului necesar, nu au o singură sursă, ci se diferențiază dinspre autoritățile de stat, prin dorința socială de a evada din aceasta situație și, nu în ultimul rând, dinspre filiera gestiunii finanțelor, aflată la limita unei noi crize economice.

Accelerarea despre care vorbim, se referă în fapt, la eforturile de a comprima, chiar suprapune pași esențiali din fazele clinice. Pe de altă parte, intervine și problema costurilor raportate la perioada de timp necesară cercetării. Idealul urmărit este unul al rezultatelor maxime cu costuri minime, însă, în realitate, reducerea timpului alocat aduce cu sine incertitudini medicale importante. Exemplele de incertitudini se referă la cele legate de factorii necunoscuți pentru efectul de lungă durată al administrării vaccinului, de ignorarea anumitor norme etice regulatoare în cercetare, de faptul că testările necesită infectare controlată în timpul testărilor clinice, în lipsa unei scheme unice de tratament (care să ofere un plan alternativ sigur).Având în vedere că durata medie de 5-10 ani a testării clinice a unui vaccin poate fi accelerată în cazul unei pandemii, sub atenta observație a autorităților competente, devine necesară și o revizuire a principiilor bioetice ce supraveghează acest demers, în conformitate cu situația reală.

În data de 6 mai 2020,WHO Working Grouppublica raportul menit să denumească cele opt criterii esențiale menite să susțină atât normativitatea, cât și grăbirea studiilor științifice pentru un vaccin împotriva Covid-19[2]. Criteriile menționate sunt: justificarea științifică a cercetării, ponderea mai mare a beneficiilor față de riscuri, consultarea cu experții, coordonarea cu alte studii, locația studiului, asigurarea de riscuri minime princriteriile de

selecție a participanților, evaluarea studiilor de o comisie externă,rigurozitatea informării voluntarilor.Un aspect important regăsit în raportul publicat este și favorizarea subiecților tineri care nu prezintă alte co-morbidități drept criteriu în selecția pentru voluntariat, fapt care, la o primă vedere, pare să prevină și să soluționeze multiple probleme legate de riscurile implicate. Însă, studiul publicat ulterior de Benjamin K. I. Helfand și Margaret Webb în *Internal Medicine Journal*, a dovedit că, deși din punct de vedere etic voluntarii tineri prezentau mai puține riscuri de fatalitate decât persoanele în vârstă, și astfel au contribuit la bunul răspuns imunitar la vaccin, din punct de vedere medical, testarea își pierde astfel din vedere publicul țintă: persoanele în vârstă. Prin intermediul acestui studiu, au fost ridicate numeroase critici la adresa varietății umane folosite în programele de voluntariat, întrucât ceea ce se urmărește cu prioritate este imunizarea acelor indivizi cu o mai mare predispoziție spre complicații medicale grave. Astfel, din perspectivă etică, ne întâlnim cu dilema alegerii dintre testarea pe grupul țintă, dar care prezintă riscuri de complicații în timpul testării, și testarea pe grupul de indivizi cu șanse reduse de reacție adversă, dar care nu constituie grupul țintă[3].

Richard Yetter Chappell și Peter Singer, în *Pandemic ethics: the case for risky research*, abordează problema riscurilor, amintind de Articolul 8, din Declarația de la Helsinki ce condiționează scopul cercetării medicale de a obține noi informații, de drepturile și interesele indivizilor implicați, pe care nu le poate precede[4]. Într-o situație pandemică, spune el, riscurile sunt ridicate indiferent de tiparul etic aplicat. Atât în cazul în care s-ar permite studiul științific accelerat, cât și în cazul în care s-ar respecta normele tradiționale de cercetare, există fie riscul este de a ocoli anumite cerințe etice, (întrucât caracterul viral al noului virus cere un răspuns prompt din partea lumii medicale), fie riscul de a încetini/ împiedica obținerea unei formule viabile. Drept rezolvare, Singer propune teoria *riscului de paritate*[4].

Testarea vaccinurilor pe subiecți umani.
Teoria utilitaristă a riscului de paritate

Cu toate că testarea pe subiecți umani este o temă clasică în preocuparea eticii, aceasta revine în contextul pandemiei sub o nouă formulă. Ea devine o cerință esențială în găsirea de formule viabile de vaccin pentru-Covid-19. Conform rezultatelor din etapa premergătoare ale celor trei faze clinice, modelele animale nu au reprezentat abordăriviabile pentru testare, întrucât patogenul în cauză nu duce la un parcurs clinic compatibil cu cel produs de subiecții umani[5]. Prin urmare, testarea pe oameni este simultan o cerință pentru eficacitate, cât și o piedică majoră în acordarea unui verdict etic asupra acestei acțiuni.

Peter Singer explică rolul principiului parității în pandemie ca metodă

de apreciere moderată a riscurilor, fără a le compara sau a le oferi o valoare etică diferită. Scopul acestei teorii în problema cântăririi riscurilor, este de a facilita progresul studiilor clinice acolo unde întrebările din partea eticii acționează în detrimentul eficienței[1] acestui progres. Peter Singer apără principiul riscului de paritate, susținând importanța morală a altruismului ce se regăsește în voluntariatul persoanelor implicate în testarea clinică, căci de ele depinde apariția unei evoluții reale. Cu toate acestea, nu neglijează importanța consimțământului (bine/corect) informat al voluntarilor înscriși în programele de testare, ci încearcă să ușureze sarcina etică privind riscurile la care aceștia sunt expuși. În aceeași direcție, autorul ne reamintește că riscurile de a trăi în timpul unei pandemii îi privesc pe toți membrii societății, într-un fel sau altul. Spre exemplu, lucrătorii esențiali în lupta cu pandemia se expun la cel mai ridicat risc de infectare pentru ca alți indivizi să poată practica izolarea fizică/socială, însă, la rândul lor, cei din urmă pot suferi financiar pentru a face posibilă această izolare și pentru a-i proteja pe cei din jurul lor. Cu alte cuvinte, protecția și siguranța voluntarilor trebuie să rămână priorități, însă cerințele de detaliu ce pot încetini sau bloca evoluția cercetării și testării clinice trebuie revizuite sau chiar eliminate.

Motivul pentru care doar principiile etice capitale ar trebui să supraviețuiască în codul etic de pandemie este dat de gravitatea situației de infectare și deces, ce poate escalada cu ușurință. Peter Singer pune în balanță, pe de-o parte, problemele etice cauzate de testarea vaccinului pe subiecți umani, iar, pe de alta, problemele etice cauzate de încetinirea cercetărilor și a întârzierii unei formule finale de vaccin. În opinia sa, ambele aspecte sunt grave, dar întârzierea vaccinului ne trimite la o extindere a fatalităților create de pandemie și, în consecință, la mărirea problemei etice per ansamblu. De asemenea, dacă riscurile sunt prezentate și înțelese de voluntari, există mari șanse ca aceștia să le accepte, ceea ce va rezulta o dată în economia de timp, a îndelungatei faze de testare de pe animale, precum și un pas înainte în ceea ce privește evitarea suferinței animalelor implicate. Desigur, importanța suferinței animalelor, în acest caz, poate fi ușor contestată dat fiind că firul principal al argumentelor sale susținea o economie a principiilor etice pentru sporirea eficienței în timp.

Perspectiva conservatoare.
O critică la adresa economiei de principii etice

Cu toată argumentarea de mai sus, sunt destule voci în lumea eticii profesionale ce afirmă exact opusul în ceea ce privește accelerarea studiilor și saltul peste normele etice, care mai degrabă își manifestă îngrijorarea față

[1] Înțeleasă aici ca raportul dintre timpul alocat, costurile și interesele implicate în obținerea cât mai rapidă a unui vaccin.

de consecințele negative ce se pot ivi prin lipsa de atenție acordată riscurilor. O critică interesantă vine din partea textului publicat de Liza Dawson, Earl Jake și Jeffrey Livezey, care se adresează voluntariatului altruist[6]. Cu privire la acesta, dezacordul se formulează față de modul eronat în care tendința utilitaristă corelează fără dovezi, o echilibrare echitabilă a riscurilor la care sunt supuși voluntarii în lipsa unui plan de siguranță,[2]prin raportare la beneficiul viitor pe care îl vor oferi societății. Conform perspectivei utilitariste, binele celor mulți este un bine ideal, însă în cazul indivizilor ce prezintă co-morbidități fatale la contactul cu infecția vizată, discuția se mută dinspre altruism spre o slabă înțelegere a riscurilor, având în vedere că în prezent nu se dispune de o schemă unică de tratament pentru Covid-19. În același sens, voluntarii aflați în timpul studiilor de infectare controlată nu dispun de opțiunea de a se răzgândi pentru a evita riscurile, fără consecințe reale asupra sănătății. Pe de altă parte, multiple comunități defavorizate se pot regăsi în situația de a fi nevoite să accepte riscurile, cu sau fără o înțelegere exactă a acestora, datorită compensației financiare pe care o pot primi. Autorii atrag atenția și că, odată depășită această situație pandemică, vor exista comisii de raport asupra modului în care a fost gestionată criza și, cu siguranță, încărcătura morală a deciziilor luate va fi judecată și evaluată în conformitate cu fatalitățile finale obținute. De aceea, este cu atât mai mult necesară precauția în această tendință generală de grăbire a soluționării crizei sanitare.

Biopolitică și bioetică. Perspectiva filosofiei asupra fenomenului de refuz al vaccinării

Intervenția gândirii filosofice în problema etică generată de criza sanitară actuală aduce cu sine o critică nepărtinitoare, capabilă să puncteze neajunsurile din domeniul legislativ cât și medical, dar și să genereze alternative de o mai bună practică socială ce înglobează în mod egal cerințele și interesele rolurilor implicate. Datorită naturii sensibile a relației dintre domeniul regulator al statului și domeniul vieții publice, este importantă o clarificare conceptual filosofică a acesteia. O teorie interesantă asupra acestei relații a fost formulată de Michel Foucault la sfârșitul anilor `70, în volumul *Nașterea biopoliticii*[8]și ulterior în primul volum din *Istoria sexualității*, unde termenul de biopolitică sau *anatomo-politică* desemna politizarea corpului uman, care după cum sugerează și numele, aspiră să reglementeze corporalitatea înțeleasă ca mașinărie prin instituțiile disciplinare. Prin această abordare, conceptul de viață iese din forma sa abstractă și devine o realitate a colectivității, obiectivă și măsurabilă. Statistica, demo-

[2] În cazurile obișnuite de infectare clinică controlată este obligatorie disponibilitatea unei scheme alternative sigure de tratament, ce poate fi folosită cu succes.

grafia, epidemiologia și biologia sunt disciplinele ce fac posibilă analiza vieții ca proces, precum corecția și îmbunătățirea continuă a condițiilor de viețuire în societate.

Cu alte cuvinte, puterea statului trebuie să se concentreze asupra vieții, să înțeleagă subtilitatea dintre om, ca subiect al legii și om, ca ființă vie. Biopolitica privește societatea prin prisma caracteristicilor și condițiilor ce o influențează, cu scopul de a-i preveni și compensa situațiile de pericol. Instrumentele sale nu sunt disciplina și supravegherea, ci reglementarea legală, controlul asupra situațiilor de risc intern și apropierea de un echilibru dezirabil (o siguranță a întregului). Înțelegând biopolitica drept un ideal al statului de a reglementa toate procesele ce țin de natura biologică ale cetățenilor săi, ajungem să înțelegem de ce tendința este una de implicare majoră a forțelor și resurselor sale în restabilirea echilibrului social în criza sanitară curentă. De asemenea, observăm și o legătură între caracterul obiectiv al relației stat-populație, acolo unde instituțiile statului percep indivizii sub forma statisticilor, cu favoritismul arătat principiilor utilitariste în reglementarea eticii medicale în timp de pandemie.

Mai apoi, este relevantă o trecere în revistă a conceptului de bioetică definit în lucrarea lui Van Renssalaer Potter: *Bioethics. Bridge to the-Future*[9], drept o subdiviziune a eticii menită să aprofundeze aspectele morale ale practicilor medicale. Orice nouă descoperire, menită evoluției medicinei, avea să fie pusă sub privirea atentă a bioeticii, un protector al drepturilor și al demnităților omului.

Problemele etice enumerate anterior nu sunt singurele dificultăți pe care le întâmpină lumea medicală în producerea unui vaccin sigur, căci odată atinsă faza de producție, inițiativa de vaccinare ce ar urma, în mod normal, este complicată de răspunsul variat pe care îl primește ca atitudine din partea populației. Vorbim astfel despre trei mari categorii de răspuns la apariția formulelor de vaccin: încredere, neutralitate/indiferență și refuz.

În contextul pandemiei cu Covid-19 adevăratul pericol nu este faptul de a ne fi alterat confortul activităților zilnice, ci faptul că, în absența unei gestiuni eficiente a pandemiei, pentru grupurile de populație vulnerabilă, este amenințată însăși speranța de viață. Filosoful italian Giorgio Agamben nota critic în eseul intitulat *Clarificări*, la adresa raportului de proporționalitate dintre deciziile luate de autorități în cadrul stării de urgență și beneficiile obținute. Întrebarea autorului chestionează puterea de sacrificiu de care suntem dispuși să dăm dovadă, la nivel individual, dar și la nivel economic sau politic. Agamben apreciază faptul că natura acestei întrebări nu ține de proiecțiile ce pot fi calculate (asupra rezultatelor așteptate în urma carantinării sau chiar a vaccinării), pentru că natura acestei întrebări este una morală. Autorul italian denunță efortul actual de evitare a pericolului bolii și de salvare

a vieții, susținând că rezultatul acestui proces va fi pierderea semnificației vieții pe care încercăm să o salvăm. Suspendarea valențelor fizice ale prieteniei, familiei, ale locului de muncă și ale ritualurilor religioase, înseamnă și o suspendare a îmbogățirii cu sens a vieții individuale (de care acestea erau responsabile). Grija pentru viața nudă/viața biologică, nu mai reprezintă un motiv de unitate, ci de separare și de refuz al alterității[10].

Tendința de împotrivire și rezistență la cerințele sau schimbările pe care le produce criza actuală, ne amintesc de mișcările anti-vaccinare populare de dinaintea pandemiei. Cea mai cunoscută este mișcarea inițiată de Andrew Jeremy Wakefieldcare a argumentat fraudulos legătura dintre schema de vaccinare ROR (împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei) și apariția autismului la copii[11]. La fel ca în acest caz, ezitarea sau refuzul vaccinării pot fi explicate printr-o informare greșită sau incompletă a populație, lăsând loc speculației, și chiar potențând spațiul conspirațiilor.

Relevant aici este studiul publicat în *European Journal of Epidemiology*[12], care a urmărit obținerea unei explicații statistice pentru fenomenul de ezitare ca răspuns la vaccinarea pentru infecția cu Covid-19. Din rezultatele acestuia, s-au remarcat cu precădere lipsa sau slaba informare asupra subiectului, precum și importanța contactului cu indivizi pozitivați cu noul virus. Astfel, explicația majoritară obținută în vederea refuzului vaccinării s-a putut diviza în: grupul de cadre medicale care au activat în departamente suport pentru Covid-19, și care au manifestat o rata mare de acceptare a vaccinării, și grupul de cadre medicale care nu au activat în aceste departamente, și care au exprimat o rata mare de neutralitate/refuz față de vaccinare, apelând la neîncrederea față de abordarea etică din cercetarea implicată. Rezultate asemănătoare au fost obținute de la indivizi din afara lumii medicale, unde răspunsurile au fost influențate de experiența personală de contact cu alți indivizi care au suferit în urma infectării.

O etică a coerciției: soluție viabilă pentru mișcarea anti-vaccinistă?

În *Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk* [13], întâlnim un model etic controversat, menit să împace cele două categorii de populație menționate anterior. Julian Săvulescu interpretează în această lucrare problema riscurilor în termeni de compensare a daunelor și obligativitate socială, argumentând în favoarea penalizării indivizilor care pun în pericol sănătatea publică. În contextul pandemiei actuale, Săvulescu nu exclude posibilitatea ca, într-un viitor apropiat, vaccinarea împotriva Covid-19 să devină obligatorie, însă nu înainte de momentul formulării unui cadru legislativ care să întrunească cele patru criterii esențiale: vaccinul propus trebuie să fie eficient și sigur, persoanele nevaccinate trebuie să reprezinte un pericol grav la adresa sănătății publice, vaccinarea trebuie să ofere bene-

ficii mai mari decât opțiunile alternative de tratare, nivelul coerciției trebuie să fie moderat de drepturile persoanei la propria integritate corporală.

Cu alte cuvinte, scenariul vaccinării obligatorii propune ca în cazul în care o persoană provoacă, prin refuzul vaccinării sale, un disconfort pentru sănătatea celor din jurul său, să suporte o serie de penalități din partea autorităților. Încercarea de a argumenta în favoarea formelor de penalizare (amenzi și muncă în serviciul comunității) pe care o întreprinde Săvulescu, vine într-o oarecare linie de continuitate dinspre măsurile austere de combatere a bolilor, întreprinse de autorități de la începutul pandemiei, ridicând semne de întrebare cu privire la posibilitatea de implementare a unui sistem de vaccinare obligatorie, precum și motive de îngrijorare față de natura etică a unui sistem de coerciție medicală și legală.

Concluzie

În prezent, conform raportului OMS, din 2 decembrie 2020, la nivel global se află în studii sau producție 214 variante de vaccin anti Covid-19. Dintre acestea doar trei au trecut de faza a treia a testelor clinice: Moderna, BioNTech/Pfizer și Gamaleya-Sputnik [14]. Chiar dacă vorbim actualmente de campanii de vaccinare în plină derulare, suspiciunea și neîncrederea publică față de formulele de vaccin propuse continuă să persiste chiar și în rândul anumitor membri ai comunității medicale. Lucrarea de față a explorat principalele motive ale neîncrederii manifestate prin apel la perspectiva filosofiei asupra contextului pandemic actual, precum și prin identificarea problemelor etice întâlnite în derularea fazelor clinice ale obținerii vaccinurilor împotriva Covid-19.

Discuția asupra caracterului etic al accelerării obținerii de noi formule de vaccin în cazul Covid-19, după cum a fost subliniat în cadrul acestei lucrări, este extrem de complexă. Subiectul abordat se bucură de un caracter deschis spre aprofundare, fapt ce se datorează tocmai actualității temei, intervențiile etice suplimentare putând surveni de-a lungul viitoarelor direcții ale acestui subiect.

Bibliografie

1. Nikhra, V. Stages in COVID-19 Vaccine development: The Nemesis, The Hubris and the Elpis. *International Journal of Clinical Virology*, 2020, vol.4, p.126-135. DOI: 10.29328/journal.ijcv.1001028
2. Jamrozik, E., Littler, K., Bull, S., Emerson, C., Kang, G., Kapulu, M., Rey, E., Saenz, C., Shah, S., Smith, P., Upshur, R., Weijer, C., Selgelid, Key criteria for the ethical acceptability of COVID-19 human challenge studies: Report of a WHO Working Group. *Vaccine*, 2020, vol. 39, nr. 4, p. 633-640. DOI: 10.1016/j.vaccine.2020.10.075
3. Helfand, B.K.I., Webb, M., Gartaganis, S.L., Fuller, L., Kwon, C., Inouye, S.K. The Exclusion of Older Persons From Vaccine and Treatment Trials for Coronavirus

Disease 2019 – Missing the Target. *JAMA Internal Medicine,* 2020, vol.180, Nr.11, p.1546-1549. DOI:10.1001/jamainternmed.2020.5084
4. Chappell, R.Y., Singer, P. Pandemic ethics: the case for risky research. *Research Ethics*, vol.16, Nr.3-4, 2020, p.1-8. DOI: 10.1177/1747016120931920
5. Deb, B., Shah, H., Goel, S. Current global vaccine and drug efforts against COVID-19: Pros and cons of by passing animal trials.*Journal of Biosciences,*2020, vol.45, ID:82(p.1-10). DOI: 10.1007/s12038-020-00053-2
6. Dawson, L., Earl, J., Livezey, J. Sars-Cov-2 Human Challenge Trials: Too Risky Too Soon. *Journal of Infectious Diseases,* 2020, vol.222, nr.3, p.514-516. DOI: 10.1093/infdis/jiaa314
7. Richards, A.D. Ethical guidelines for deliberately infecting volunteers with COVID-19. *Journal of Medical Ethics,*2020, vol.46, nr.8, p.502-504. DOI: 10.1136/medethics-2020-106322
8. Foucault, M. *Nașterea biopoliticii*(traducere de Bogdan Ghiu), Cluj-Napoca:Editura Idea Design & Print, 2007. ISBN: 978-973-7913-66-1
9. Potter, V.R. *Bioethics:Bridge to the Future*, Englewood Cliffs:Prentice-Hall, 1971. ISBN: 0130765058
10. Agamben, G. Clarifications.*European Journal of Psychoanalysis*,published 26 Feb. 2020.Disponibil la:http://www.journal-psychoanalysis.eu/coronavirus-and-philosophers,(accesat: 15 ian. 2021), în limba italiană: Agamben, G. Chiarimenti, *Quodlibet,* pub. 17 Mar. 2020. Disponibil la: http://quodlibet.it/giorgio-agamben-chiarimenti (accesat 15 mar. 2021)
11. McIntosh White, J. Sabotaging public engagement with science: Missing scientific principles in newspaper stories about the Wakefield MMR-Autism controversy. *Romanian Journal of Journalism & Communication*, 2012, Vol. 7,Nr.3/4, pp. 79-93.
12. Dror, A.A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov N., Mizrachi M., Zigron A., Srouji S. Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *European Journal Epidemiology*, 2020, vol.35, nr.8, p.775-779. DOI: 10.1007/s10654-020-00671-y
13. Savulescu, J. Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk, *Journal Medical Ethics*, 2021, vol.47,nr.2, p.78-85. DOI:10.1136/medethics-2020-106821
14. World Health Organization Team R&D Blue Print.COVID-19 vaccine tracker and landscape, Research. Disponibil la: https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines (accesat 20 dec. 2020)

CAPITOLUL III. BIOETICA ÎN PRACTICA ȘI EDUCAȚIA BIOMEDICALĂ

VULNERABILITATEA ÎN DOMENIUL BIOMEDICAL

Persida Bec
Facultatea de istorie și filosofie, Universitatea „Babeș-Bolyai", Cluj-Napoca
bec.persida@gmail.com

Raportul Belmont și inițierea normării vulnerabilității persoanelor

Vulnerabilitatea,cu sensibilitatea față de ea și protecția pe care o reclamă, reprezintă dimensiunea care ne asigură că indivizii sunt protejați față de exploatare și alte modalități de abuz. Pe de o parte, dimensiunea vulnerabilității a fost adăugată în două rapoarte importante,iar întrunul dintre aceste ipostaze dimensiunea vulnerabilității a fost prezentată explicit. Un studiu arată că în ultimele decenii au fost postulate mai multe coduri etice în special de asociații profesionale (preponderent din sfera medicală), pentru a crea linii de orientare în cercetare și investigație [1]. Pe de altă parte, biomedicina, domeniu interdisciplinar, reprezintă știința care se ocupă de transferul de principii teoretice și metodologice între biologie și medicină.

Unul dintre cele două rapoarte, din domeniul biomedical, care are în vedere subiecții umani în ceea ce privește regulile morale din cadrul cercetării științifice, este cel cunoscut cu denumirea succintă *Raportul Belmont* (1978), având titlul complet *Raportul Belmont: Principii etice și linii directoare pentru protecția subiecților umani de cercetare, raport al Comisiei naționale pentru protecția subiecților umani ai cercetării biomedicale și comportamentale* [2]. Autorii *Raportului Belmont*au adus în discuție mai ales pericolul creării unor coduri fără principii, în care existența unor reguli sau îndatoriri caracteristice unei profesii, distinse cvasi-arbitrar, reprezintă o amenințare față de binele umanității: „Asemenea reguli sunt adesea inadecvate pentru a acoperi situațiile complexe; uneori ele intră în conflict și e adesea dificil să le interpretezi și să le aplici. Principiile etice mai largi vor furniza baza pe care se pot formula, critica și interpreta regulile specifice" [2].

Acest raport are în vedere trei principii: respectul pentru persoane, principiul binefacerii și cel al dreptății. Mai pe scurt,*Raportul Belmont* are în vedere mai ales vulnerabilitatea, fragilitatea, expunerea și autonomia persoanei, deopotrivă maximizând beneficiile acestea în folosul cer-

cetării, minimizând pericolele persoanelor vulnerabile. De aceea, regulile morale ale cercetării științifice în domeniul biomedical, prezente în acest raport, se pot extrapola în cel puțin patru caracteristici distinctive:

declară și susține bunăstarea generală, caș altevalori esențiale și fundamentaleîn ceea ce privește societatea în general, cum ar fi respectul demnității și respectul față de oricine ar fi celălalt, dar și libertatea de alegere – ca obiective ultime;

se manifestă într-un mod obiectiv, fără să aibă în vedere cine sunt indivizii cu care ajung în contact, așadar încercând să se distanțeze, chiar opunându-se unei manifestări egoiste, care aduce vreun avantaj oarecare față de o persoană sau față de un colectiv, în detrimentul altora;

au o calitate universală; în consecință, este neadevărat relativismul moral conform căruia „fiecare individ are morala lui";

sunt realizate și acceptate de către societate, cu acordul independent al indivizilor (sunt auto-impuse).

Aceste reguli morale stau la baza câtorva principii, protejând, în acest fel, valorile menționate deja [3]:

1) Principiul binefacerii („fă binele");

2) Principiul nefacerii răului („evită răul");

3) Principiul respectului demnității (sau autonomiei în care respectul față de ființa umană ar trebui să fie scopul ultim);

4) Principiul dreptății care îndeamnă la a fi nepărtinitor, la acordarea meritelor fără discriminare,

5) Principiul fericirii, „prielnic omului" sau chiar virtuții.

Aplicarea și dezvoltarea sistemului principiist în protejarea persoanelor vulnerabile

Practica biomedicală ar putea avea ca temei, după spusele unora, primele 4 principii (deci și codurile etice din domeniul practicii spitalicești și al cercetării biomedicale trebuie structurate ținând cont de ele)[3].

Totuși, documentul care tratează în mod nemijlocit vulnerabilitatea, surprinzând-o și numind-o în mod direct, a rezultat din proiectul realizat de către Comisia Europeană, gândit ca un proiect alternativ la cel american. Este vorba de raportul cunoscut sub numele *Final Report on the European Commission on the Project Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw* (1995-1998) [4], care a propus alte patru principii, în favoareasferei biomedicale, și anume: autonomia, demnitatea, integritatea și vulnerabilitatea [3].Proiectul care s-a finalizat prin raportul amintit, a fost inițial *gândit ca un*ul de cercetare, la care au participat specialiști din 22 de state europene și s-a desfășurat între 1995 și 1998.S-a încercat fundamentarea morală și normarea de bază a bioeticii, plecând de la celepatru

principii amintite. Conținutul raportului a reprezentat elementul esențial pentru *Propunerea de lege pentru Comisia Europeană prin Declarația de la Barcelona din 1998*. Se adaugă două principii celor prezentate în conceptul american (pe care le numerotăm în continuarea acelora):

6) Principiul vulnerabilității, care reprezintă îndatorirea și obligația morală de a ocroti, sprijini și încuraja ființele umane, non-umane și sistemele vii considerate vulnerabile.

7) Principiul integrității, care are în vedere obligația de a proteja acel domeniu inerent personalității și vieții ființei umane;îi conferă persoanei mai ales identitate, fără să aibă urmări din demersul realizat de către intervenția societății sau a statului.

Declarația de la Barcelona a fost, mai apoi, comparată cu alte documente ce tratează probleme similare, de actualitate, cum ar fi *Convenția pentru Protecția Drepturilor Omului și Demnitatea Ființei Umane cu privire la Aplicarea Biologiei și Medicinei* (adoptată în 1996) și *Declarația despre Genomul Uman al UNESCO* (1997)[4]. Importanța acestui document rezidă în faptul că depășește limitele bioeticii și biomedicinei, ajungând să reprezinte mai curând o articulare a conceptelor etice principale, în jurul cărora gravitează multe altele și care sunt necesare într-un context internațional de dezvoltare tehnologică *fără precedent*. În acest sens, definiția realizată în cadrul unei convenții ONU sună în felul următor: „Biotehnologia reprezintă o aplicație tehnologică care utilizează sisteme biologice, organisme vii, sau derivate ale acestora, pentru a crea sau modifica produse sau procese în scopuri bine determinate" [4]. În ceea ce privește creionarea celor patru principii etice de bază, acestea sunt descrise *în termenii menționați mai jos*.

În ceea ce privește autonomia, aceasta nu apare ca „permisivitate" sau ca îngăduință în sens negativ, ci mai degrabă este considerată capacitatea de a avea, pe lângă idei și idealuri în viață, intimitate, posibilitatea de a lua decizii, fără a fi constrâns,precum și responsabilitate personală și implicare politică. Totuși, acest principiu rămâne un ideal, deoarece e legat mai ales de statut, biologie, schimbări de ordin material, social, adică depinde de foarte multe variabile.

Despre demnitate se poate spune că se referă atât la valoarea intrinsecă a individului, cât și la valoarea inter-subiectivă a fiecărei ființe umane. Un individ ar trebui să acționeze cu demnitate, dar luând în considerare și demnitatea celuilalt. Celălalt ar trebui tratat ca un scop, nu ca un mijloc.

Apoi, conceptul integritate se referă la inviolabilitatea ființei umane și reprezintă respectul față de intimitatea, mediul personal, înțelegerea vieții de fiecare. Aceasta apare ca o sumă de experiențe amintite ce pot

fi narate și care trebuie ascultate așa cum sunt – indiferent de persoana reprezentată de Celălalt.

În ceea ce privește vulnerabilitatea, aceasta reprezintă respectul atât pentru viața umană, cât și pentru cea non-umană. Are în centru ideea, sau poate chiar condiția, că toate formele de viață sunt predispuse la a fi rănite, vătămate sau chiar ucise. Protecția vulnerabilității, odată ce este recunoscută universal, poate crea punți de legătură între străini, membri ai societății și este esențială într-un stat modern. O schițare a ceea ce înseamnă vulnerabilitatea, percepută nu doar în sens negativ, e dată de Brené *Brown* care susține ideea conform căreia „Vulnerabilitatea nu înseamnă doar să cunoști victoria sau înfrângerea, ci să înțelegi că ambele sunt necesare; înseamnă să te implici cu toată ființa ta în ceea ce faci. Vulnerabilitatea nu înseamnă slăbiciune, iar nesiguranța, riscul și expunerea emoțională cu care ne confruntăm zi de zi sunt inevitabile. Singura noastră opțiune este să ne implicăm cu adevărat în ceea ce facem. Disponibilitatea de a ne asuma și a înțelege propria vulnerabilitate determină profunzimea curajului și claritatea obiectivului pe care ni-l propunem. Iar gradul în care ne ferim de vulnerabilitate este o măsură a fricii și a înstrăinării noastre" [5].

În legile din țările europene [4], protecția ființei umane este garantată de ideea tratării lor, în tradiție kantiană, ca scopuri-în-sine. Asemenea*încercări legislative nu sunt extrem de noi. Primele inițiative de reglementare a biomedicinei au loc Germania anilor 1930 și privesc libertatea și consimțământul indivizilor ca bază a participării la cercetările biomedicale, inițiative ce au fost încălcate* ulterior de naționali-socialiști (ex. lagărele de concentrare). Apoi, după ce de-aldoilea război mondial au început să se ia măsuri pentru stabilirea unui cadru legal care să garanteze inviolabilitatea ființei umane și protejarea vulnerabilității acesteia, pentru a nu se mai repeta ororile trecutului.În această privință o importanță au și *Declarațiile de la Helsinki* (una din 1964, a doua, la care a participat și statul român, din 1975)[4].Principiile de bază atestă faptul *că interesele științei și societății în cerce*tarea medicală nu trebuie să prevaleze binelui individual. *În acest sens Declarația de la Barcelona* din 1998 [4, 6] trece mai departe de atât, nerestricționând protecția etică la cercetarea biomedicală, ci stabilind principii etice ca fundații generale pentru protecția ființei umane în cadrul cercetării științifice și practicii clinice – atât autonomia, cât și vulnerabilitatea ființei umanefiind luate în serios [4].Pe de o parte, protecția umanității intrinseci a individului gravitează tot în sfera celor patru principii enumerate mai devreme, corelate cu drepturile de bază ale omului: dreptul la viață, la protecție, la inviolabilitatea corpului etc. Pe de altă parte, ceea ce se întâmplă *și trebuie să se întâmple* este și interzicerea comercializării

corpului uman, a diferitelor componente ale sale, mai precis interzicerea vânzării de organe, de embrioni sau de gene umane și interzicerea clonării. Demnitatea umană cuprinde și partea corporală, așa cum s-a putut observa din documentele analizate. Ceea ce aduce un plus este *Declarația UNESCO* din 2000 [4, 7] care accentuează protejarea structurii genetice unice a fiecărui individ. De asemenea, genomul uman poate fi văzut mai degrabă ca o lucrare de artă care trebuie să fie protejat*ă*, iar tehnologiile medicale noi trebuie să ia în considerare acest fapt. De precizat e faptul că, odată cu *Declarația UNESCO*, nu se interzice intervenția asupra genomului uman în general, ci documentul se adresează în special modific*ă*rii anumitor caracteristici în scopuri eugenice.

Se poate observa mai ales ideea conform căreia protecția ființei umane individuale primează intereselor științei și altor societății, iar recunoașterea importanței reale a progresului tehnologic vine odată cu respectul pentru corpul uman. Totodată, extinderea și corelarea legilor cu nevoile actuale sunt aspecte importante care trebuie luate în considerare, căci,-mai presus de orice, trebuie să primeze respectul față de vulnerabilitatea fiecăruia, indiferent de etapa de dezvoltare biologică și/sau socială în care se află, ținând cont de umanitatea *și demnitatea* individuală.

Concluzii

Direcția în care se îndreaptă societatea obligă atât la reflecții, cât și la chestionarea diferitelor practici referitoare la indivizi,în impunereaunor anumite limite și cadre convenționale universale atât pentru protejarea omului, cât și a animalelor și a mediului înconjurător. Faptul că biomedicina și biotehnologia se dezvoltă într-un mod accelerat, mai ales în domeniul geneticii, obligă a formula, a dezbate și aîncercagăsirea unor răspunsuri la întrebările care apar și care au nevoie de concluzii clare. În Europa, ideea de non-discriminare e încetățenită, alături de un fel de grijă pentru ceilalți și pentru mediul înconjurător. Etica aceasta, a grijii pentru ceilalți, nu înseamnă doar preocuparea pentru cei incapabili de a acționa autonom, adică a celor mai vulnerabile forme de viață, ci pornirea de la premisa că fiecare este, într-un fel sau altul, predispus la a fi rănit sau vătămat de acțiunile altora.

Totuși, câteva idei pot fi susținute chiar în finalul acestei lucrări succinte. Cele patru principii de bază (dacă ar fi să le ignorăm pe celelalte aduse în discuție mai sus) nu elimină variațiile culturale (care țin de statut, mediul din care o persoană provine, etnie, tradiții etc), atâta timp cât rămân subsidiare acestora. Apoi, aplicarea principiilor amintite nu trebuie să rămână încadrată doar sferei umane, ci trebuie să includă atât animalele, respectiv plantele, cât și mediul înconjurător (ecosistemele).

Dincolo de preocupările bioeticii, legislația este cea care ar trebui să cuprindă reglementări pentru protecția animalelor și a biosferei. Ideal ar fi ca fiecare țară să aibă un serviciu național de sănătate bazat pe aceste principii nu doar declarativ ci aplicativ. În special legislația privind drepturile și rolul pacientului trebuind clarificată, bine articulată și actualizată corespunzător dezvoltării cunoașterii. În acest sens, pacienții au dreptul de a consimți sau refuza tratamentul și experimentarea pe propriul lor corp. Apoi,copiii născuți prin donare de gameți au dreptul să știe cine sunt părinții genetici, chiar dacădonatorii nu au (nu trebuie să aibă) nicio responsabilitate sau obligație față de ei.

Bibliografie

1. Biros, M.Capacity, Vulnerability, and Informed Consent for Research. *The Journal of Law, Medicine &Ethics*, 2018, vol.46, nr.1, p.72-78.DOI: 10.1177/1073110518766021. Disponibil la: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035898/ (accesat: 1.06.2021)
2. Department of Health, Education, and Welfare; National Commission for theProtection of HumanSubjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report Ethical Principles and Guidelines for the Protection of HumanSubjectsof Research (The National Commission for the Protection of HumanSubjects of Biomedical and Behavioral Research), 1978.https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf. (accesat: 15.03.2021)
3. Mureșan, V.*Managementul eticii în organizații,* București: Ed. Universității din Bucureștii, 2009.ISBN: 978-973-737-657-2
4. Kemp, P., Rendtorff, J.D.The Barcelona Declaration – Towards an IntegratedApproachto Basic EthicalPrinciples.*SynthesisPhilosophica*, 2008, vol.23, nr.2, p.239-251. Disponibil la: https://hrcak.srce.hr/37134 (accesat: 04.07.2021)
5. Brown, B.*Curajul de a fi vulnerabilschimbă felul în care trăiești, iubești, educi și conduci*.București: Ed. Curtea Veche, 2016. ISBN: 978-606-44-0234-9
6. The Barcelona Declaration on PolicyProposalstothe European Commission on Basic EthicalPrinciples in Bioethics and Biolaw (adopted in November 1998 byPartners in the BIOMED II Project) Disponibil la: http://hrlibrary.umn.edu/instree/barcelona.html (accesat: 04.07.2021)
7. UNESCO Office in Brasil. The Universal Declaration on theHumanGenome and HumanRights: fromtheoryto practice. 2000. Disponibil la: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000122990 (accesat: 04.07.2021)

IMPLICAȚII SOCIO-BIOETICE ÎN ANALIZA ACCESULUI GRUPURILOR VULNERABILE DE POPULAȚIE LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE

Elena Șargu, **Victoria Federiuc**
Catedra de filosofie și bioetică,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova
elena.sargu@usmf.md
victoria.federiuc@usmf.md

Vulnerabilitatea este determinată de o multitudine de factori. Din acest motiv, nu s-a reușit până în prezent să fie adoptat un set unic de criterii pentru a determina categoriile de persoane care necesită măsuri de protecție în mod prioritar. Cu certitudine însă, putem remarca faptul că sporirea calității vieții prin asigurarea accesului la servicii medicale de calitate a contingentului vulnerabil de populație are un impact esențial ce asigură bunăstarea vieții persoanelor vulnerabile. Vulnerabilitatea reprezintă atât cauză, cât și efect astfel că starea de sănătate depinde de venituri, educație, alimentație etc. Mai mult, accesibilitatea păturilor vulnerabile la serviciile medicale de calitate are un impact major asupra modului în care va evolua speranța de viață, dizabilitatea sau dependența și creșterea nevoii de îngrijire de lungă durată.

Grupurile vulnerabile necesită o atenție sporită dat fiind faptul că se confruntă cu o rată mai mare a excluderii sociale. Din acest considerent, întâmpină dificultăți la accesarea asistenței medicale. Acest lucru este valabil în special pentru persoanele sărace, care nu pot efectua plăți suplimentare (chiar și în cazul în care dispun de asigurare medicală) și, de asemenea, pentru unele grupuri specifice ale populației, cum ar fi copii și tineri, persoane în vârstă, persoane cu dizabilități, șomeri, persoane fără adăpost sau cu dizabilități. În acest context, din cauza vulnerabilității excluderea socială devine un risc, dar și o provocare reală în accesarea serviciilor de sănătate.

Există anumite caracteristici specifice contingentului vulnerabil de populație ceea ce acutizează și mai mult condiția acestor persoane, inclusiv accesul la serviciile medicale și farmaceutice. Cea mai frecventă accepțiune a vulnerabilității este cea de „slăbiciune”, „lipsă de apărare”, „lipsă de mijloace”. Persoanele din grupurile vulnerabile sunt persoane lipsite de suport, care se află adesea în stare cronică de sărăcie, fiind în șomaj, nivel de educație scăzut, lipsa veniturilor etc. [1]. În mod particular, viața unor pacienți depinde de accesul la îngrijirea medicală, gravi-

tatea afecțiunii, adaptarea la patologiile cronice, siguranța terapiilor ce promit vindecarea etc. Vulnerabilitatea în aceste condiții poate reprezenta un impediment real în accesarea serviciilor medicale și farmaceutice de calitate și,poate avea ca rezultat, agravarea stării de sănătate.

Referitor la accesul contingentului vulnerabil la serviciile de îngrijire medicală este important de a specifica faptul că garantarea dreptului la sănătate, prin implementarea unui sistem de sănătate echitabil, ar contribui la asigurarea accesului populației la servicii medicale conform necesităților, indiferent de capacitatea de a plăti. Totuși, deși mai multe țări au avansat în acoperirea universală în ceea ce privește accesul la servicii medicale, sistemele de sănătate devin tot mai eficiente în ansamblu, dar rămân inechitabile față de grupurile vulnerabile, în mod special,acestea continuând să fie private de accesul la serviciile de sănătate, fără ca sistemul echitabil să dea rezultate semnificative. Echitatea, în acest sens, ne sugerează că nu trebuie să existe între pacienți nici un fel de discriminare de vârstă, educație, statut social, dizabilitate, naționalitate etc. Intervenția bioeticii în acest caz ne reamintește despre importanța nediscriminării categoriilor vulnerabile în ceea ce privește accesul la servicii medicale și farmaceutice, prin asigurarea unui sistem medical echitabil, inclusiv pentru acest contingent de populație.

De obicei contingentul vulnerabil se confruntă cu multiple probleme de sănătate, astfel crescând complexitatea și riscul ca aceste persoane să nu mai aibă șanse de recuperare și, mai grav, să rămână cu sechele pentru tot parcursul vieții. Vulnerabilitatea are legătură restrânsă cu resursele naționale astfel că aportul statului în acest sens este indiscutabil, având în vedere faptul că, în majoritatea cazurilor, persoanele vulnerabile sunt dezavantajate din punct de vedere economic. Starea de sănătate a păturilor vulnerabile de populație este cu atât mai gravă, cu cât acestea se confruntă cu mai multe afecțiuni cronice astfel că serviciile medicale tind să coste mai mult și să constituie un „stres" suplimentar pentru resursele publice de asigurare medicală.

Necesitatea studierii și a implementării politicilor pentru susținerea acestei categorii este marcată de faptul că:

- grupul vulnerabil se confruntă preponderent cu multiple probleme de sănătate (astm, diabet, boli cardiovasculare) și afecțiuni ce generează dizabilități;
- vulnerabilitatea reprezintă o problemă de ordin social și, prin urmare, necesită a fi soluționată prin mijloace de asigurare socială de stat;
- prevalența grupurilor vulnerabile este în creștere;
- vulnerabilitatea afectează starea de sănătate și depinde de resursele statului (apare un cerc vicios);

- creșterea echității în sănătate, care presupune concentrarea atenției asupra contingentului vulnerabil de populație pentru a evita discriminarea și excluziunea socială a acestei categorii sociale.

Este important să se ia în considerare funcția de identificare a vulnerabilității în îngrijirea sănătății, dat fiind faptul că „ideile despre vulnerabilitate contribuie la modelarea modurilor în care gestionăm și clasificăm indivizii, justificăm intervenția statului în viața cetățenilor, alocăm resurse pentru societate și ne definim obligațiile sociale" [2]. Capacitatea persoanelor vulnerabile de a evita sau a face față acestor pericole este posibilă doar prin intermediul unui efort comun: „în relațiile umane în general, în cazul în care există inechități de putere, cunoștințe sau mijloace materiale, obligația revine celor mai puternici să respecte și să protejeze vulnerabilitatea celuilalt și să nu exploateze pe cei mai dezavantajați" [3]. De aici rezultă că politicile la nivel internațional trebuie să sugereze că furnizorii de servicii medicale, politicile publice în domeniul ocrotirii sănătății vor prevedea obligații etice în ceea ce privește drepturile omului, pentru a răspunde nevoilor celor vulnerabili. Aceste idealuri trebuie să-și găsească reflecția în toate sistemele de îngrijire a sănătății, generând perceperea sănătății celor vulnerabili ca un bun public, ce își are rădăcini în principiul echității și solidarității, cu scopul oferirii accesului universal la asistența medicală necesară mai degrabă în dependență de nevoie, decât de capacitatea de a plăti.

În timp ce sistemele de sănătate sunt supuse unor reforme continui și influențe semnificative din partea industriei farmaceutice și a serviciilor medicale tot mai diverse, se face remarcabilă omniprezența fenomenului de medicalizare și farmaceuticalizare a societății. În pofida emancipării acestor fenomene, care în mare parte sunt interconectate și interdependente, contingentul vulnerabil continuă totuși a se confrunta cu probleme legate de starea de sănătate precară, dat fiind faptul că vulnerabilitatea reprezintă un impediment în accesarea uneori chiar și a serviciilor primare de sănătate. Persoanele vulnerabile se îmbolnăvesc mai ușor din cauză că sunt sărace, ceea ce creează o situație precară prin diferiții determinanți sociali relevanți, precum: alimentație deficitară, dietă nesănătoasă și condiții de trai inadecvate (absența unui cămin decent, lipsa apei curate și/sau salubrizare neadecvată) etc. Aici, apare necesitatea de a face referire la esența fenomenelor de medicalizareși farmaceuticalizare, deoarece calitatea vieții contingentului vulnerabil depinde în mare parte de acestea.

Precum susține Peter Conrad, gestionarea sănătății populației este modelată de o forță puternică în cadrul sistemului modern de îngrijire medicală, pe care le consideră „motoarele medicalizării"[4].Medicaliza-

rea este un proces prin care problemele personale, comportamentale și sociale sunt definite ca probleme patologice ce necesită intervenție medicală. Medicalizarea oferă profesioniștilor din domeniul medical autoritatea principală pentru a „diagnostica" și „trata" probleme aparent sociale în limitele expertizei biomedicale și ale practicii clinice. Mai important, medicalizarea duce la o combinație de „sănătate" și „îngrijire a sănătății", dând credit erorii că problemele societale, legate de sănătate, au nevoie, în primul rând, de soluții de îngrijire a sănătății [5].

Tendința de a „medicaliza" problemele de sănătate se concentrează, adesea, pe accesul financiar și geografic (zonal) sporit la serviciile de sănătate și la medicamente în politicile destinate populațiilor vulnerabile, cu stare de sănătate precară. Această abordare are impact pozitiv asupra sănătății publice, dar neglijează cauzele sociale și economice ale vulnerabilității. Pe lângă accesul la serviciile medicale, politicile focalizate pe asigurarea securității economice, pe educație, locuințe, nutriție, siguranță alimentară și mediu sunt, de asemenea, critice în eforturile de îmbunătățire a sănătății în rândul populațiilor defavorizate social. Intervențiile care necesită inițiativă individuală îi vor favoriza pe cei cu resurse personale și sociale mai mari, chiar și în rândul celor săraci, pe cei care sunt mai bine poziționați pentru a profita de noi oportunități.

Drept rezultat al acestui fenomen de medicalizare, medicina a etichetat o multitudine de procese fiziologice umane, astfel încât prin medicalizare nu se iau în considerație alte opțiuni, decât procesul medical. Tot mai mult, medicii prescriu un tratament medicamentos sau sugerează diverse intervenții chirurgicale în scopul inhibării unor procese fiziologice firești. Relevantă, în acest sens, este abordarea lui Michel Foucault, care aduce în vedere faptul că toate domeniile vieții devin medicalizate, adică „existența, conduita, comportamentul, corpul uman se integrează, începând cu secolul al XVIII-lea, într-o rețea de medicalizare din ce în ce mai densă și mai importantă, care lasă să scape din ce în ce mai puține lucruri" [6$^{p.81}$]. Ne aflăm în situația când comportamentele indivizilor sunt definite în termeni medicali. Ideea este că fenomenele, considerate altădată naturale, cum ar fi senectutea, hiperactivitatea, timiditatea, medicina le consideră astăzi patologii și propune remedii sub formă de medicamente sau intervenții chirurgicale. Astfel, ajungem să oferim o „putere prea mare" medicamentelor, prin urmare, medicalizarea este legată de efectul substanțelor chimice, de modul în care sunt promovate, comercializate, prescrise, precum și de relația medic-industrie farmaceutică-stat, unii autori militând pentru de medicalizare și combaterea iatrogeniei medicamentoase produse, paradoxal, nu de medic, ci de accesul facil la informație și, adesea, la medicament în sine, devenit auto-administrabil

[7 p.46]. În pofida aspectelor contradictorii ale medicalizării, cert este că acest fenomen oferă o serie de oportunități, accesul la servicii medicale de calitate, medicamente etc., fiind de o necesitate stringentă în mod special pentru persoanele vulnerabile. Aceasta din considerentul că starea de sănătate precară contribuie la reducerea capacității de muncă, afectând productivitatea individului, veniturile familiei și calitatea vieții la modul general. Accesul universal la îngrijire contribuie la fundamentarea unui sistem de sănătate performant mai ales că atunci când facem referire la contingentul vulnerabil acestea se confruntă mai frecvent cu probleme legate de morbiditate, incapacitate, deces precoce etc. și toate acestea din cauza accesului limitat la serviciile medicale.

Dat fiind faptul că o importanță majoră în îmbunătățirea și menținerea stării de sănătate revine medicamentelor, este relevant de a introduce în discurs conceptul de farmaceuticalizare care, de asemenea, are un impact asupra contingentului vulnerabil de populație. Ce reprezintă de fapt farmaceuticalizarea? Potrivit lui Simon J. Williams farmaceuticalizarea este definită drept „traducerea sau transformarea condițiilor, aptitudinilor și capacităților umane în oportunități de intervenție farmaceutică" [8 p.711]. Pornind de la studiile științifice și tehnologice, acestea sugerează că farmaceuticalizarea este cel mai bine văzută ca un proces socio-tehnic complex, care implică o serie de diverse dimensiuni și dinamici. Unul dintre avantajele importante ale definirii conceptului în acest fel este faptul că el cuprinde utilizări non-medicale ale produselor farmaceutice pentru îmbunătățirea stilului de viață la persoanele „sănătoase".

La fel ca unii susținători ai medicalizării, Simon J. Williams consideră farmaceuticalizarea ca având valoare neutră, fiind un termen descriptiv care implică atât avantaje, cât și dezavantaje pentru societate. Măsura în care s-a produs procesul este, de asemenea, abordată ca o întrebare empirică care trebuie stabilită de la caz la caz. Astfel, acest proces poate fi considerat ca fiind parțial și incomplet. Asemenea medicalizării, poate fi conceptualizat prin implicarea diferitor niveluri (procese macro, cum ar fi analiza și reglementările cu privire la medicamente, până la procese la nivel micro, care au legătură cu sensul și utilizarea medicamentelor) și ca fiind bidirecțional (permițând de farmaceuticalizarea, precum și farmaceuticalizarea). Diferite componente ale societății pot participa la ambele procese – unele să aspire la rezistența față de farmaceuticalizare, în timp ce altele participă activ la campaniile de promovare a accesului sporit la anumite medicamente. Pentru o înțelegere mai amplă a farmaceuticalizării, sunt relevante dimensiunile caracteristice ale acestui fenomen, propuse de Simon J. Williams [8]:

- *Marketingul bolilor*– această dimensiune este axată pe modul în care

problemele de sănătate sunt redefinite ca având soluții farmaceutice. Primul mod în care se poate observa acest lucru este creșterea masivă a piețelor de medicamente, în special în societățile occidentale. Drept urmare, soluțiile medicamentoase pentru problemele de sănătate au devenit mult mai răspândite. Industria farmaceutică este una dintre cele mai profitabile din lume, iar vânzările în țări cu venituri medii precum China și India cresc într-un ritm mai rapid, decât în Occident. În general, cheltuielile globale pentru medicamente au crescut de peste 30 de ori, începând cu anii '70 ai secolului trecut și, deși creșterea a fost inegală, societățile occidentale bogate reprezintă consumatorii dominanți din cauza creșterii suferințelor cauzate de problemele cronice de sănătate.

- *Schimbarea formelor de guvernare*– această dimensiune a farmaceuticalizării se concentrează pe reforme care au redus obstacolele impuse de reglementări, crescând totodată dependența autorităților de industria farmaceutică. O altă parte a acestei dinamici sunt politicile care au sporit rolul autorităților în promovarea inovațiilor în materie de medicamente, fiind promovate politici care permit autorităților să își crească rolul în promovarea inovațiilor farmaceutice. Agențiile medicamentului și-au eficientizat procesul de aprobare, astfel încât noile medicamente inovatoare să poată ajunge pe piață mai rapid. Întrucât aceste instituții nu mai sunt doar supervizorii sănătății publice, acum ele capătă rol de promotori ai inovației.

- *(Re)încadrarea problemelor de sănătate,prin discursul mediatic și la nivelul populației, în categoria celor cu soluții farmaceutice*– rolul mass-media în procesul de farmaceuticalizare este evident, însă, mai degrabă, doar la nivel de transmițător sau amplificator și nu ca un catalizator. Cel mai elocvent exemplu al acestui proces este publicitatea directă către consumator, legiferată în unele țări cum sunt SUA și Noua Zeelandă, unde este permisă publicitatea în mass-media a tuturor medicamentelor, inclusiv a celor cu prescripție medicală. Tehnicile utilizate în publicitatea directă, către consumator includ vocea experților și a pacienților, aprobări ale celebrităților și oferirea de mecanisme de auto-diagnostic în baza simptomelor și oferirea de soluții farmaceutice.

- *Asociațiile de pacienți și consumatori* –s-a scris mult, în ultimii ani, despre rolul din ce în ce mai activ, dacă nu critic, pe care îl joacă pacienții și consumatorii în propria îngrijire a sănătății. Acest lucru este valabil, în special, în ceea ce privește studiile efectuate asupra utilizatorilor de medicamente, care sunt adesea înfățișați ca actori reflexivi și cunoscuți, care evaluează riscurile și beneficiile medicamentelor oferite și iau decizii în cunoștință de cauză despre produsele farmaceutice utilizate. Aceste evoluții au fost consolidate de politica de sănătate actuală în multe țări

dezvoltate, care prezintă pacienții în calitate de experți și parteneri, alături de profesioniștii din domeniul sănătății, în actul medical de îngrijire a sănătății proprii. Aceste evoluții oferă oportunități contrastante. Pe de o parte, ideea de consumator informat sugerează potențial pentru diverse provocări sau forme de rezistență la farmaceuticalizare. Pe de altă parte, aceste evoluții pot alimenta farmaceuticalizarea suplimentară, prin cereri de medicamente orientate de către pacienți, cu sau fără publicitatea directă către consumatori.

- *De la tratament la ameliorare* – dorința de a ne îmbunătăți într-un fel sau altul este la fel de veche ca istoria omenirii; ceea ce s-a schimbat reprezintă doar modalitățile și tehnicile. Îmbunătățirea umană, prezentă în discursul etic contemporan, sub termenii de *ameliorare* sau *augmentare* (cuvântul englezesc, *enhancement*), este totuși un termen contestat în sine, deoarece este frecvent utilizat pentru a indica depășirea scopului terapeutic sau de menținere a sănătății și vizarea unei îmbunătățiri artificiale a condiției umane normale. Desigur, nu toate formele de îmbunătățire sunt destinate scopurilor medicale. Astfel, în medicină se poate utiliza chirurgia estetică sau plastică sau anumite medicamente, cum ar fi hormonul de creștere umană din motive medicale. Farmaceuticalizarea poate să apară, însă, în absența unei implicări medicale, de exemplu, atunci când persoanele sănătoase folosesc produse farmaceutice din alte motive decât cele medicale, pentru a-și îmbunătăți performanțele. Un exemplu, care ilustrează bine acest punct, este utilizarea medicamentelor în ameliorarea cognitivă, pentru a îmbunătăți vigilența, cogniția și memoria. Dată fiind lipsa de cunoștințe despre riscurile medicale sau sociale ale utilizării acestor medicamente din motive non medicale, este necesară o precauție sporită în evaluarea utilizării acestora. Ceea ce este clar, este că orice încercare a companiilor farmaceutice de a reorienta utilizarea acestor medicamente, cu scopul îmbunătățirii performanțelor, reprezintă un alt exemplu de creare a unor noi piețe de medicamente, de exemplu în sportul de performanță, care implică o relație directă cu consumatorii și care este în afara controlului profesiei medicale. Astfel, perspectiva îmbunătățirii cognitive demonstrează atât potențialul consumatorului de a conduce procesul de farmaceuticalizare, cât și modul în care acest proces depășește conceptul clasic de medicalizare.

- *Specificul farmaceutic în procesul de producere* –cercetările recente, în domeniul studiilor științifice și tehnologice în sociologia așteptărilor, au atras atenția asupra rolului cheie al viitorului în modelarea prezentului. În special, este accentuat rolul dinamic pe care îl joacă așteptările societății în direcționarea acțiunilor investitorilor și producătorilor. Astfel de inovații farmaceutice stau la baza multor schimbări de paradigmă

care ar susține că inovația farmaceutică este cea mai bună modalitate de îmbunătățire a sănătății umane.

Scopul elucidării dimensiunilor farmaceuticalizării este de a conștientiza omniprezența, dar și impactul acestui fenomen în societate. În urma analizei acestor dimensiuni putem, de asemenea, constata faptul că deși produsele farmaceutice au drept scop ameliorarea, întreținerea, îmbunătățirea stării de sănătate,cu un impact pozitiv asupra individului, contingentul vulnerabil rămâne lipsit, uneori, chiar și de accesul la serviciile primare de sănătate. În acest context, se remarcă necesitatea implicării în asigurarea accesibilității și egalității de șanse, promovarea participării și incluziunii sociale și sporirea respectului pentru autonomia și demnitatea persoanelor contingentului vulnerabil. Aceste probleme apar în mare parte din cauză că deseori modelul medical și cel social funcționează în opoziție. Aici, se produce o eroare dat fiind faptul că vulnerabilitatea nu trebuie privită nici ca o problemă pur medicală, nici doar ca una socială. Este nevoie de a realiza un echilibru pentru a oferi o pondere corectă diverselor aspecte ale vulnerabilității.

Având în vedere dimensiunea socială a fenomenului farmaceuticalizării, acesta nu poate fi lipsit de studiul determinării normelor și reglementărilor în societate și, respectiv, cade sub influența unor direcții noi de cercetare în filosofia medicinii și bioeticii. În literatura de specialitate contemporană, unul dintre aceste domenii de cercetare este bioetica socială, folosită în mai multe sensuri. T.N. Țîrdea, prezintă ”bioetica socială”, o nouă direcție metodologică de abordare a problemelor eticii biologice, drept un fenomen științific specific, care studiază gradul de bioeticizare asocium-ului (ca activitate) și nivelul de adaptare a bioeticii la segmentele realității sociale (ca o alternativă de acomodare socioculturală a bioeticii la segmentele societății) în relația lor de interconexiune și interacțiune [9 p.167].

Studierea aprofundată a aspectelor morale și etice ale unor fenomene sociale induce studiul procesului de medicalizare și farmaceuticalizare, produse sub influența sistemului farmaceutic, așezându-l în arealul cercetărilor bioeticii sociale. În cercetarea fenomenelor susmenționate,sunt esențiale și indispensabile cercetarea și determinarea gradului de ”bioeticizare” a socium-ului și a nivelului de acomodare a bioeticii la realitățile sociale, prin implicarea unui contingent interdisciplinar de expertiză – bioetică, sociologică, juridică, psihologică, tehnologică și medico-farmaceutică. Acest lucru va permite studierea fenomenelor sus-menționate într-un mod real pentru medicina socială, adică în mod practic.

În această ordine de idei, este important de a menționa că în pofida

oportunităților oferite de medicalizare și farmaceuticalizare, desigur privite din perspectiva beneficiilor în scopul îmbunătățirii calității vieții, bioetica ne ajută în a identifica soluții la dilemele etice destinate, în cazul nostru, contingentului vulnerabil de populație. În acest context se face apel la principiile bioeticii. O deosebită importanță atribuim principiului justiției sociale care trebuie să asigure ***echitatea și solidaritatea***. Solidaritatea poate fi exprimată prin compasiune, altruism, implicare, responsabilizare socială și financiară. În relație cu echitatea, vor interacționa reciproc aspectele solidarității, prin dezvoltarea încrederii, suportului, răspunderii și asistenței, atât de necesare pentru contingentul vulnerabil, dat fiind că medicina se practică într-o lume cu multiple necesități și cu resurse limitate. În practică, nu toată lumea primește la fel deoarece nevoile diferiților indivizi variază. Principiul justiției/echității implică și alocarea resurselor, prin urmare au fost propuse diferite criterii pentru a ghida această distribuție: ponderea egală, efortul, contribuția, meritul, schimbul liber de piață, necesitatea etc. T. L. Beauchamp și J. F. Childress subliniază rolul deciziilor politice în ceea ce privește, de exemplu, suma alocată bugetului pentru sănătate sau modul de repartiție a resurselor în bugetele de sănătate, toate acestea ajungând până la decizii privind tratamentele pacienților individuali[10].

Principiul echității recunoaște că factorii sociali, de mediu și cei economici, inclusiv lipsurile, educația, condițiile de locuit, stilul de viață și nutriția afectează atât starea de sănătate a individului, cât și abilitatea acestuia de a accesa serviciile de sănătate. Creșterea echității va contribui la îmbunătățirea sănătății prin asigurarea că oamenii știu la ce servicii au dreptul și cum să le obțină și că barierele financiare sau de altă natură, în calea primirii acestor servicii, sunt mult reduse, dacă nu eliminate total. Echitatea va sta în centrul dezvoltării tuturor politicilor publice pentru a reduce diferențele în starea de sănătate, iar solidaritatea este cea care determină individul să conștientizeze suferința semenului, atunci când acesta se află în dificultate. Această empatie contribuie la depășirea hotarelor individualității, astfel că nu se produce un beneficiu personal, ci unul social, colectiv.

În ultimul deceniu, plătitorii și factorii de decizie politică și-au îndreptat atenția asupra impactului determinanților sociali ai sănătății. Furnizorii și liderii comunității au recunoscut de mult că, dacă nevoile de bază ale unui pacient nu sunt satisfăcute, este puțin probabil să rămână sănătos. Ar trebui pus mai mult accentul pe descoperirea inegalităților și disparităților între populații și înțelegerea mecanismelor și complexității care stau la baza acestora. Întreaga societate ar trebui să aibă responsabilitatea de a ține cont și de a lua în considerare drepturile celor vulnerabili

sau excluși, iar acțiunile de reducere a inegalităților necesită a fi incluse în toate acțiunile de promovare a sănătății.

Monitorizarea periodică și rapoartele globale ale ONU și ale partenerilor de dezvoltare contribuie la conștientizarea progresului sau a lipsei de progres și responsabilizează actorii de stat și ceilalți parteneri pentru angajamentele lor față de diferite convenții și alte declarații politice ce se referă inclusiv la contingentul vulnerabil de populație.

Principiul etic de a nu lăsa pe nimeni în urmă trebuie egalat cu eforturi guvernamentale triple pentru:

- consolidarea sistemelor de furnizare a sănătății și asigurarea distribuției echitabile a serviciilor;
- extinderea progresivă a protecției față de riscurile financiare;
- abordarea nevoilor de sănătate ale populației vulnerabile care se află în afara prosperității economice.

Toate acestea necesită guverne responsabile și implicarea pe scară largă a cetățenilor activi în susținerea politicilor destinate contingentului vulnerabil de populație. Incluziunea socială nu se referă adesea la a face mai mult, ci mai degrabă la a face lucrurile diferit pentru a asigura bunăstarea pentru toți cetățenii [11]. Pentru a obține un acces echitabil, este esențial să se asigure că serviciile de sănătate sunt disponibile din punct de vedere etic, contribuind la respectarea demnității și confidențialității populației vulnerabile.

Date fiind cauzele și factorii diverși generatori ai vulnerabilității, apare necesitatea unei analize cuprinzătoare și multidimensionale a sprijinului și a nevoilor de sănătate ale grupurilor vulnerabile. Aceste analize generează acumularea de cunoștințe interdisciplinare, care fiind partajate cu angajații din sistemul medical, cu planificatorii de programe, cu factorii de decizie politică și cu organizațiile publice, vor genera îmbunătățirea sănătății populațiilor defavorizate. În plus, un program de cercetare în acest sens va cuprinde spectrul de abilități și perspective necesare rezolvării complexelor probleme care afectează populațiile vulnerabile. Deoarece acest contingent este vulnerabil, inclusiv în ceea ce privește cunoștințele în materie de sănătate, o colaborare mai intensă între sisteme (de sănătate și educație) ar fi utilă în acest sens. De asemenea, realizarea unei cercetări interdisciplinare va putea genera consolidarea cunoștințele existente despre disparități în sănătate și va oferi îndrumări cu privire la intervențiile politice potențiale care să vizeze resursele limitate către cele mai multe grupuri vulnerabile, pentru a le spori.

Datorită faptului că în societățile moderne bolile au făcut să apară profesii și roluri noi, medicalizarea și farmaceuticalizarea sunt omniprezente în aceste circumstanțe. Se discută foarte mult despre aceste feno-

mene, despre prevenire, educație pentru sănătate etc., însă mai puțin cade sub incidența acestor măsuri și practici contingentul vulnerabil de populație. Necesitatea îngrijirii sănătății trebuie să devină preocuparea majoră pentru actorii cu impact asupra politicilor sociale și de sănătate și identificarea soluțiilor pentru neasigurații medical și necontribuabili, care în mare parte sunt persoane ce fac parte din diverse grupuri vulnerabile. De ce trebuie să constituie o prioritate ajutorarea persoanelor vulnerabile? Deoarece persoanele cu dizabilități au aceleași nevoi ca populația generală, atunci când este vorba de servicii generale și esențiale precum imunizarea, asistența medicală primară și specializată, screeningul bolilor transmisibile sau netransmisibile, asistența stomatologică, sănătatea reproductivă etc.

În concluzie, reiterăm că, la intersecția dintre om și mediu, vulnerabilitatea are nevoie stringentă de asigurare a contingentului care face parte din această categorie cu servicii medicale și farmaceutice de calitate sau, în condițiile în care persoanele vulnerabile continuă să rămână în afara sistemului și beneficiilor pe care le oferă astăzi medicina modernă, există un risc real ca aceste persoane să coste mai mult și să necesite eforturi mai mari în implementarea măsurilor de tratare când, de fapt, prevenirea reprezintă soluția optimă de intervenție, valabilă inclusiv în acest context.

Bibliografie

1. Coroban, C. Parteneriate sociale în lucru cu copiii în situație vulnerabilă. În: *Integrare prin cercetare și inovare. Științe sociale. Materialele Conferinței Științifice Internaționale,* 9-10 noiembrie 2017. Red. resp. G. Ciocanu. Chișinău: CEP USM, 2017, pp.392-395. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Integrare_prin_Cercetare_si_inovare_St_sociale_2017.pdf (accesat: 02.07.2021).
2. Brown, K. "Vulnerability": handlewith care. *Ethics and Social Welfare*. 2011, vol. 5, nr.3pp.313–321. DOI:10.1080/17496535.2011.597165
3. Thomasma, D.C. The vulnerability of thesick. *Bioethic Forum*. 2000, vol.16, nr.2, pp. 5–12. Disponibil la: https://practicalbioethics.org/files/members/documents/Thomasma_16_2.pdf(accesat: 20.06.2021).
4. Conrad, P. The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*. 2005, vol.46, nr.1, pp. 3-14. DOI: 10.1177/002214650504600102
5. Lantz, P.M. The medicalization of populationhealth: Who willstayupstream? *The MilbankQuarterly*. 2019, vol.97, nr.1, pp.36-39. DOI: 10.1111/1468-0009.12363 Disponibil la: https://www.milbank.org/quarterly/articles/the-medicalization-of-population-health-who-will-stay-upstream/ (accesat: 30.06.2021).
6. Foucault, Michel. *Biopolitică și medicină socia*lă. Cluj: Ed. Idea Design & Print, 2003. ISBN: 973-7913-15-9

7. Săplăcan, C. Instituții și organizații în îngrijirile de sănătate. În: *Instituții și sisteme în sănătate*(coord. LiviuOprea, DoruBotezat, CristinaGavrilovici). București: Ed. Pro Universitaria, 2015, pp. 38-50.ISBN: 978-606-26-0422-6
8. Williams, S.J., Martin, P., Gabe, J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Healthand Illness*. 2011, vol.33, nr.5, pp. 710-725. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2011.01320.xDisponbilprin website-ul PubMed:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21371048 (accesat: 30.06.2021).
9. Ţîrdea, T.N. Medicalizarea societății din perspectiva bioeticii sociale: tendințe și probleme. În: *Anale Științifice ale USMF «Nicolae Testemițanu»*. Vol. 2. Probleme actuale de sănătate publică și management. Zilele Universității 17-19 octombrie 2012, Ediția XIII-a, 17-19 octombrie 2012. Chișinău: CEP „Medicina", 2012.
10. Astărăstoaie, V. *Etica medicală în vremuri pandemice*. 2020. Disponibil la:https://www.culturavietii.ro/2020/11/02/etica-medicala-in-vremuri-pandemice/ (accesat: 02.07.2021).
11. Tangcharoensathien, V., Mills, A., Das, M.B., Patcharanarumol, W., Buntan, M., Johns, J. Addressingthehealth of vulnerablepopulations: social inclusion and universal healthcoverage.*Journal of Global Health*. 2018, vol.8, nr.2, 020304. DOI:10.7189/jogh.08.020304.Disponibil la:http://www.jogh.org/documents/issue201802/jogh-08-020304.pdf(accesat: 02.07.2021).

UTILITATEA BIOETICII ÎN ACORDAREA ÎNGRIJIRII PSIHIATRICE

Svetlana Condratiuc
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", Chișinău, R. Moldova
svetlana.condratiuc@usmf.md

Etica medicală reprezintă o varietate a eticii profesionale. Specificitatea evaluărilor morale și reglementarea morală în medicină sunt determinate de faptul că, în acest domeniu, sunt implicate valori sociale precum viața și sănătatea omului, drepturile și libertățile sale la integritate personală etc. Prin urmare, gândirea profesională a unui medic ar trebui să fie întotdeauna o gândire etică. În același timp, etica profesională este concepută pentru a asigura prevenirea daunelor care pot fi cauzate unei persoane, societății în ansamblu sau autorității profesiei lucrătorului medical, ca urmare a acțiunilor incompetente, neglijente sau rău intenționate ale oricărui specialist în medicină.

Psihiatria constituie o parte integrantă a medicinei și, prin urmare,

principiile generale și normele de etică medicală profesională se aplică și în domeniul de activitate al psihiatrilor și psihiatrilor-narcologi. Cu toate acestea, unele caracteristici importante ale psihiatriei și narcologiei creează o anumită specificitate a activităților practice psihiatrului și psihiatrului narcolog. De cele mai multe ori, problemele etice care apar în acest domeniu nu pot fi soluționate aplicând analogii cu alte domenii ale medicinei și, deci, necesită o abordare specială.

Etimologia cuvântului „psihiatrie" se găsește în cuvintele grecești „psyche" (ψυχή) – suflet, și „iatros" (ἰατρός) – doctor, reflectând scopul principal al activității profesionale a psihiatrului – tratamentul tulburărilor psihice, ajutor competent și abil pentru bolnavii mintali precum și pentru orice persoană care are nevoie de un astfel de ajutor. Dintre toate disciplinele medicale, psihiatria se preocupă mai accentuat de persoană în ansamblu, ținând seama de componentele sale biologice, mintale, spirituale și sociale. Psihiatrul și remarcabilul savant S.S. Korsakov, unul dintre fondatorii direcției nosologice în psihiatrie, menționa: „Dintre toate științele medicale, psihiatria ne apropie cel mai mult de întrebările filosofice". Psihiatria, ca obiect al reglementării legale și etice, îndeplinește o dublă funcție, protejând atât interesele pacientului, cât și interesele societății. Drept consecință, problemele etice în practica furnizării îngrijirilor de sănătate mintală sunt foarte frecvente și soluționarea lor este adesea însoțită de anumite dificultăți. Pentru medicina modernă, etica lui Hippocrates, în special prin celebrul său „Jurământ", are o importanță enormă. Această etică este, în primul rând, una a umanității bazându-se pe ideea respectului absolut față de pacient, pe cerința obligatorie ca orice tratament să fie benefic pentru ca acesta să nu provoace daune: „Eu ... mă voi abține de a provoca orice rău pacientului...", se menționează în *Jurământ*-ul său [1]. Medicina modernă dispune de un arsenal grandios de posibilități teoretice și practice, a cărui utilizare irațională sau neglijentă poate provoca grave daune sănătății și bunăstării pacientului în general. Această circumstanță a determinat-o pe cliniciana rusă E.M. Tareev să afirme: „Vechea regulă *primum non nocere* este învinsă de cerința principiului modern al riscului bine calculat" [2]. În general, în medicină, cerința eticii hipocratice rămâne, desigur, una obligatorie: beneficiul așteptat al unei intervenții medicale trebuie să depășească riscul asociat acestei intervenții. Importanța acestui principiu se accentuează pe măsură ce crește „agresivitatea" intervențiilor medicale în sfera sănătății umane. Etica lui Hipocrate prezintă un sistem de exigențe morale și interdicții care reglementează practica medicinei, fapt ce determină atitudinea medicului față de pacient, atitudinea medicului față de alți medici, precum și față de profesia sa în general, cât și față de societate.

În trecut, ceea ce astăzi definește o boală mintală se explica în baza

ideilor religioase și mistice. De regulă, boala psihică a fost asociată cu intervenția forțelor tenebroase, cu posedarea de către spiritele rele. Deoarece la acel moment activitatea mintală era deja asociată cu capul, pentru a „elibera" spiritele se efectua craniotomia. Unele dintre tulburările psihice, cum ar fi epilepsia, au fost asociate cu „dispoziția divină", „semnul de a fi ales".

Islamul a jucat un rol pozitiv în formarea unei atitudini umane față de bolnavii mintali. Potrivit islamului, „anormalii" s-au născut prin voința lui Allah, iar voința sa trebuie să fie respectată. Medicii arabi au împrumutat punctele de vedere avansate ale vechilor greci și romani cu privire la cauzele tulburărilor mintale și le-au urmat cu strictețe în practică. Arabii au fost cei care au construit primele adăposturi pentru bolnavi psihici în Orientul Mijlociu, la Bagdad, în secolul al VIII-lea și în Bizanț.

Pe parcursul Evului Mediu din Europa de Vest, atitudinea față de bolnavii mintali era una ambiguă. Atitudinea față de bolile mintale se baza pe superstiții și pe credințele religioase. În același timp, nu a existat o abordare științifică a bolnavilor mintali, iar medicina nu a atribuit boala mintală domeniului său de competență. În timpul faimoaselor „procese ale vrăjitoarelor" persoanele cu tulburări psihice, ce erau frecvent percepute ca fiind posedate de demoni, erau, de asemenea, supuse persecuțiilor și violenței, până la arderea pe rug. În același timp, în Europa de Vest medievală au apărut spitale de psihiatrie nu cu scopul de a vindeca bolnavii, ci de a-i izola de societate. Condițiile de detenție au fost similare cu cele din închisori: lanțurile și cătușele au fost utilizate pe scară largă, iar cea mai simplă igienă nu a fost respectată, în cele mai frecvente cazuri. Concomitent, pentru reprezentanții straturilor privilegiate ale societății, existau pensiuni la mănăstiri și spitale bisericești cu condiții de întreținere relativ mai bune.

Atitudinea față de „nebuni" ca oameni bolnavi a început să se stabilească aproape simultan în Franța și în Anglia către sfârșitul secolului al XVIII-lea. Principalul merit al faptului că „nebunii au fost ridicați la demnitatea bolnavilor" aparține medicului francez Philippe Pinel care, în 1793, în sensul direct al cuvântului, a eliberat din lanțuri bolnavii psihici din Spitalul Bicêtre, Paris. Reforma sa în psihiatrie a devenit imediat apoteoza paternalismului medical. Pinel compară în mod direct pacienții cu copiii, iar tipul spitalului de boli mintale creat de el, îl compară cu familia [3].

Paternalismul lui Pinel nu este doar o poziție etică, ci și esența metodei sale terapeutice – așa-numitul „tratament moral", în aplicarea căruia medicul joacă un rol exclusiv prin perfecțiunea sa morală și fizică. Ph. Pinel „învață libertatea" și chiar „îi obligă la libertate" pe pacienții săi.

Ideea „constrângerii spre libertate" este combinată cu permisiunea, în privința unor pacienți (care sunt „posedați de furie oarbă"), a măsurilor rezonabile de reținere cu ajutorul unei „camisole" (cămașă de forță) și izolarea temporară. Principiul paternalist a jucat un rol extrem de important în istoria psihiatriei. Stabilirea relației paternaliste dintre medic și bolnavii mintali este asociată, în primul rând, cu autodeterminarea psihiatriei în sine ca disciplină medicală independentă, iar, în al doilea rând, cu formarea atitudinii societății față de „nebuni" ca față de oameni bolnavi.

Cincizeci de ani mai târziu, medicul englez John Conolly aprofundează aspectele etice ale metodei medicale a lui Pinel și propune excluderea oricărei măsuri de reținere în legătură cu bolnavii mintali. Controversa legată de sistemul Conolly „Fără restricții" a devenit una paneuropeană [4]. Această controversă istorică s-a dovedit a fi foarte simbolică, cu consecințe profunde, dar bazele doctrinei paternalismului medical nu au fost atinse. În plus, modelul paternalist de îngrijire psihiatrică a prevalat în întreaga lume, până la mijlocul secolului al XX-lea. Vestitorul crizei paternalismului medical în psihiatria din țările occidentale a fost criza spitalelor de psihiatrie, care a început în anii ˈ50. În 1955, un comitet de experți al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) a susținut necesitatea extinderii tratamentului bolnavilor mintali fără izolare de societate. În anii ˈ60 și ˈ70, o nouă politică a fost urmărită în mod activ în psihiatria din SUA – politica de dezinstituționalizare a bolnavilor mintali, adică refuzul închiderii lor obligatorii în spitalele de psihiatrie. Principalul motiv al inovațiilor a fost utilizarea pe scară largă a medicamentelor psihotrope, în urma căreia în spitale psihiatrice au început să se acumuleze pacienți care, datorită tradițiilor formate, nu au fost externați, dar care, de fapt, nu mai aveau nevoie de tratament spitalicesc. Vechile spitale de psihiatrie au fost criticate pentru dimensiunea lor enormă, pentru îndepărtarea față de locurile de reședință permanentă a majorității pacienților, dar mai ales pentru concentrarea generală al activităților axate mai mult pe îngrijire, decât pe tratamentul și reabilitarea pacienților. Celebrul film „One Flew Over the Cuckoo's Nest" (Zbor deasupra unui cuib de cuci), în regia lui Miloš Forman, a devenit un episod izbitor într-o mișcare destul de amplă pentru protecția drepturilor bolnavilor mintali.

Cu toate acestea mișcarea anti spitalicească a avut diferite efecte. În Statele Unite mișcarea larg răspândită, la nivel național, pentru psihiatria „fără pat" a dus la închiderea masivă a spitalelor psihiatrice de stat. Acest fapt a dus la consecințe sociale negative foarte grave. În detrimentul pacienților bolnavi mintal, numărul persoanelor fără adăpost și al vagabonzilor a crescut dramatic. Ca urmare a spitalizărilor de scurtă durată, creș-

terea ratelor de readmisie („parada aceloraşi persoane") de asemenea a crescut. Principala consecinţă negativă a politicii de dezinstituţionalizare a fost faptul că noul sistem de îngrijire psihiatrică nu a putut oferi îngrijiri medicale calificate celui mai dificil contingent de pacienţi. În ultimii ani, în Statele Unite s-au dezvoltat diverse forme de îngrijire psihiatrică: spitalizare parţială, servicii psihiatrice în spitale generale etc. În contextul acestei evoluţii, o anumită revenire la ideea de psihiatrie spitalicească pare una potrivită. Astfel, într-un anumit sens, doctrina de etică paternalistă în psihiatrie a supravieţuit.

Un fapt istoric suficient de important în favoarea ideii, că serviciul psihiatric a fost întotdeauna asociat cu probleme etice, a devenit mişcarea anti-psihiatrică care s-a desfăşurat în anii '60 în Europa şi, apoi, în America. Protestând împotriva modelului paternalist, adepţii mişcării au susţinut că (1) „bolile mintale" nu există, ci au loc „situaţii de criză microsocială", că (2) „schizofrenia" este o „etichetă socială", că (3) nu există bolnavi psihici, ci sunt doar „indivizi anormali" pe care societatea îi izolează cu ajutorul psihiatrilor, că (4) psihiatria nu este o ştiinţă, că (5) psihiatrii nu sunt medici, ci „poliţişti în haine albe" [5]. În programul practic al anti-psihiatrilor, accentul se pune pe eliminarea oricăror „caracteristici ierarhic represive ale vieţii spitaliceşti" ale cadrelor didactice cu „roluri noi" şi ale pacienţilor – o nouă înţelegere a „propriei lor crize". Experimente anti-psihiatrice reale (Marea Britanie, Republica Federală a Germaniei – aşa cum exista ea atunci – şi alte ţări) au distrus, în primul rând în plan instituţional, ordinea funcţionării spitalelor de psihiatrie, au anulat utilizarea sedativelor psihotrope etc.

Unii anti-psihiatri nu au considerat necesar să împiedice o persoană chiar şi în dorinţa sa de a se sinucide. Ideologii anti-psihiatriei au numit mişcarea iniţiată de ei „a treia revoluţie în psihiatrie", considerând mişcarea împotriva „proceselor vrăjitoarelor" din secolele XVI-XVII ca fiind prima, iar cea de-a doua – „reforma Pinel".

Mişcările anti-spitaliceşti şi cele anti-psihiatrice au marcat începutul schimbărilor radicale din psihiatrie în anii '70 şi '80, când contextul social al acordării îngrijirii psihiatrice a început să fie determinat, în principal, de ideea protejării drepturilor civile ale bolnavilor mintali [6]. Toate acestea mărturisesc tensiunea excepţională a problemelor morale şi etice în domeniul psihiatriei.

Trebuie subliniat că, prin conţinutul lor, principiile şi multe norme ale eticii moderne în psihiatrie au recunoaştere internaţională. Documente precum *Codul de principii şi garanţii pentru protecţia persoanelor cu boli mintale şi îmbunătăţirea îngrijirii sănătăţii mintale,* elaborat în 1990 de către una dintre comisiile ONU pentru drepturile omului, pre-

cum și *Declarația hawaiană,* adoptată în 1977 și revizuită în 1983 de către *Asociația Mondială de Psihiatrie* (WPA), ca și altele definesc standardele etice minime în activitatea fiecărui psihiatru. Primul dintre principiile etice și legale, de bază pentru protecția persoanelor bolnave mintal, formulat în documentul ONU menționat mai sus, afirmă: „Toate persoanele care suferă de boli mintale ar trebui tratate omenește și cu respectarea demnității persoanei umane". Bolnavii mintali reprezintă un grup social deosebit de vulnerabil.

O importanță deosebită are analiza unor particularități ale psihiatriei ca subiect de reglementare etică și legală. Astfel, psihiatria constituie domeniul ce se preocupă și de relațiile sociale întreținute de unele persoane cu mediul de trai. Însă, patologia psihică descrie și consideră aceste relații sociale drept unele deformate, iar numărul factorilor patogeni include situații sociale complexe care sunt percepute și realizate de către persoana în cauză. Pe parcursul dezvoltării istorice, psihiatria și-a extins treptat sfera de competență – de la cele mai izbitoare, pronunțate forme de boli mintale, la tulburări de tip „borderline" și mai departe la oameni practic sănătoși în ceea ce privește riscul tulburărilor mintale. Această tendință s-a transformat uneori într-un „overdiagnostic" (diagnostic excesiv) al bolilor mintale și chiar într-un pericol de stabilire a unor diagnostice false (sub presiunea circumstanțelor sociale, din cauza prejudecăților subiective etc.). Astfel, etica profesională necesită cea mai mare sinceritate, obiectivitate și responsabilitate din partea psihiatrului, atunci când trage concluzii despre starea de sănătate mintală a persoanelor examinate.

În realitatea actuală, diagnosticul unei tulburări psihice poartă o povară socio-etică atât de negativă, încât nici o altă specialitate medicală clinică nu o are. Stigmatizarea bolnavilor mintali este descrisă ca proces de separare a unui individ de societate pe baza prezenței unui diagnostic psihiatric, cu percepție ulterioară de către ceilalți, prin prisma ideilor stereotipice despre bolnavii mintali, cu răspunsuri emoționale și comportamentale bazate pe atitudini față de categoria „bolnav mintal" [7 p.129]. Aceasta este o problemă foarte importantă care afectează multe aspecte ale calității vieții pacienților. În practica psihiatrică din lumea largă, autorii abordează problema depășirii stigmatizării în psihiatrie, care se exprimă în prejudecățile și, uneori, în atitudinea ostilă a societății față de bolnavii mintali [8, 9]. Astfel, în studiile privind gradul de atitudine negativă a populației față de bolnavii mintali, s-a remarcat faptul că familiile cu bolnavi psihici nu au apelat mult timp la ajutor medical din cauza fricii de stigmatizare [10]. Drept urmare, pacienții ajung târziu la psihiatru, iar îngrijirea psihiatrică neacordată la timp de persoane calificate duce la

diminuarea eficacității acesteia, prognosticul evoluției bolii înrăutățindu-se, iar riscul de dizabilitate crește [11].

În conștiința publică se obișnuiește să se distingă patru componente semantice independente ale stigmatizării: 1) componenta „control și respingere", ce reflectă restrângerea drepturilor bolnavilor mintali și distanțarea persoanelor sănătoase de aceștia; 2) componenta „atitudine negativă față de psihiatrie", ce combină afirmații despre competența psihiatrilor și eficacitatea terapiei psihotrope, cât și despre frica psihiatrilor că ar putea dăuna chiar și oamenilor sănătoși (de fapt, profesia de psihiatru este uneori învăluită în mituri conform cărora psihiatrul, în timp ce lucrează cu pacienți psihici, devine el însuși similar cu aceștia, ceea ce reprezintă o stigmatizare a reprezentanților serviciului psihiatric, fapt ce diminuează prestigiul specialității psihiatrului și reduce numărului de persoane care doresc să obțină această profesie); 3) componenta „respingere agresivă", care reflectă perceperea persoanelor cu boli mintale drept „oameni răi", fiind povara societății, până la dorința de a le anihila; 4) componenta „concepte non-biologice de boală mintală", care pune sub semnul întrebării natura obiectivă a psihopatologiei, modelul medical al bolilor mintale. Se crede că boala mintală este un rezultat al lipsei de voință, al caracterului slab sau al unui semn de talent, al trezirii abilităților speciale sau al pedepsei pentru păcate. Unele teorii ale etiologiei tulburărilor mintale iau în considerare rolul alegerii pacientului, în special avantajul psihologic al bolii, asociat cu capacitatea de a ignora normele societății [12].

Imaginile pacienților cu afecțiuni psihice formate de mass-media sunt întruchipate în percepțiile negative ale populației. Potrivit studiilor efectuate de sociologii ruși, o persoană bolnavă mintal este percepută de oameni ca „imprevizibilă", „ciudată", „înspăimântătoare", „agresivă", „de neînțeles", „nesigură", „incontrolabilă" și, în același timp, ca „neajutorată", „neadaptată", „dependentă", „închisă", „nenorocită", „cu voință slabă" [13]. Acest lucru duce la răspândirea concepției greșite că vizita la psihiatru implică evidența în serviciul medical specializat, care limitează posibilitățile de angajare sau conducere, posibilitatea de a fi acceptat în societate. Această opinie preconcepută afectează frecvent serviciul psihologic. Elevii, adolescenții, adulții devin timorați la nevoia de a contacta un specialist, sau ascund faptul că urmează un tratament. O astfel de viziune creează imaginea unei persoane neajutorate, care nu este capabilă să rezolve problemele vieții. Trebuie remarcat faptul că asistența psihologică, socială și medicală acordată la timp oferă oportunități de a lua decizii independente și de a face alegeri proprii, pentru acele persoane care întâmpină dificultăți de adaptare la circumstanțele externe schimbătoare și la incertitudinea viitorului [14].

Uneori, amânarea vizitei la psihoterapeut sau psihiatru constituie acea cauză care agravează boala, în timp ce ar fi fost posibilă prevenirea pierderii segmentului de populație apt de muncă [14]. Există, de asemenea, o părere că bolnavul mintal este periculos pentru alții. Într-adevăr, în stările psihotice, o astfel de persoană prezintă un potențial pericol pentru sine sau pentru alții. Dar trebuie remarcat faptul că majoritatea infracțiunilor în societate sunt comise de cetățeni sănătoși.

Concomitent cu stigmatizarea pacientului, are loc procesul de auto-stigmatizare și stigmatizare a familiei în ansamblu, asociat cu faptul că boala mintală a unui membru de familie îl face inadaptabil, în timp ce munca psiho-corecțională și socială cu el/ei practic nu se realizează. Legat de fenomenul de stigmatizare, Erving Goffman [15] analizează în detaliu ce se înțelege printr-o astfel de personalitate schilodită de stigmatizare, consecințele tulburărilor de personalitate, schilodite nu de boală, ci de prejudecăți, acuzații și defăimare (valabil atât pentru pacienți, cât și pentru rudele acestora). Astfel, sarcina eticii psihiatrice este de a depăși stigmatul și de a asigura creșterea toleranței societății față de bolnavii mintali.

Trebuie subliniat faptul că una dintre cele mai importante dileme etice este cea a abordărilor paternaliste și nepaternaliste din medicina modernă. În primul model, paternalist, al relației medic-pacient, medicul își asumă întreaga responsabilitate pentru luarea deciziilor. O perioadă îndelungată de timp, în întreaga lume a predominat modelul paternalist al relației medic-pacient, care a subliniat rolul dominant al medicului și a limitat semnificativ rolul pacientului. O problemă etică tensionată în psihiatrie este posibilitatea de a aplica măsuri, care nu sunt voluntare, anumitor categorii de pacienți bolnavi mintal – constrângere, în special, când se vorbește despre tratament forțat. Până la mijlocul secolului al XX-lea, constrângerea în acordarea îngrijirii psihiatrice era o normă socială. În psihiatria modernă, precum și în medicina modernă, în general, doctrina „consimțământului informat" este cea care conduce relația medic-pacient [16]. Principiul autonomiei în etica biomedicală se realizează din partea individului prin consimțământul informat al intervenției medicale, care poate duce la refuzul tratamentului, ca și la primirea informațiilor complete despre starea de sănătate, boală și tratament, la asistență în implementarea unei decizii autonome (alegere), la acțiune în cunoștință de cauză etc. Dar, în anumite cazuri, asistența medicală se asigură fără acordul pacienților. Acest fapt este permis în cazul persoanelor care suferă de tulburări psihice severe. Psihiatrul are dreptul, în anumite condiții, fără consimțământul pacientului sau împotriva voinței sale, să efectueze examenul, să stabilească observația dinamică, să plaseze pacientul cu forța într-un spital de psihiatrie și să îl țină izolat, să utilizeze

medicamente psihotrope și să dispună măsuri de reținere fizică. Dacă examinarea sau tratamentul sunt asociate cu efecte secundare, durere, posibile complicații, utilizarea măsurilor coercitive, alte fenomene negative pentru pacient, psihiatrul trebuie să compare cu atenție riscul de vătămare, cu rezultatul pozitiv așteptat. Intervenția psihiatrică poate fi justificată moral numai atunci când beneficiul, cu adevărat realizabil pentru pacient în urma acestei intervenții, depășește posibilele consecințe negative: „Medicamentul nu trebuie să fie mai amar decât boala!".

În același timp, persoanele care suferă de tulburări psihice au toate drepturile și libertățile cetățenilor, inclusiv refuzul de a utiliza dispozitive și metode medicale la orice etapă a tratamentului, ceea ce se consideră a fi o sursă a dilemei bioetice [16]. Pe de o parte, dreptul pacientului de a refuza tratamentul este o valoare etică și umanistă, general recunoscută, și o normă legală. Dar, pe de altă parte, refuzul la tratament al unui bolnav mintal poate complica munca unui psihiatru și poate actualiza problema pericolului pentru pacient și/sau pentru alte persoane. Astfel, următoarea sarcină a eticii psihiatrice este de a reglementa sancțiunile sociale împotriva bolnavilor mintali, iar sarcina etică a psihiatrului este de a limita domeniul coerciției în acordarea îngrijiri psihiatrice la limitele determinate de necesitatea medicală [17]. Restricționarea nejustificată a drepturilor pacienților, atitudinea disprețuitoare față de aceștia, umilirea demnității umane au formulat necesitatea de a înțelege această problemă și de a forma ideologia protejării drepturilor persoanelor bolnave mintal.

Prin dezvoltarea tendințelor democratice în societate, sistemul dominat de medici (multă vreme și pe bună dreptate până acum) a început să se retragă, introducând un nou model de parteneriat al părților. Ideea principală a modelului non-paternalist este respectarea drepturilor pacientului. Acordarea îngrijirii sănătății mintale trebuie să i-a în considerație un contingent larg de pacienți în ceea ce privește capacitatea lor de a-și exprima voința. Unii dintre pacienți, datorită prezenței anumitor tulburări mintale severe nu își pot exprima și apăra în mod independent interesele (de exemplu, în cazul formării unui defect în sfera emoțional-volitivă, al tulburărilor congenitale sau intelectual-amnestice dobândite). În consecință, modelul paternalist este cel mai acceptabil și adecvat pentru această categorie de pacienți. Aceasta nu înseamnă o ignorare completă a opiniei pacientului și obligarea acestuia să facă ceva, deși în momentele decisive medicul are dreptul să folosească întreaga putere care i-a fost dată, dar care, desigur, nu ar trebui să rămână fără control etic. În aceste cazuri, conștiinciozitatea și responsabilitatea psihiatrului determină limitele constrângerii morale a pacientului.

O altă categorie de pacienți, de exemplu cei cu tulburări mintale de tip „borderline" (nevroze, tulburări de personalitate, reacții de adaptare etc.), sunt destul de independenți în voința și autodeterminarea lor. În astfel de cazuri, relația dintre medic și pacient ar trebui să fie construită pe baza parteneriatului, medicul acționând ca un profesionist competent, dar responsabilitatea pentru alegere și decizie revenind pacientului.

O caracteristică a psihiatriei contemporane constă în faptul că, în raport cu același pacient, aceste modele de relații cu medicul se pot înlocui reciproc la diferite stadii ale evoluției bolii (de exemplu, în timpul unei exacerbări a simptomelor și în remisiune). Astfel, sarcina etică a psihiatriei este de a stabili relația optimă între medic și pacient, în fiecare situație specifică.

Atunci, când se ia în considerare principiul etic de „a nu face rău", în psihiatrie problema abuzului medicilor și al personalului medical are o gravitate deosebită. Principalul act normativ al eticii medicale cu privire la abuzul de psihiatrie este deja menționat în „Declarația hawaiană" a Asociației Mondiale de Psihiatrie (WPA). Conform observațiilor cercetătorilor, există trei concepte diferite: „abuzuri al psihiatrului", „abuzuri în domeniul psihiatriei", „abuz de psihiatrie" [18]. Primul concept caracterizează evaluarea juridică și (sau) etică a acțiunilor unui psihiatru ca medic în general, ca persoană specifică sau ca subiect de conștiință și voință. Al doilea concept implică utilizarea pozițiilor, puterilor și abilităților unui psihiatru și a personalului instituțiilor psihiatrice în detrimentul pacientului sau al rudelor sale. Al treilea concept, „abuzul de psihiatrie", ca disciplină clinică și sistemul existent de îngrijire medicală pentru bolnavii mintali, poate avea o varietate de aspecte. Acestea includ: diagnosticul incorect, eronat al tulburărilor mintale, administrarea unui tratament neindicat sau a unui tratament excesiv [19].

Posibilitatea abuzului se dovedește a fi destul de mare în cazurile în care psihiatrul intră în relații familiale sau financiare cu pacientul sau cu familia acestuia. Prin urmare, psihiatrul nu are dreptul, atunci când acordă îngrijire psihiatrică unui pacient, să încheie tranzacții de proprietate cu acesta, să își folosească munca în scopuri personale, să intre într-o relație intimă, profitând de poziția sa de medic sau de incapacitatea mintală a pacientului. Orice relație care se abate de la scopul principal al tratamentului pacientului nu este una etică. Acestea includ relații sexuale, de afaceri, ideologice, microsociale, financiare.

Cel mai important factor care determină prevenirea abuzului psihiatric este independența profesională a psihiatrului. Problema independenței profesionale a unui medic are aspecte atât morale, cât și etice și sociale (inclusiv juridice). Faimoasa „Declarație de la Lisabona privind

drepturile pacientului" (1981) afirmă în mod deosebit: „Pacientul are dreptul să primească ajutorul unui medic care este independent de influențele externe în deciziile sale medicale și etice profesionale". În 1986, WPA a adoptat „Declarația de independență și libertate profesională a unui medic", care afirmă în mod explicit: „Libertatea profesională a unui medic presupune lipsa de interferențe externe în procesul de tratament. Independența deciziilor medicale și etice profesionale ale unui medic ar trebui să fie păzită și protejată mereu și pretutindeni". În „Declarația hawaiană" a WPA se menționează: „Dacă un pacient sau o anumită terță parte solicită psihiatrului să acționeze contrar cunoștințelor științifice sau principiilor etice, psihiatrul trebuie să refuze să coopereze".

Aplicarea normei de confidențialitate în psihiatrie are, de asemenea, unele particularități. În contextul stigmatizării persistente a bolnavilor mintali în societatea modernă, cerința pentru respectarea strictă a confidențialității de către medici și personalul medical în acordarea îngrijirii psihiatrice este deosebit de categorică. Obiectul secretului medical include informații despre solicitarea ajutorului psihiatric, prezența unei tulburări mintale, existența tratamentului psihiatric, precum și alte informații despre starea sănătății mintale. Psihiatrul nu va avea dreptul, fără permisiunea pacientului sau a reprezentantului său legal, să dezvăluie informații care constituie un secret medical, dacă aceste informații au fost obținute de la un alt medic în acțiuni de colaborare în interesul pacientului, din documente medicale sau din alte surse. Moartea unui pacient nu îl eliberează pe psihiatru de obligația de confidențialitate. Psihiatrul are dreptul să dezvăluie unor terțe persoane informații care constituie un secret medical, indiferent de consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal, numai în cazurile prevăzute de lege și în cazurile în care psihiatrul nu are altă modalitate de a preveni vătămarea gravă a pacientului însuși sau a altora. În acest caz, psihiatrul ar trebui, dacă este posibil, să informeze pacientul despre inevitabilitatea divulgării informațiilor.

Subiecții secretului medical, adică persoanele care sunt supuse obligației de a nu divulga informații confidențiale în timpul acordării asistenței medicale, sunt medicii psihiatri, specialiștii din alte domenii medicale care consultă persoane cu afecțiuni sau suspecte de afecțiuni mintale, psihologii, asistenții medicali, medicii rezidenți, în general toți angajații instituțiilor psihiatrice (de exemplu, șoferii de ambulanță), precum și mediciniștii, cărora secretele medicale le pot deveni cunoscute în procesul curativ sau educațional. Protejarea secretului medical prin lege este o exigență obiectivă care nu depinde de faptul dacă pacientul însuși are sau nu grijă de protecția informațiilor despre sănătatea sa.

Atunci când se realizează cercetări științifice sau se testează noi metode și mijloace medicale cu participarea pacienților, limitele acceptabilității și condițiile pentru punerea lor în aplicare trebuie să fie predeterminate prin analiza atentă a riscului de a provoca vreun rău pacientului și a probabilității de a obține un efect pozitiv. Psihiatrul, ca cercetător, trebuie să fie ghidat de prioritatea bunăstării pacientului peste binele public și interesele științifice. Testele și experimentele pot fi efectuate numai cu condiția de obținere a consimțământului pacientului sau al reprezentantului său legal, după furnizarea informațiilor necesare, precum și în conformitate cu alte reguli stabilite de lege. Psihiatrul cercetător este obligat să respecte dreptul pacientului de a refuza să participe la programul de cercetare la orice etapă și din orice motiv. Acest refuz nu trebuie să afecteze negativ atitudinea față de pacient și acordarea îngrijirii psihiatrice a acestuia.

Exigențe etice similare, cu garanții de confidențialitate medicală și respect pentru demnitatea pacienților, trebuie să fie solicitate și atunci când unele date sunt prezentate la forurile științifice și în procesul educațional.

La efectuarea unui examen psihiatric criminalist al deținuților împotriva cărora sunt aduse acuzații, care presupun posibilitatea pedepsei cu închisoarea sau pedepsei cu moartea (în unele state), psihiatrii criminaliști se confruntă cu o dilemă etică dificilă, deoarece de concluzia lor depinde, în mare măsură, dacă viața persoanei în cauză va fi salvată sau dacă persoana va fi pedepsită. Societatea, având încredere în serviciile de sănătate mintală privitor la utilizarea acțiunilor medicale forțate, le conferă o putere considerabilă. Utilizarea necorespunzătoare a măsurilor de reținere și constrângere, precum și neglijența față de pacient, utilizarea metodelor agresive de tratament, prejudiciul moral în sine și lipsa unei munci psiho-preventive adecvate cu pacientul și rudele acestuia, interferența nejustificată sau pasivitatea profesională, pot fi calificate ca abuz de putere al medicilor și personalului medical. Modelul paternalist al relației dintre medic și pacient, utilizat destul de frecvent, duce adesea la abuzul de putere ca modalitate de autoafirmare și compensare pentru lipsa stimei de sine a personalității psihiatrului [20]. Drept urmare, abuzul de putere în activitățile psihiatrice are loc acolo unde paternalismul permis în mod justificat și, uneori, necesar pentru pacienți individuali, se lipsește de baza morală.

În plus, rămân deschise dilemele morale și etice în ceea ce privește întreruperea sarcinii la femeile bolnave mintal, problemele acțiunilor obligatorii pentru acordarea îngrijirii psihiatrice, precum și restricțiile sociale privind, în primul rând, admiterea persoanelor cu tulburări

mintale la activități profesionale sau de altă natură. Toate acestea necesită elaborarea unor măsuri de prevenire a principalelor surse de daune potențiale asociate practicii psihiatrice.

Rezumând cele redate mai sus, trebuie remarcat faptul că sarcina bioeticii în psihiatrie este de a depăși stigmatizarea și de a îmbunătăți toleranța societății față de bolnavii mintali ca unul dintre cele mai vulnerabile segmente ale populației, precum și luarea în considerație a problemelor etice ale asistenței acordate pacienților cu probleme psihice. Având în vedere că întreținerea bolnavilor mintali se realizează utilizând o abordare multi-profesională, principiile etice sunt, de asemenea, importante pentru specialiștii non-medicali. Bazându-se pe tradițiile umaniste ale psihiatriei, este necesar să se cultive un sistem de valori bioetice bazat pe principiile fundamentale de protejare a drepturilor și libertăților pacienților cu tulburări psihice, cu implicarea reprezentanților legii, mass-media, specialiștilor de diferite profiluri și cercurilor largi ale populației.

Bibliografie

1. Большая медицинская энциклопедия. В 30-и т. Изд. 3-е. Том 6. Москва: Сов. энциклопедия, 1977, с. 38.
2. Тареев, Е.М. Проблема ятрогенных болезней. Доклад на IV Всероссийском съезде терапевтов. În: Терапевтический архив. 1978, № 1, с. 8.
3. Пинель Филипп (1745-1826). Disponibil la: https://www.historymed.ru/encyclopedia/doctors/index. php?ELEMENT_ID=4893 (accesat: 19 mai 2021).
4. Каннабих, Ю.В. Деятельность Конолли в Генуеле. Обсуждение принципа No-restraint в Англии. Анкета 1842 г. и Комиссия 1834 г. Начало нового периода в истории психиатрии. In: История психиатрии. Ленинград: Государственное медицинское издательство, 1928. Disponibil la: http://psylib.ukrweb.net/books/kanny01/txt17.htm#3 (accesat: 19 mai 2021).
5. Living With Schizophrenia. The Anti-Psychiatry Movement. *Community Interest Company Website*, 2016. Disponibil la: https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/the-anti-psychiatry-movement/ (accesat: 23 mai 2021).
6. Secker, J., Benson, A., Balfe, E., Lipsedge, M., Robinson, S., Walker, J. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an in patient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2004, vol. 11, nr.2, pp. 172-178. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2003.00703.x
7. Schmetzer, A.D., Lafuze, J.E. Overcoming Stigma: Involving Families in Medical Student and Psychiatric Residency Education. *Academic Psychiatry.* 2008, vol. 32, nr.2, p. 127-131. DOI: 10.1176/appi.ap.32.2.127
8. Hinshaw, S.P. The stigmatization of mental illness in children and parents: developmentalissues, familyconcerns, and researchneeds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2005, vol. 46, nr.7, pp. 714-734. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x
9. Ениколопов, С.Н., Мешкова, Н.В. Направления исследования предубежденности в западной психологии межгрупповых отношений. Вопросы психологии. 2007, №1, pp. 148-158.

10. Михайлова, И.И., Ястребов, В.С., Ениколопов, С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. Журнал неврологии *и* психиатрииим. *С.С.* Корсакова. 2002. №7, с. 58-65.
11. Scheffer, R. Addressing stigma: increasing public understanding of mental illness. Presented to: The Standing Senate Committee On Social Affairs, Science And Technology. May 28, 2003. Disponibil la: https://www.yumpu.com/en/document/read/37849918/addressing-stigma-increasing-public-understanding-of-mental-illness (accesat: 29 mai 2021).
12. Елагина, Г.В. Проблема психической нормы*:* философско-методологический анализ. Дис... канд. фил. наук. Москва, 2013. 182 с.
13. Бовина И.Б., Якушенко А.В. Стигматизация психически больных людей и борьба с ней: социально-психологическое измерение проблемы. In: Вестник РУДН. 2015, №2, с. 14-23.
14. Серебрийская, Л. Я. Психологические факторы стигматизации психически больных. Автореф. дис. канд. психол. наук. Москва, 2005. 22 с.
15. Goffman, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc., 1963.
16. Flory, J., Emanuel, E. Interventions to Improve Research Participants' Understanding in Informed Consent for Research. A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, *JAMA.* 2004, vol. 292, nr.13, p. 1593-1601. DOI: 10.1001/jama.292.13.1593
17. Thoits, P.A. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior.* 2011, vol. 52, nr.2, pp. 145–161. DOI: 10.1177/0022146510395592
18. Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова и др. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009, с.70.
19. Кэмпбелл, А., Джиллет, Г., Джонс, Г. Этические проблемы в психиатрии. In: Медицинская этика. Москва, 2004, с. 210-234.
20. López-Ibor, J., López-Ibor, M.I, Helmchen, H. Ethics of diagnosis and classification in psychiatry. În: *Ethics in Psychiatry. European Contributions* (editori Hanfield Helmchen, Norman Sartorius). Dordrecht: Springer, 2010, pp. 199-207. ISBN: 978-94-007-3303-9

BIOETICA ÎN PRACTICA GERIATRICĂ

Gabriela Șoric, **Ana Popescu**
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova
gabriela.soric@usmf.md

Etica, echitatea și principiile justiției nu
se schimbă odată cu calendarul.
D. H. Lawrence

Justiția nu constă în a fi neutru între bine și rău, ci în găsirea
dreptului și susținerea acestuia, oriunde s-ar găsi, împotriva răului.
Theodore Roosevelt

În ultimii ani, tema sănătății publice în contextul bioeticii globale și sociale s-a dezvoltat activ la nivel internațional. Grație documentelor de autoritate precum „Convenția cu privire la protecția drepturilor omului și a demnității în legătură cu aplicarea realizărilor biologiei și medicinei”, adoptată la Oviedo, în 1997, precum și „Declarația universală privind bioetica și drepturile omului”, adoptată de UNESCO, în 2006, sunt reglementate astăzi cercetarea biomedicală cu participare umană, se protejează drepturile și demnitatea omului și se stabilesc baza și platforma pentru strategiile naționale și programele de dezvoltare a serviciilor bioetice. În același timp, aspecte precum prioritatea intereselor și beneficiilor unei persoane(prevalând asupra intereselor societății sau științei), disponibilitatea egală pentru îngrijire medicală și respectarea standardelor profesionale sunt clar formulate. În contextul subiectului analizat, problemele bioeticii și eticii biomedicale, care afectează tema sănătății publice, sunt dezvoltate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), prin Comitetul pentru bioetică al Consiliului Europei, de Organizației Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură(UNESCO), prin Comisia mondială deetică a cunoștințelor științifice și tehnologice, secțiunea pentru etica științei și tehnologiei și bioeticii [1].

Etica clinică este aplicarea teoriilor etice, a principiilor, a regulilor și reflecțiilor în situațiile clinice din medicină. Etica clinică este analoagă cu medicina clinică, deoarece principiile și conceptele generale trebuie să fie aplicate inteligent și atent în circumstanțele clinice unice/individuale. Astfel, este important ca clinicienii să aibă o bază de cunoaștere în teoriile și principiile etice și să dezvolte o metodă de aplicare a acestora în cazurile clinice provocatoare. Scopul analizei etice este de a oferi atât

o perspectivă din care să se judece dacă o acțiune din trecut a fost sau nu etică, cât și un cadru din care să se determine care dintre una sau mai multe acțiuni viitoare ar fi etice [2].

Etica clinică afectează toate deciziile, incertitudinile, conflictele de valori și dilemele cu care se confruntă medicii și echipele medicale la patul pacientului, în sala de operație, în timpul consultației în clinică sau la domiciliu [3].

Situațiile clinice care relevă întrebări de natură etică sunt frecvente în practica geriatrică de zi cu zi, indiferent dacă este vorba de alegerea unui nou loc de trai, de internarea în spital (de la anunțarea diagnosticului, la trecerea între stadiul curativ al bolii și stadiul paliativ), de limitarea sau refuzul tratamentelor active, de continuarea sau suspendarea unei anumite alimentații sau transferul într-un mediu specializat pentru îngrijiri de lungă durată [4].

Astăzi oamenii trăiesc mai mult decât oricând, iar creșterea numărului de persoane vârstnice conduce la schimbări sociale radicale, inclusiv provocări pentru sistemele globale de îngrijire a sănătății. Această dezvoltare a fost abordată în raportul mondial privind îmbătrânirea și sănătatea publicat de OMS, în 2015, urmată de strategia globală și planul de acțiune pentru îmbătrânire și sănătate 2016–2020, care oferă strategii pentru statele membre [5]. Îmbătrânirea populației este o realitate demografică inevitabilă și ireversibilă. Creșterea speranței de viață a făcut ca populația vârstnică să devină segmentul cu cea mai rapidă creștere numerică, la nivel global. Îngrijirea pacienților geriatrici poate fi complexă și va fi o sarcină în creștere în următoarele decenii [6].Este această prelungire a vieții o povară, sau o șansă pentru societatea noastră modernă? Dincolo de preocupările economice și financiare legitime, de alegerile care trebuie luate pentru reforma pensiilor, este important să ne gândim la etica acestei revoluții a vârstei. Acest lucru va avea succes dacă ne schimbăm perspectivele asupra vârstei și bătrâneții, luptăm împotriva devalorizării persoanelor și „interdicției de îmbătrânire" care le este semnată de publicitate și mass-media, dacă facem loc oamenilor, dacă inventăm soluții umane și solidare pentru a satisface nevoile celor mai vulnerabili și, în cele din urmă, dacă ridicăm toate „gradele" de asistență personală la valoarea lor justă. Această etică a îmbătrânirii este, de asemenea, una personală. Toată lumea trebuie să preia provocarea pe care o oferă epoca în schimbare, o provocare care merge mână de mână cu responsabilitatea, aceea de a trăi perioada de bătrânețe cât mai fericit posibil, pentru a transmite „un mesaj de maturitate bucuroasă" generațiilor în creștere [7].

Procesul de îmbătrânire este fenomenul „care transformă adulții, majoritatea sănătoși, și care nu au nevoie de asistență din partea per-

sonalului medical, în vârstnici a căror condiție fizică deteriorată duce la creșterea progresivă a riscurilor de boală și deces. Efectele îmbătrânirii sunt familiare profesioniștilor din domeniul sănătății și adulților în etate, încât sunt privite de ambele părți ca fiind imuabile, o arenă în care au loc bolile și tratamentele lor, dar care nu fac obiectul intervenției sau modulării. [...] La fel de important, intervențiile genetice și farmacologice, care cresc longevitatea, întârzie de obicei sau chiar previn multe patologii asociate vârstei, cum ar fi cancerul, declinul metabolic și neurodegenerarea. Astfel, o înțelegere mai detaliată a factorilor care determină îmbătrânirea și procesele prin care îmbătrânirea crește riscul unei game largi de boli și dizabilități letale și neletale ar putea, în viitorul previzibil, să aibă un impact profund asupra sănătății umane și medicinii preventive" [8 p.59].

Îmbătrânirea cu demnitate, în societatea modernă, este o luptă, o revendicare, o necesitate, un pariu pentru viitor. Unii ar spune că bătrânețea este neapărat un declin, un naufragiu, o reamintire pentru om a naturii sale adevărate. Oricine are dreptul la o bătrânețe demnă, la acea bucată de viață în care sunt înfrumusețate amintirile în care „urmele îngropate în creier – a spus Baudelaire – stau latente sub celelalte legende".

Cu o speranță de viață care s-a triplat aproape, în ultimele două secole, omul este „sortit" să-și reorganizeze bătrânețea. Principalul lucru este de a menține legăturile sociale, căldura umană, libertatea și chiar, de ce nu, posibilitatea de a ne asuma în continuare riscul vieții! Vom vedea atunci că, umilința, disperarea, dezrădăcinarea, izolarea sunt cu adevărat „mortale". Dimpotrivă, râsul, afecțiunea, respectul și susținerea sunt liniștitoare, aduc viață și armonie [9].

Raportul Organizației Mondiale a Sănătății privind îmbătrânirea și sănătatea enumeră șapte abilități de bază ale persoanelor vârstnice și dezvoltarea unui cadru etic pentru îmbătrânirea sănătoasă care ar trebui respectat: îndeplinirea elementelor de bază pentru care are nevoie să învețe, să crească intelectual și social, să ia decizii, să fie mobil, pentru a construi și a menține relații fiind util societății. În contextul de sănătate, fiecare dintre aceste abilități ridică diverse probleme care necesită explorare etică [10].

Una din problemele societății moderne încă rămâne „*ageismul*". Termenul „*ageism*" se referă la două concepte: o construcție a spiritului predominant în societate care caracterizează vârstnicii pe baza stereotipurilor negative despre îmbătrânire, precum și o tendință de a structura societatea ca și când toți ar fi tineri, astfel încât nevoile reale ale persoanele în etate sunt ignorate. Ageismul este adesea cauza discriminării în funcție de vârstă, dar și a discriminării de natură mai sistemică, de exemplu în proiectarea și furnizarea de servicii, programe și facilități.

Discriminarea în funcție de vârstă implică tratarea unei persoane inegal din cauza vârstei sale, într-un mod care este împotriva legilor drepturilor omului. Discriminarea bazată pe vârstă nu este adesea văzută ca o formă de discriminare la fel de importantă ca oricare alta, deși poate avea aceleași consecințe economice, sociale și psihologice ca orice altă formă de discriminare [11].

Ageismul are efecte dăunătoare asupra sănătății persoanelor vârstnice. Studiile științifice arată că vârstnicii cu atitudini negative despre îmbătrânire pot trăi cu 7,5 ani mai puțin decât cei cu atitudini pozitive [12].Transformările culturale moderne, viața politică și socio-economică, implică un dinamism ridicat în gândire, stăpânirea noilor tehnologii, ceea ce face dificilă adaptarea în societate a cetățenilor vârstnici, declanșând excluderea socială. Într-una din definițiile ageismului, directorul Institutului Național pentru Îmbătrânire din SUA, Robert Butler a descris-o ca reflectând asupra anxietății profunde ascunse a oamenilor, dezgustul lor personal și sentimentele de antipatie față de persoanele vârstnice, boală, dizabilitate, frica lor de neputință, inutilitate și moartea care se transformă în negativitate față de persoanele în etate [13]. Aceste stereotipuri socio-culturale, sunt elementele conștiinței de masă, de asemenea, fiind caracteristice și unor lucrători medicali, provocând judecăți eronate cu privire la această categorie de persoane, nevoilor vârstnicilor, capacitățile fizice și mentale, care deseori servesc drept factori decizionali [14, 15].

Principiile comportamentului medicului în bioetică au un sens mai universal, iar aceste principii stau la baza întregii etici profesionale moderne. În locul paternalismului ca principiu principal al eticii medicale, se introduce principiul autonomiei individuale, bazat pe respectarea alegerii libere a pacientului care are dreptul de a refuza tratamentul (*Voluntas aegroti suprema lex*) [14]. O responsabilitate definitorie a unui medic este de a lua decizii cu privire la îngrijirea vârstnicului aflat în diferite condiții. Aceste decizii implică mai mult decât selectarea tratamentului sau intervenției adecvate. Etica este o parte inerentă și inseparabilă a medicinei clinice, deoarece medicul are obligația etică de a aduce beneficii, de a evita sau de a minimiza daunele și de a respecta valorile și preferințele pacientului. Apare întrebarea dacă medicii sunt pregătiți să îndeplinească această obligație etică și își pot îmbunătăți abilitățile etice [3]. Decizia medicală se bazează pe patru principii fundamentale care pot fi regăsite în literatura de specialitate internațională: aceste patru principii au fost descrise de Beauchamp și Childress, în cartea intitulată „Principiile eticii biomedicale” [3]: Autonomie; Binefacere; Ne-dăunare; Justiție.

Locul principiilor în bioetică

Alegeri etice, atât minore, cât și majore, se iau în fiecare zi în furnizarea de asistență medicală vârstnicilor cu diverse valori de viață, care trăiesc într-o societate pluralistă și multiculturală. În fața unei astfel de diversități, unde putem găsi ghiduri de acțiune morală atunci când există confuzie sau conflicte cu privire la ceea ce ar trebui făcut? Astfel de linii directoare ar trebui să fie în general acceptabile în rândul persoanelor în etate din multe și diferite culturi. Datorită varietății care există în contextul cazurilor clinice, precum și faptului că în asistența medicală există mai multe principii etice care par a fi aplicabile în multe situații, aceste principii nu sunt considerate ca absolute, dar servesc drept ghiduri de acțiune comună. Unele dintre principiile eticii medicale sunt folosite de secole. De exemplu, în secolul al IV-lea î.Hr., Hipocrate, un medic-filosof, i-a îndemnat pe medici „să ajute și să nu facă rău" (Epidemics, 1780). În mod similar, considerațiile de respect pentru persoane și pentru justiție au fost prezente în dezvoltarea societăților încă din cele mai vechi timpuri. Cu toate acestea, în special în ceea ce privește deciziile etice în medicină, în 1979, Tom Beauchamp și James Childress au publicat prima ediție a „Principiilor de etică biomedicală", aflată acum la a șaptea ediție (2013), popularizând utilizarea principiilor în eforturile de rezolvare a problemelor etice în aplicarea tratamentului. În același an, în Raportul Belmont (1979) au fost identificate trei principii: *respect pentru persoane, binefacere și justiție*, ca linii directoare pentru cercetarea responsabilă folosind subiecți umani. Astfel, în medicina clinică, dar și în cercetarea științifică, se consideră în general că aceste principii pot fi aplicate, chiar și în circumstanțe unice, pentru a oferi îndrumări în descoperirea îndatoririlor morale în diverse situații [16, 17].

Cum se „aplică" principiile pentru un anumit caz?

Intuitiv, principiile în utilizarea curentă în etica îngrijirii sănătății par a fi de o valoare evidentă și de o aplicare clară. De exemplu, ideea că medicul „nu ar trebui să facă rău" niciunui pacient este convingătoare pentru majoritatea oamenilor sau ideea că medicul ar trebui să elaboreze un plan de îngrijire conceput pentru a oferi cel mai mare „beneficiu" pacientului, în ceea ce privește alte alternative concurente, par atât raționale, cât și de la sine înțelese. Mai mult, înainte de implementarea planului de îngrijire medicală, este acum acceptat în mod obișnuit că pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a face o alegere în cunoștință de cauză cu privire la îngrijirea sa. În cele din urmă, beneficiile medicale ar trebui distribuite în mod echitabil, astfel încât vârstnicii cu nevoi similare și în circumstanțe similare să fie tratați cu corectitudine, un concept important în lumina resurselor limitate [12, 18].

Principiul autonomiei constă în implicarea persoanei în procesul decizional și plasarea sa în centrul luării deciziilor. Principiul autonomiei este definit prin recunoașterea capacității unei persoane de a avea opinii, de a face alegerea și de a acționa în funcție de propriile valori și convingeri [18]. Principiul autonomiei se bazează pe anumite condiții indispensabile:

- Plasarea persoanei în centrul luării deciziilor autonome:
  - ► Expunerea informației (adevărului);
  - ► Informarea;
  - ► Obținerea consimțământului;
  - ► Verificarea libertății decizionale (fără influențe).
- Evaluarea autonomiei persoanei:
  - ► Capacitatea înțelegerii informației;
  - ► Capacitatea aprecierii situației;
  - ► Capacitatea de raționament;
  - ► Capacitatea de exprimare și de menținere a alegerii.
- Pentru persoana competentă în luarea deciziilor se consideră că:
  - ► Starea psihologică permite de a fi apt să ia decizii;
  - ► Starea mentală permite de a fi apt să ia decizii;
  - ► Starea fizică permite de a fi apt să ia decizii [19].

Persoana vârstnică poate prezenta un profil patologic care combină poli-patologia și dependența, limitând autonomia decizională din cauze multiple (psihologice, mentale și funcționale). Astfel, dificultățile de comunicare, deficitele senzoriale (auditive, vizuale), schimbările de dispoziție, depresia, care pot fi mascate, și toate celelalte deficite, îngreunează stabilirea dorințelor pacientului pentru consimțământul de tratament și îngrijire. În acest context, deseori vârstnicii se bazează pe membrii apropiați ai familiei sau chiar pe medicii lor, pentru a lua decizii pentru ei. Cu toate acestea, există unele dovezi care sugerează că, atunci când sunt prezentate decizii ipotetice cu privire la tratamentul de susținere a vieții, membrii familiei și medicii nu prezic în mod consecvent preferințele pacientului la niveluri de precizie mai bune decât cele preconizate a fi realizate doar din întâmplare. A fost observat că membrii familiei supraestimează frecvența cu care pacienții ar dori să primească tratament. Atunci când o intervenție este inițiată sau continuată în mare parte în beneficiul familiei unei persoane, pacientul este folosit pentru a servi interesul celorlalți și, prin urmare, autonomia lor este încălcată [10,20]. Totodată, trebuie luat în considerare faptul că, respectând autonomia vârstnicului, putem crea o situație în care compromitem autonomia altei persoane, cum ar fi, copiii care sunt angajați în câmpul muncii și care sunt nevoiți să-și schimbe activitatea în favoarea îngrijirii părintelui dependent.

Condiția prealabilă pentru respectarea autonomiei este aceea de a furniza pacientului informații de calitate (complete, corecte, veridice, pe înțelesul pacientului) și de a obține consimțământul informat înainte, în timpul și după îngrijirile medicale. Consimțământul informat trebuie să respecte decizia pacientului, chiar dacă aceasta este contrarie opiniei medicului. Consimțământul este unul dintre modurile în care se exprimă autonomia persoanei [21].

Esența etică a consimțământului se manifestă prin respectarea demnității bolnavului ca ființă umană, realizarea dreptului acestuia de autodeterminare conștientă și securitate a propriei sale persoane în relația medic–pacient stabilită în perioada tratamentului. Procedura de încheiere a acordului informat cuprinde trei componente de bază, care pot fi interpretate ca etape consecutive de negociere dintre medic și pacient: informarea pacientului, conștientizarea de către el a informației primite, respectiv exprimarea consimțământului liber și benevol pentru serviciul medical [22]. Consimțământul poate fi atașat la fișa medicală a persoanei, anticipând o eventuală situație de limitare a autonomiei decizionale pe viitor, deoarece, în contextul unui deficit cognitiv sau senzorial, obținerea consimțământului necesită exact aceleași linii directoare; este exclus să proclamăm „incapacitatea pacientului de a se exprima" pur și simplu din cauza bolii neuropsihice. Comunicarea nu trebuie abandonată, ci rămâne esențială cu includerea persoanelor din anturajul vârstnicului[23]. Abilitățile cognitive ale persoanei pot fi împărțite în mai multe categorii. În primul rând, capacitățile conceptuale care permit subiectului să înțeleagă conceptul acțiunii de îngrijire, de a face referire la informațiile comunicate (conform acestei definiții, a avea aceste capacități conceptuale înseamnă utilizarea memoriei semantice). Apoi, capacitățile deductive, legate cognitiv de durata de atenție a unui individ și funcțiile sale executive. Acestea fac posibilă deducerea consecințelor asupra informațiilor date (care face apel la logica individului). În cele din urmă, capacitățile de memorie (legate de memorie și orientarea temporo-spațială) permit să păstreze informații pentru a raționaliza, dar și pentru a înțelege că deciziile luate vor avea un impact asupra viitorului persoanei [24].

Orice acțiune de luare a deciziilor morale presupune că agenții raționali sunt implicați în luarea deciziilor informate și voluntare. În deciziile de îngrijire a sănătății, respectul pentru autonomia pacientului presupune că pacientul are capacitatea de a acționa intenționat, cu înțelegere și fără influențe care ar anula un act liber și voluntar. Acest principiu stă la baza practicii „consimțământului informat" în tranzacția medic/pacient cu privire la îngrijirea sănătății și respectarea permanentă a autono-

miei pacientului. Un astfel de respect nu este pur și simplu o chestiune de atitudine, ci un mod de a acționa astfel încât să recunoască și chiar să promoveze acțiunile autonome ale pacientului [17,25]. Persoana autonomă poate alege în mod liber valori, loialități sau sisteme de credință religioasă care îi limitează alte libertăți. De exemplu, reprezentanții unor culte cred că este greșit să accepți o transfuzie de sânge. Prin urmare, într-o situație care pune viața în pericol, în care este necesară o transfuzie de sânge pentru a salva viața pacientului, acesta trebuie să fie informat în acest sens. Consecințele refuzului unei transfuzii de sânge trebuie să fie clarificate pacientului prin explicarea riscului de a muri din cauza hemoragiei. Dorind să „beneficieze" pacientul, medicul ar putea dori să ofere o transfuzie de sânge, crezând că este un „beneficiu clar". Atunci când este informat în mod corespunzător, pacientul este liber să aleagă dacă acceptă transfuzia de sânge, conform dorinței puternice de a trăi, sau dacă refuză transfuzia de sânge, acordând o prioritate mai mare convingerilor sale religioase despre greșeala transfuziei de sânge, chiar până la acceptarea morții ca rezultat previzibil. Acest proces de comunicare trebuie să fie plin de compasiune și respectând valorile unice ale pacientului, chiar dacă acestea diferă de obiectivele standard ale biomedicinei, ținând cont de capacitățile decizionale ale persoanei. Medicul are datoria de a respecta alegerea autonomă a pacientului, precum și o obligație de a evita vătămarea și de a oferi un beneficiu medical. În acest caz, informat de practica comunității și de dispozițiile legii pentru exercitarea liberă a religiei, medicul a acordat o prioritate mai mare respectului pentru autonomia pacientului decât altor sarcini [3].

Principiul binefacerii desemnează faptul de a realiza beneficiul pacientului care contribuie la ameliorarea calității vieții acestuia. Totuși, este important să menționăm că unele acțiuni medicale pot părea benefice, dar pot prezenta, totodată, și posibilitatea de a dăuna. Acest principiu este evident în practica geriatrică din cauza vulnerabilității globale a persoanelor vârstnice ce induce creșterea frecvenței efectelor adverse ale medicamentelor, de exemplu, sau a instituționalizărilor care pot induce confuzii și stări depresive. Declinul fizic minimalizează accesul la servicii medicale sau la comunicare, inducând izolarea socială, care la rândul său agravează alte sindroame geriatrice. De aceea, în practica geriatrică, binefacerea impune o abordare interdisciplinară globală, în vederea estimării riscului de a dăuna. Un alt aspect al acestui principiu este că vârstnicilor li s-au refuzat intervențiile medicale potențial utile în trecut, pe motiv de vârstă [26] sau recent raportate în contextul actualei pandemii. Acest lucru este deosebit de dificil în domeniul medicinei geriatrice, deoarece există relații complexe între combinațiile individuale de comorbidități,

adesea multiple, ceea ce face predicția rezultatelor potențiale mai dificilă. Totodată, lipsesc dovezi de cercetare pentru această categorie de persoane vârstnice, care sunt adesea excluse din studiile de cercetare științifică medicală. Acest fapt a condus la presupunerea că vârstnicii pot beneficia mai puțin de tratamentele agresive și sunt recunoscuți a fi mai susceptibili de a suferi complicații dăunătoare, în urma terapiilor medicale, față de pacienții mai tineri. O alegere benefică în această situație este, fără îndoială, una în care pacientului nu i se oferă tratamentul, având în vedere posibilele prejudicii ce pot fi aduse [27].

Înțelesul obișnuit al acestui principiu este acela că furnizorii de servicii medicale au datoria de a veni în beneficiul pacientului, precum și de a lua măsuri pozitive pentru a preveni și a îndepărta daunele de la pacientul vârstnic. Aceste îndatoriri sunt privite ca fiind raționale și de la sine înțelese și sunt pe larg acceptate ca adevărate scopuri ale medicinei. Acest principiu se află în centrul îngrijirii sănătății, ceea ce implică faptul că un solicitant care suferă (pacientul) poate intra într-o relație cu cel pe care societatea l-a autorizat ca fiind competent să ofere asistență medicală, având încredere că obiectivul principal al medicului este să ajute. Obiectivul de a oferi beneficii poate fi aplicat atât pacienților individuali, cât și societății în ansamblu. De exemplu, sănătatea bună a unui anumit pacient vârstnic este obiectivul de bază adecvat geriatriei, iar prevenirea bolilor prin cercetarea și folosirea vaccinurilor este același obiectiv extins la populație, în general [3].

Uneori se consideră că ne-dăunarea este o datorie constantă, adică nu trebuie să vătămăm niciodată alt individ, în timp ce binefacerea este o datorie limitată. Un medic are datoria de a căuta beneficiul oricărui pacient sau al tuturor pacienților săi. Totuși, un medic poate alege pe cine să admită în practica sa și nu are datoria strictă de a accepta pacienții care nu sunt recunoscuți ca făcând parte din acest grup. Această datorie devine complexă dacă doi pacienți apelează la tratament în același moment. Unele criterii de urgență ale nevoii ar putea fi utilizate sau principiul cine vine mai întâi este primul servit, pentru a decide cine ar trebui să fie ajutat într-un anumit moment [25].

Există un exemplu clar în îngrijirea sănătății,în care principiul binefacerii este prioritar față de principiul respectului pentru autonomia pacientului. Acest exemplu provine din medicina de urgență. Când pacientul este în incapacitate de a da consimțământ informat din cauza naturii gravea accidentului sau a bolii, presupunem că persoana rezonabilă ar dori să fie tratată agresiv și ne grăbim să oferim o intervenție benefică prin oprirea sângerării. În actuala cultură medicală, atunci când medicul acționează dintr-un spirit binevoitor în furnizarea unui tratament bine-

făcător care, în opinia lui, este în interesul superior al pacientului, fără consultarea acestuia sau prin substituirea dorințelor sale, doctorul este considerat a fi „paternalist". Cel mai clar caz de paternalism justificat este văzut în tratamentul pacienților sinucigași care prezintă un pericol clar și prezent pentru ei înșiși. Aici, datoria de binefacere necesită ca medicul să intervină în numele salvării vieții pacientului sau plasării acestuia într-un mediu protector, sub convingerea că pacientul este compromis și nu poate acționa în interesul său în momentul respectiv. Condițiile cazului sunt extrem de importante pentru a putea judeca dacă autonomia pacientului este compromisă [18,28].

Principiul ne-dăunării scutește pacientul de suferință. Conform acestui principiu, orice decizie trebuie să evite vătămările fizice sau morale și se referă la vechiul dicton „*Primum non nocere*" al lui Hippocrates. Acest principiu afirmă că lucrătorul medical nu trebuie să aducă daune sănătății altor persoane în mod intenționat sau neintenționat și, mai mult, trebuie să-i protejeze pe ceicare nu se pot apăra singuri fie din cauza vârstei, fie a bolii sau a stării psihice.

Întrebarea care apare în legătură cu acest principiu este cum să determinăm exact ce anume se înțelege prin „vătămare", în raport cu domeniul biomedicinei, în principal în raport cu activitățile medicului și în relația acestuia cu pacientul. În acest sens, dacă abordăm situația din partea unui medic, distingem următoarele forme de „vătămare":

Vătămare cauzată de inacțiune, nerespectarea asistenței pentru cei care au nevoie de aceasta;

Vătămare cauzată din neglijență sau intenții negative, de exemplu, scopuri egoiste;

Vătămare cauzată de acțiuni incorecte, necugetate sau necalificate;

Vătămare cauzată de acțiuni obiectiv necesare într-o anumită situație.

Principiul ne-dăunării presupune să nu creăm intenționat un prejudiciu sau vătămare pacientului. Furnizarea unui standard adecvat de îngrijire care evită sau minimizează riscul rănirii este susținut atât de convingerile morale obișnuite, cât și de legile societății. Acest principiu afirmă necesitatea competenței medicale. Este clar că pot apărea greșeli medicale. Cu toate acestea, principiul ne-dăunării articulează un angajament fundamental din partea profesioniștilor din domeniul sănătății pentru a-și proteja pacienții de vătămare [3].

În timpul îngrijirii pacienților, există situații în care un anumit tip de vătămare pare inevitabil și, de obicei, suntem obligați din punct de vedere moral să alegem cel mai mic dintre două rele, deși, cel mai mic dintre rele poate fi determinat de circumstanțe. De exemplu, cei mai mulți ar fi dispuși să experimenteze unele dureri dacă procedura în cauză ar prelungi

viața. Cu toate acestea, în alte cazuri, cum ar fi cazul unui pacient în etate care moare de carcinom intestinal dureros, pacientul ar putea alege să renunțe la tratament sau ar putea alege să renunțe la tehnologia de susținere a vieții, cum ar fi dializa sau un aparat respirator. Motivul unei astfel de alegeri se bazează pe convingerea pacientului că viața prelungită cu o afecțiune dureroasă și debilitantă este mai rea decât moartea, un rău mai mare, în mod obișnuit. Este important de menționat că această determinare trebuie făcută de pacient, care este singura autoritate în interpretarea prejudiciului „mai mare" sau „mai mic" pentru sine [3, 25].

Există o altă categorie de cazuri care este confuză, deoarece o singură acțiune poate avea două efecte, unul care este considerat bun, celălalt unul rău. Cum ne ghidează datoria noastră față de principiul ne-dăunării în astfel de cazuri? Denumirea formală a principiului care guvernează această categorie de cazuri se numește de obicei principiul **dublului efect.** În asemenea circumstanțe, decizia trebuie să țină cont de mai multe aspecte.1. *Natura actului.* Acțiunea în sine nu trebuie să fie greșită intrinsec, trebuie să fie un act bun sau cel puțin neutru din punct de vedere moral. 2. *Intenția agentului.* Agentul intenționează doar obținerea unui efect bun, nu a unuia rău, chiar dacă cel de-al doilea este previzibil. 3. *Distincția dintre mijloace și efecte.* Efectul rău nu trebuie să fie mijlocul efectului bun. 4. *Proporționalitatea între efectul bun și efectul rău.* Efectul bun trebuie să depășească răul care este permis, cu alte cuvinte, efectul rău [3].

Principiul justiției este principiul care obligă lucrătorul medical să trateze fiecare persoană în mod egal în procesul de îngrijire, independent de rasă, vârstă, gen, stare civilă, diagnostic, stare socială, statut economic și convingeri religioase ale pacientului [3].Principiul justiției provine dintr-un ideal colectiv. Poate varia de la o cultură la alta. În societatea noastră și în contextul sănătății, ideea de justiție este înțeleasă în mod convențional prin termeni care ilustrează nediscriminarea, universalitatea și accesul la îngrijirea sănătății pentru toți, solidaritatea. Prin urmare, este un concept deschis, larg și în evoluție. Fără îndoială, se intersectează cu o puternică dimensiune morală în jurul respectului pentru persoană. Dar este și locul multor tensiuni etice, pentru că ceea ce poate fi judecat drept corect de unii poate fi considerat incorect/ilegal de alții [29].

Justiția este un principiu care presupune implementarea unui program social care asigură accesul egal al tuturor categoriilor de populație la bunuri publice, inclusiv servicii biomedicale, accesul la agenți farmacologici necesari pentru menținerea sănătății, accesul la efectuarea de cercetări biomedicale a celor mai vulnerabile segmente a populației. Conform principiului echității, beneficiul pentru pacient trebuie întotdeauna să fie prioritar. Ideea morală a dreptății este una dintre ideile de

bază care guvernează relațiile umane, iar principiul dreptății are importanță și pentru practica medicală. Acest principiu stă la baza tratamentului uman al pacientului, indiferent de situația sa economică și statutul social. Principiul solicită în primul rând alocarea echitabilă a resurselor de asistență medicală (inclusiv cele legate de domeniul farmacie), adică accesul la aceste resurse pentru membrii societății conform unor programe corecte. În practica medicală profesională, principiul justiției include altruism, independență, compasiune, milă și contribuie la punerea în aplicare a obiectivelor inițiale și finale ale medicinei – vindecarea unei persoane. Medicul trebuie să prefere dreptatea ca un principiu profesional între toate celelalte considerente [28].

Dreptatea în îngrijirea sănătății este de obicei definită ca o formă de corectitudine sau așa cum a spus Aristotel, „oferind fiecăruia ceea ce i se cuvine". Aceasta implică o distribuție echitabilă a bunurilor în societate și necesită să analizăm rolul drepturilor fiecărui pacient vârstnic. Problema justiției distributive pare, de asemenea, să depindă de faptul că unele bunuri și servicii sunt insuficiente și nu este suficient să circule. Astfel, trebuie stabilite unele mijloace corecte de alocare a resurselor limitate. Beauchamp și alții susțin că multe dintre inegalitățile pe care le experimentăm sunt rezultatul unei „loterii naturale" sau a unei „loterii sociale" pentru care individul afectat nu este de vină. Prin urmare, societatea ar trebui să se implice chiar și în terenul de joc prin furnizarea de resurse pentru a ajuta la depășirea situației defavorizate. Una dintre cele mai controversate probleme din domeniul sănătății moderne este întrebarea „cine are dreptul la asistență medicală?" Sau, posibil ca societate, dorim să fim binevoitori și corecți și să oferim un nivel decent de îngrijire a sănătății pentru toți cetățenii, indiferent de capacitatea de plată. Principiul justiției este o motivație puternică pentru reforma sistemului de sănătate, astfel încât să fie luate în considerare nevoile întregii societăți, ale tuturor categoriilor de populație. Cerințele principiului justiției trebuie să se aplice la patul pacientului vârstnic,individual, dar și sistematic în legile și politicile societății care guvernează accesul vârstnicului la asistența medicală. Rămâne mult de făcut la această temă [3, 28].

Cele patru principii menționate nu sunt ierarhice, ceea ce înseamnă că niciun principiu nu „învinge" în mod obișnuit pe altul. În acest mod suntem obligați să luăm în considerare toate principiile de mai sus, atunci când acestea sunt aplicate cazului clinic. Cu toate acestea, atunci când se aplică două sau mai multe principii, putem constata că acestea sunt în conflict. Cu alte cuvinte, în fața altor argumentări contradictorii, avem datoria de a respecta fiecare dintre aceste principii. Apare necesitatea echilibrării cerințelor acestor principii, determinând care are mai multă

greutate în cazul particular aflat în analiză. Datoria reală a unui agent moral este determinată de chibzuirea și echilibrarea tuturor îndatoririlor concurente în orice caz particular [25], deoarece principiile sunt goale de conținut, iar aplicarea se concentrează prin înțelegerea caracteristicilor și faptelor unice care oferă context cazului. Prin urmare, obținerea faptelor relevante și exacte reprezintă o componentă esențială a acestei abordări de luarea deciziilor [3].

Cele patru principii, care operează în prezent în etica îngrijirii sănătății, au avut o lungă istorie de dezvoltare comună cu a societății, chiar înainte de a deveni populare pe scară largă, ca ghid de acțiune morală în etica medicală în ultimii patruzeci de ani, prin activitatea unor eticieni precum Beauchamp și Childress. În fața unor situații ambigue din punct de vedere moral în îngrijirea sănătății, nuanțele utilizării lor au fost rafinate prin nenumărate aplicații. Unii bioeticieni, precum Bernard Gert și colegii (1997), susțin că exceptând principiul ne-dăunării, celelalte sunt inexacte ca ghiduri de acțiune morală, întrucât sunt nespecifice, pur și simplu amintind factorului de decizie de considerații care ar trebui luate în considerare. Într-adevăr, Beauchamp și Childress recomandă utilizarea acestor principii pentru a reflecta asupra problemelor morale și pentru a trece la o rezoluție etică, dar nu susțin că principiul oferă o teorie morală generală. Gert incriminează, de asemenea, că principiile nu reușesc să facă distincția între regulile morale și idealurile morale și, așa cum am menționat anterior, că nu există o metodă convenabilă pentru rezolvarea disputelor, atunci când două principii diferite intră în conflict cu ceea ce ar trebui făcut. El afirmă că propria sa abordare, moralitatea comună, apelarea la reflecția rațională și transparența concură la o abordare mai utilă [30]. Mai mult, bioeticianul Albert Jonsen și colegii (2010) susțin, în munca lor, că pentru a aplica riguros aceste principii în situații clinice, folosirea lor trebuie să înceapă cu analiza contextului unui anumit caz [17].

Principiul justiției se bazează pe criteriile dreptății distributive:

- distribuirea resurselor pentru egalizarea rezultatelor de sănătate;
- asigurarea de șanse egale la sănătate pentru toate grupurile de populație, inclusiv cele vulnerabile;
- echitate în sănătate „sănătate pentru toți”;
- acces egal la serviciile de sănătate;
- resurse cheltuite egal pentru fiecare individ sau pentru fiecare caz de o anumită condiție medicală, socială, etnică;
- dreptul de a beneficia de îngrijirea sănătății în funcție de necesități;
- aceeași calitate a îngrijirilor de sănătate [31].

Problemele etice relevante pentru un individ care îmbătrânește, sau o

societate care îmbătrânește, sunt multiple și complexe și necesită luarea în considerare a modului în care toți oamenii sunt încadrați în societate, pe toată durata vieții.

Apare necesitatea de a pune tensiunile etice, induse de îngrădirea persoanelor vârstnice, vulnerabile, pe mai multe niveluri pentru a identifica ceea ce intră în prevenirea și protecția persoanei,respectiv rolul statului în fața unei crize sanitare și ce ar putea fi parte a unei tendințe sociale către o formă de ageism și paternalism. Aceste paliere ar fi:

- la nivel individual, în echilibrul dintre principiul autonomiei și principiul binefacerii;
- la nivelul îngrijitorilor sau al profesioniștilor, în echilibrul dintre binefacere, ne-dăunare și risc profesional;
- la nivel de societate, în echilibrul dintre principiul ne-dăunării și principiul justiției.
- Trei paradigme etice ne pot ajuta la soluționarea situațiilor prezentate,ele rezultând din reflecțiile anterioare și fiind destinate a fi utilizate întotdeauna, cu principalele obiective de îmbunătățire a sănătății și evitarea mortalității premature, atât cât se poate preveni:
- etica responsabilității, care reflectă răspunderea pentru consecințele acțiunilor, alegerilor și deciziilor, înainte de acțiune;
- etica solicitării (îngrijirii), care dedică numărul maxim de drepturi celor mai vulnerabili, astfel încât să permită acțiuni/resurse suplimentare;
- etica dezbaterii, care promovează apariția unui consens echitabil pentru a aloca resurse obiectivelor înaintate[32].

Decizia medicală poate fi o sursă de tensiune între valori (valori individuale, puncte de vedere științifice, moralitate, familie, grup de gândire, religii, dimensiune economică etc.). Calea către o decizie medicală trebuie să parcurgă etica dezbaterii, acordând importanță punctului de vedere al celuilalt și extragerea unei concluzii comune în favoarea pacientului.

Consimțământul informat. Consimțământul informat este o regulă de etică biomedicală bazată pe o cerință, și anume, respectarea dreptului pacientului de a cunoaște întregul adevăr despre starea sa de sănătate, despre tratamentele existente pentru boala sa și riscurile asociate cu fiecare dintre ele. Consimțământul informat este un dialog comunicativ între medic și pacient/aparținători, asumarea respectării unui număr de norme etice și procedurale, luând în considerare nivelul cultural, caracteristicile naționale și religioase ale pacientului, tactul unui medic sau cercetător, calitățile morale ale părților, capacitatea de a asigura înțelegerea informațiilor de către pacient. Informațiile corecte despre sănătate

și prognostic oferă pacientului posibilitatea de a dispune în mod independent și adecvat de dreptul la viață, oferindu-i-se libertatea de alegere voluntară.

Confidențialitatea. Confidențialitatea este o regulă a eticii biomedicale care presupune încredere reciprocă între medic și pacient. Încălcarea confidențialității agravează relația dintre pacient și medic, făcând dificilă realizarea responsabilităților medicale de către personalul medical. Regula confidențialității se bazează pe considerații morale, conform cărora fiecare individ are dreptul să decidă cui și în ce măsură îi poate transfera gânduri, experiențe, sentimente, circumstanțe ale vieții sale. Confidențialitatea implică respectarea strictă a discreției asupra datelor medicale, stocarea fiabilă de către medic a informațiilor primite de la pacient, anonimatul cercetării efectuate(după caz), minimizarea interferenței cu intimitatea pacientului, stocarea atentă a informațiilor personale primite și limitarea accesului la acestea nu numai în timpul vieții, ci și după moartea pacientului.

Procesul decizional. În etica biomedicală modernă, procesul prin care se ia o decizie este la fel de important ca decizia în sine. Acesta este motivul pentru care este necesar să existe o abordare clară care să țină seama de problemele ce trebuie abordate și de toate persoanele implicate în acest proces. Abordarea se bazează pe o serie de întrebări, care sunt prezentate și explicate mai jos [33].

Care sunt faptele, circumstanțele? Această întrebare determină o descriere a problemei clinice, a factorilor concurenți și a aspectelor psiho-sociale și de mediu. Punctul de plecare este conștientizarea faptului că interacțiunea nu este cu o boală, ci cu o persoană vârstnică cu o patologie, care are o anamneză de viață, familie, afecțiuni, valori personale profunde, existențiale și ideologice, care a avut loc de muncă. Fiecare participant va experimenta, în felul său, impactul deciziei. În mod clar, în centrul deciziei se află pacientul vârstnic, fiind persoana care va lua decizia sau va fi ajutată să ia o decizie de membrii familiei (în lipsa acestora, de persoane împuternicite de organele competente) și va suporta consecințele. Opțiunile disponibile ar trebui evaluate din punct de vedere clinic, având în vedere probabilitatea de succes a opțiunii alese. De exemplu, care sunt șansele ca un pacient cu cancer agresiv să supraviețuiască intervenției chirurgicale mutilante care poate avea efecte adverse majore. Pe lângă evaluarea pur clinică, trebuie luate în considerare și costurile umane și emoționale implicate.

Care sunt valorile puse în joc pentru fiecare dintre părțile implicate? Pentru a răspunde la această întrebare, este necesar să întocmim o listă personalizată a ierarhiei valorilor din situația clinică specifică, pentru principalele părți interesate, în principal pentru pacient, dar și pentru

membrii familiei (în mod clar, unde au un cuvânt de spus) și echipa medicală. De exemplu, în cazul unei intervenții chirurgicale care implică riscul de efecte adverse grave și dizabilități, pacientul ar putea refuza intervenția chirurgicală dacă simte că gradul de binefacere, așa cum este percepută de el, nu este adecvat. Pacientul vârstnic ar putea dori în schimb să-și păstreze starea fizică actuală, refuzând o procedură pe care o consideră invazivă și distructivă, asta pentru că pacientul se teme că, după intervenția chirurgicală, s-ar putea să nu se recunoască pe sine ca fiind persoana care a fost anterior. Din partea sa, medicul poate simți că intervenția chirurgicală va permite pacientului să supraviețuiască prin ceea ce medicul consideră o calitate satisfăcătoare a vieții (binefacere/ne-dăunare). În alte cazuri, se poate întâmpla invers: pacientul și membrii familiei sale pot dori ca operația să fie efectuată, indiferent de ce, chiar dacă impactul său pozitiv poate fi minim sau zero (autonomia pacientului *vs.* autonomia medicului *vs.* alocarea corectă a resurselor).

Care sunt alternativele? De prea multe ori, situațiile încărcate emoțional duc la o polarizare a vederilor între doar două posibilități [32-34].

Luarea deciziei. Decizia trebuie luată după consultarea principalelor părți implicate, în primul rând pacientul vârstnic, dar și membrii familiei acestuia, echipa medicală etc. Este important de a avea o atitudine deschisă și atenție corespunzătoare. Vârstnicul trebuie privit nu numai din punct de vedere medical, ci ca un individ care are o poveste de viață, credințe și preocupări. Ideea de a consulta un coleg pentru a obține o a doua opinie sau chiar comitetul de etică al spitalului este binevenită. Este necesar să se ia o decizie după epuizarea tuturor acestor pași. Decizia luată trebuie argumentată și justificată luând în considerare dovezile medicale pentru fiecare situație, dar și toate problemele etice specifice situației. Este esențial să se specifice care elemente justifică principiile cărora li s-a acordat prioritate în procesul decizional [32].

Considerații finale. Principiile, alături de reguli, sunt ghiduri de acțiune, deși ghidarea pe care o oferă poate fi mai abstractă sau generală. Primele principii ale eticii biomedicale au apărut în Raportul Belmont, din 1979. Principiile, au fost ulterior crescute de la trei la patru și descrise mai detaliat de Beauchamp și Childress în prima ediție a cărții „Principles of biomedical ethics" și includ respectul pentru autonomie, binefacerea, ne-dăunarea și justiția/echitatea. Conform principiului respectului pentru autonomie, alegerea pacientului este autonomă dacă: (1) alegerea este voluntară (adică este liberă și se elimină constrângerile din partea celorlalte părți implicate), (2) pacientul este informat în mod adecvat și (3) pacientul posedă capacitatea sau competența decizională. Principiul ne-dăunării se referă la datoria de abținere de la a provoca vătămare. Principiul binefacerii afirmă datoria de

a-i ajuta pe ceilalți,iar principiul justiției susține că dreptatea impune ca egalii să fie tratați în mod egal, iar atunci când se impune un tratament inegal, acesta trebuie să fie proporțional cu inegalitățile relevante dintre părțile în cauză. Principiile materiale ale justiției distributive pretind să se răspundă la întrebarea: Când este o inegalitate una relevantă? Principiile care au fost propuse ca principii materiale valide ale justiției distributive includ următoarele: pentru fiecare persoană o cotă egală; fiecărei persoane în funcție de nevoie; fiecărei persoane în funcție de efort; fiecărei persoane conform contribuției; fiecărei persoane după merit; și fiecărei persoane în conformitate cu schimbările economiei de piață.

Bibliografie

1. Мишаткина, Т.В. Социальная биоэтика сквозь призму глобальной биоэтики. Минск «ИВЦ Минфина» 2018, с. 4.
2. Taylor, R.M. Ethicalprinciples and concepts in medicine. În: *Handbook of ClinicalNeurology*(editori James L. Bernat și H. Richard Beresford). Amsterdam: Elsevier, 2013, vol. 118, pp. 1-9. ISBN: 978-0-444-53501-6
3. Beauchamp, T.L., Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 4thed. New York, Oxford: Oxford University Press, 1994. ISBN: 978-0195085372
4. ANESM. *Le questionnementéthique dans lesétablissementssociaux et médico-sociaux*. HauteAutorité de Santé Website, 2010. Disponibil la: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf(accesat: 15.08.2021).
5. WHO.*Developing an ethicalframework for healthyageing: Report of a WHO meeting*.Tübingen,Germany,18 March 2017. Disponibil la: https://www.who.int/publications/i/item/developing-an-ethical-framework-for-health-ageing-report-of-a-who-meeting (accesat: 15.08.2021).
6. Heshmati, H.M. The centenarians: An emergingpopulation. În: *Update in Geriatrics*(editorSomchaiAmornyotin). London: IntechOpenLimited,2021.ISBN: 978-1-83962-309-7; Disponibil la: https://www.intechopen.com/chapters/75412(accesat: 15.08.2021).
7. deHennezel, M. Éthique du vieillissement. În:.*Traité de bioéthique* (editor Emmanuel Hirsch), Vol.3. Paris; Toulouse: Érès, 2010, pp. 178-185. ISBN: 978-2749213071
8. Lombard, D.B., Miller, R.A., Pletcher, S.D. Biology of aging and longevity.În: *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*(ediotriJeffreyB. Halter, Joseph G. Ouslander, StephanieStudenski, Kevin P. High, SanjayAsthana, Christine S.Ritchie, Mark A, Supiano), 7th Edition. New York, Toronto: McGraw-Hill, 2017, pp. 59-82. eISBN: 978-0-07-183346-2
9. Ancet, P., Mazen, N.-J.Mourey, F., Pftizenmeyer, P. *Vieillir dans la dignité. Un combat pourdemain*. Bordeaux: LesEtudesHospitalières, 2009. ISBN: 978-2848741222
10. Pruncho, RA, Smyer, M. (Editors). *Challenges of an agingsociety.Ethicaldilemmas, political issues*.Baltimore:The John Hopkins University Press. 2007, pp. 3-15.ISBN: 9780801886485

11. Ontario HumanRightsCommission. *Policy on discrimination againstolderpeoplebecause of age.* 2007. Disponibil: http://www.ohrc.on.ca/en/policy-discrimination-against-older-people-because-age(accesat:01.08.2021).
12. World HealthOrganization.*Global report on ageism.*2021.ISBN 978-92-4-001686-6 Disponibil: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combatting-ageism/global-report-on-ageism(accesat:01.08.2021).
13. Butler, R.N. Ageism: Anotherform of bigotry. *The Gerontologist*. 1969,vol. 9, nr.4, p. 243-246.DOI: 10.1093/geront/9.4_part_1.243
14. Прощаев, К.И., Коневалова, Н.Ю. Проблемы возрастного эйджизма и егопреодоление в медицинской практике. Биоэтика *и* современные проблемы медицинскойэтики *и* деонтологии. Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием, 2 декабря 2016 г.Витебск,2016, с. 67.
15. Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., et al. Uneapprocheéthique de la question du confinement des personnesâgées en contexte de pandémie COVID-19: la prévention des fragilitésface au risque de vulnérabilité.*Ethics Med Public Health.* 2020, 14: 100539. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100539 (accesat: 04.05.2021).
16. Hippocrates. *The history of epidemics*(Samuel Farr trans.). London: T. Cadell, 1780.
17. Jonsen, A., Siegler, M., Winslade, W. *ClinicalEthics: A PracticalApproachtoEthicalDecisions in Clinical Medicine.* 7thEdition.New York: McGraw-Hill Medical, 2010. ISBN: 978-0071634144
18. McCormick, TR. EthicalissuesinherenttoJehovah'sWitnesses. *PerioperativeNursing Clinics.*2008, vol.3, nr.3, pp. 253-258.DOI:10.1016/j.cpen.2008.04.007
19. Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe.*Guide sur le processusdecisionnelrelatifauxtraitementsmedicaux dans lessituations de fin de vie. 2013.* Disponibil la: https://www.espace-ethique.org//sites/default/files/PAOGuideFDVeditF1.pdf(accesat: 04.05.2021).
20. Davies, B. Is old age an ethical problem? *GM Journal*. 2013. Disponibil: https://www.gmjournal.co.uk/is-old-age-an-ethical-problem (accesat: 04.05.2021).
21. Comité Consultatif National d'ÉthiquepourlesSciences de la Vie et de la Santé.*Avis n 87. Refus de traitement et autonomie de la personne.* 14/04/2005. Disponibil: http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf. (accesat: 17.05.2017).
22. World HealthOrganization. *A Declaration on thePromotion of Patient'sRights in Europe. International digest of healthlegislation,* 28 June 1994, v.45. nr.3. Disponibil: https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (accesat: 06.05.2021).
23. Regnier C. Recevoir le consentement en gériatrie. *Laennec. SantéMédecineÉthique*. 2011, vol.59, nr.4, pp.38-48. DOI: 10.3917/lae.114.0038
24. Fields, LM., Calvert, JD. Informedconsentprocedureswithcognitivelyimpairedpatients: A review of ethics and bestpractices. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.*2015, vol.69, nr.8,pp. 462-471.DOI: 10.1111/pcn.12289
25. Frankena, WK. *Ethics.* 2ndEdition. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.ISBN: 0-13-290478-0
26. Roberts, E., Robinson, J., Seymour, L. *Old Habits Die Hard: Tacklingagediscrimination in health and social care*. London: King's Fund.2002, 50 p. ISBN978 1 85717 462 5
27. Fillit, HM., Rockwood, K., Woodhouse, K. (Editors) *Brocklehurst'sTextbook of Geriatric Medicine and Gerontology.* 7thEdition. New York: Saunders of Elsevier, 2010. ISBN: 978-1-4160-6231-8
28. Rawls, J. A. *Theory of Justice.* Cambridge: Harvard University Press, 1999.ISBN 0-674-00078-1

29. Moutel, G. Whypatientconsentisnottobeneglected? *Gynécologie, obstétrique et fertilité*. 2012, vol.40, nr.11, pp. 698-700. DOI: 10.1016/j.gyobfe.2012.09.034
30. Gert, B, Culver, CM, Clouser, KD.*Bioethics a Returnto Fundamentals.* New York: Oxford University Press, 1997.ISBN: 0-19-511430-2
31. Toader, E. *Bioetică.Notiuni teoretice și de practică medicală*. Iași: Pim, 2016.ISBN: 978-6061335237
32. Lorettu, L., Aubut, J., Ciliberti R. The New Challenges for Medical Ethics. În: *Bioethics in Medicine and Society* (editori Thomas F. Heston și Sujoy Ray). London: Intech Open, 2021. ISBN: 978-1-83881-179-2 Disponibil: https://www.intechopen.com/books/bioethics-in-medicine-and-society/the-new-challenges-for-medical-ethics(accesat: 04.05.2021).
33. McCormick, T.R. Principles of Bioethics. *Website of University of Washington. School of Medicine, Deptartment of Bioethics and Humanities*,Seattle, WA. 2018. Disponibil la: https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/principles-bioethics(accesat: 04.05.2021).
34. Iserson, K.V. Principles of biomedical ethics. *Emergency Medicine Clinics of North America.*1999, vol.17, nr.2, pp. 283-306. DOI: 10.1016/S0733-8627(05)70060-2

MATERNITATEA LA VÂRSTĂ ÎNAINTATĂ, O PROVOCARE ETICĂ
(Cum decizii personale creează vulnerabilități)

Mircea Leabu
Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale „Victor Babeș”, București
Centrul de Cercetări în Etică Aplicată, Facultatea de Filosofie, Universitatea din București
mircea.leabu@ivb.ro, mircea.leabu@gmail.com

Introducere

Mileniul al treilea a venit peste noi cu o multitudine de provocări, într-o mare diversitate de direcții cu implicare societală, chiar dacă sunt în primul rând profesionale, majoritatea translatându-se spre tot atâtea provocări etice, multe de resortul bioeticii. Deși bioetica este un domeniu relativ nou în filosofia moralei și etica aplicată, începutul de mileniu trei este unul al multiplelor provocări, într-o gamă largă de direcții, inclusiv în aspectele legate de reproducerea omului [1]. Problemele etice mai vechi sau unele nou apărute vizează aspecte cum ar fi: începerea vieții sexuale la vârste fragede și riscurile pe care aceasta le implică, problema avortului, problema anticoncepționalelor, persistența și diversificarea bolilor cu transmitere sexuală, controlul genetic al reproducerii, structura familiei și bunăstarea copilului, schimbările demografice. Acestor direcții care ridică probleme etice complexe, dez-

voltările spectaculoase realizate de tehnologiile reproducerii asistate (TRA) le adaugă una care nu mai poate fi ignorată: sarcina și maternitatea la vârstă înaintată. Trecerea acestui subiect de la unul anecdotic, la unul ce trebuie tratat cu seriozitate trebuie să fie făcută deoarece, în tot mai multe areale geografice, un număr tot mai mare de femei care au depășit limita naturală a fertilității sunt dispuse să apeleze la TRA. Alături de aceste paciente, se află un număr tot mai mare de medici dispuși să forțeze pe de o parte natura și,pe de altă parte, dezvoltarea științei și tehnologiilor din domeniu. Dincolo de subiectivismul motivațiilor unora sau altora dintre părțile implicate, în unul sau altul dintre cazuri, există probleme de etică medicală care apar și care trebuie considerate cu atenție sporită. Această nouă direcție de interes bioetic diversifică problematica etică și așa complexă existentă pentru TRA [2]. Implicațiile etice legate de subiectul în discuție pot pleca de la o întrebare îndreptățită: există o limită de vârstă peste care sarcina și viitorul copilului devin problematice pentru om? Această lucrare abordează problemele etice legate de maternitatea la vârstă înaintată pe mai multe paliere: *(i)* din punctul de vedere al femeii trecute de limita naturală a fertilității și dispusă să beneficieze de reproducerea asistată, *(ii)* din punctul de vedere al medicului care este tentat de asemenea experimente și *(iii)* din punctul de vedere al societății civile. Într-un exercițiu de imaginație, vom comenta și o eventuală abordare *(iv)* din punctul de vedere al viitorului copil. Abordările vor ține cont de nivelul cunoașterii științifice din domeniu și de considerentele socio-culturale, inclusiv câteva implicații referitoare la credințele religioase. Nu vor fi ignorate nici implicațiile etice generale legate de dezvoltarea TRA cu referire la conceptele autonomie, demnitate umană, respectiv la riscuri și chiar la folosirea în cercetarea biomedicală a embrionilor excedentari obținuți prin fertilizare *in vitro*. Voi încerca să analizez capacitatea noastră de a extrage învățăminte din experiența de până acum a domeniului ce vizează maternitatea la vârstă înaintată, pentru a propune cadrul de asigurare a moralității activităților medicale legate de sarcina la vârstă înaintată și bunăstarea copilului. Acest text este menit a informa pe cei interesați asupra problematicii pe care o abordează și poate, mai degrabă, să ridice probleme la care trebuie și merită să medităm, decât să propună soluții pentru acestea.

Există o vârstă pe care să o considerăm prea înaintată pentru maternitate?

Întrebarea poate părea surprinzătoare pentru populația dintr-un areal geografic în care devin mame persoane care nu au trecut de adolescență, chiar dacă aceste situații sunt unele accidentale și excepționale. Dincolo de a fi doar una retorică,întrebarea este prin excelență una cu puternice implicații etice fie că o privim în perspectiva unei vârste înaintate pentru

purtarea unei sarcini, fie în ideea asumării creșterii unui copil nou născut de către părinți vârstnici. Alături de conotațiile etice legate de întrebarea în discuție, nu putem ignora aspectele biomedicale legate de sarcina la vârste înaintate, respectiv de sănătatea unui copil născut după folosirea unor proceduri care forțează limitele naturale. Creșterea vârstei medii pentru femeile purtătoare de sarcină în societatea contemporană este un fapt real, dar întrebarea ce înseamnă vârstă prea înaintată pentru maternitate preocupă [3, 4]. Evaluările statistice realizate de studii în diverse țări sugerează că este recomandabil ca femeile să își dorească să dea naștere la copii până la 35 de ani, care reprezintă o vârstă cu minime riscuri de sănătate atât pentru viitoarea mamă, cât și pentru copilul căruia îi dă naștere [3, 5, 6]. Riscurile rămân mici chiar și după 35 de ani, până la 45, după care ele sporesc îngrijorător [4-7]. Aceste date concordă cu limitele naturale ale fertilității. De ce oare? Ne putem întreba mai mult sau mai puțin retoric. Din punct de vedere științific, răspunsul ține de valoarea,adică de calitatea gameților, atât cei feminini, cât și cei masculini [3, 7], și este bine să nu ignorăm această realitate biologică.

Abordare din punctul de vedere al pacientelor

Este de înțeles dorința unei femei de a avea copii. Putem spune că este o dorință naturală. Mai nefiresc ar fi invers: să nu își dorească să aibă. În contextul conceptului libertății, așa cum este el definit în societatea contemporană, chiar și o asemenea decizie trebuie înțeleasă. Aici, aș porni discuția de la o interpretare personală a eticii datoriei a lui Kant, regândită în contextul contemporan de dezvoltare a cunoașterii. Pe arii geografice extinse, societatea umană a ajuns la niveluri la care preocuparea pentru supraviețuire nu mai este atât de presantă ca în trecut, pentru cine nu se eschivează de la muncă. În aceste condiții, consider că datoria fiecărui individ este aceea de a se preocupa să fie util speciei. Iar asta înseamnă, pe de o parte, datoria față de perpetuarea speciei (o datorie biologică, de fapt o menire naturală), iar, pe de altă parte, datoria de a contribui la bunăstarea speciei prin ceea ce faci; adică să contribui la dezvoltarea socială și culturală durabile, făcând ceea ce trebuie (dacă și ceea ce îți place, ceea ce este în concordanță cu abilitățile proprii, cu atât mai bine) prin implicare la potențialul maxim de care ești capabil. Privită prin prisma unei asemenea abordări, dorința unei femei de a avea copii este una morală. Problemele apar atunci când dorința se manifestă târziu, la vârste care trec de limita naturală a fertilității. Este drept că au fost înregistrate cazuri naturale de sarcină la vârste înaintate, dar cele mai multe sunt rezultatul intervențiilor posibile prin dezvoltarea TRA [8]. Chiar și în situația aplicării acestor tehnologii unor femei cu vârste tre-

cute de limita normală a fertilității, aspectele morale sunt atât de complexe, încât este greu, cel puțin în acest moment, să aplici reguli stricte. Să pornim comentariile de la cazuri prezente în literatura de specialitate. Cel mai spectaculos caz dintre cele care apar în documente, chiar dacă stă sub semnul îndoielii, este unul de dinainte de dezvoltarea TRA [6]. Este vorba de ce s-a semnalat despre Margaret Krasiowa născută în 1655, la Konin, în Polonia și decedată în 1763. În cei 108 de ani de viață a fost măritată de trei ori, ultima dată la vârsta de 94 de ani, cu un bărbat de 105 ani. Împreună ar fi avut trei copii, doi băieți și o fată. Un asemenea caz, dacă este real, este greu de analizat din punct de vedere etic, deoarece chiar dacă sfidează natura, este natural. Cazurile care ne oferă oportunitatea unor abordări etice sunt cele semnalate ca rezultat al fertilizărilor *in vitro* (FIV), și ne vom referi la cele șapte enumerate și de Arthur L. Caplan și Pasquale Patrizio [4], exemple care acoperă o perioadă de zece ani, cărora le adăugăm încă unul care lărgește oportunitățile de analiză etică. Iată cazurile prezentate succint:

Cazul 1.În aprilie 1999, Harriet Stole din Southgate, North London, Marea Britanie, a născut un fiu, la vârsta de 66 de ani. Motivația acestui caz a fost aceea de acceptare a poziției de mamă purtătoare pentru Lucy Handerson, nora sa, care era infertilă. Embrionul a fost obținut prin fertilizarea cu sperma lui Ross Stole, fiul Harrietei a unui ovocit al soției sale, nora infertilă a mamei purtătoare. Copilul a fost născut prematur, la 8 luni, având 1,648kg și nu sunt cunoscute eventuale probleme medicale care să fi apărut în perioada de creștere.

Cazul 2. Pe 9 aprilie 2003, la vârsta de 65 de ani, Satyabhama Mahapatra din Nayagarh, Orissa, India, a născut prin cezariană un băiat în greutate de 2,587kg, ca urmare a unei proceduri FIVși utilizarea unui embrion obținut din ovocitul unei nepoate de 26 de ani și sperma soțului celei supuse procedurii, Krishnachandra. A fost primul copil al cuplului, după 50 de ani de căsătorie. Sunt consemnate încercările medicilor de a o convinge pe femeie și pe soțul acesteia să nu recurgă la procedură datorită riscurilor pe care aceasta le implică în situația lor. Mahapatra a fost spitalizată și atent supravegheată medical pe perioada ultimului trimestru de sarcină.

Cazul 3. Al treilea caz amintit, în ordinea cronologică a întâmplării lor, este cel al românceiAdriana Iliescu, care a născut la 16 ianuarie 2005 două fete la Maternitatea Giulești, dintre care una a murit la scurt timp după naștere. Adriana Iliescu a fost mamă purtătoare pentru embrionii obținuți din ovocite și spermă de la donatori anonimi. Procedura a fost efectuată de Dr. Bogdan Marinescu, iar mama purtătoare a rămas însărcinată cu tripleți, însă unul dintre fetuși a murit în uter. De menționat și faptul că Adriana Iliescu a început tratament hormonal pentru reversibilizarea menopauzei, din 1995.

Cazul 4. Probabil cel mai complex caz prin prisma analizei etice, dar poate și cel mai mediatizat este cel legat de Maria del Carmen Bousada de Lara, din Spania. Aceasta a procedat la turism medical în SUA. Fără consultarea altor membri ai familiei (cel puțin așa reiese din mai multe declarații), a călătorit la Los Angeles, California, SUA, unde, la Pacific Fertility Clinic, a primit tratament pentru infertilitate (plătit din banii obținuți prin vânzarea casei) și a fost supusă unei proceduri FIV prin utilizarea de embrioni obținuți din gameți (ovocite și spermă)donați. După cum afirmă medicii clinicii, la internare a mințit, disimulându-și vârsta și declarând că ar avea 55 de ani. După ce a rămas însărcinată s-a reîntors în Spania surprinzându-și rudele, care nu au bănuit scopul călătoriei sale în SUA (fratele său mai mare i-a criticat public decizia). A născut prematur, prin cezariană, doi băieți gemeni la Spitalul Sant Pau din Barcelona, în 29 decembrie 2006, având vârsta de 67 de ani fără o săptămână. Fiecare copil a avut la naștere o greutate de 1,6kg. Maria a murit de cancer de stomac,la 11 iulie 2009, lăsând orfani doi copii de doi ani. După informațiile din presă copiii au fost preluați în grijă de naș, un nepot al septuagenarei mame.

Cazul 5. Interesant este și un caz de repetare de sarcină la vârstă înaintată, prin proceduri FIV. Este cel al unei austriece din Graz, al cărei nume a fost păstrat confidențial, care a născut al treilea copil, un băiat, în martie 2007, la vârsta de 66 de ani. Primul copil al acestei femei avea 30 de ani. Anterior, în 15 decembrie 2002, născuse la vârsta de 61 de ani, o fată de 2,72kg. Pentru ambele sarcini au fost utilizați embrioni obținuți din ovocite donate și sperma soțului.

Cazul 6. Una dintre cele cinci cele mai în vârstă femei (vârste între 70 și 74 de ani), din ce este menționat până în prezent, care a născut un copil ca urmare a unei proceduri FIV este Omkari Panwar, din India. Aceasta a născut prin cezariană doi gemeni, un băiat și o fată, în 27 iunie 2008, când avea vârsta de 70 de ani. Cei doi copii au provenit din embrioni obținuți din ovocite donate și sperma soțului femeii supuse procedurii, Charan Singh Panwar, în vârstă de 77 de ani. Cei doi soțiîși doreau un fiu, deoarece aveau doar două fiice, dar și cinci nepoți. Există însă incertitudini asupra vârstei femeii, deoarece nu are certificat de naștere, dar afirmă că își amintește că atunci când englezii au plecat din India (1947) avea nouă ani.

Cazul 7. Tot din India[1] și tot pentru o femeie de 70 de ani, ne vine următorul caz. Este vorba de Rajo Devi Lohan, care a născut în noiembrie 2008 o fată. Starea ei de sănătate s-a deteriorat apoi rapid și a murit

[1] India, după datele documentate până în prezent, este țara în care obiceiul de a naște la vârste foarte înaintate este cel mai încetățenit. Toate cele cinci cazuri de maternitate la 70 de ani și peste sunt pentru femei din India, iar perioada evenimentelor este între iunie 2008 și septembrie 2019.

la 18 luni după ce a născut, deși speranța de viață a femeii ar fi fost de încă cinci,până la șapte ani. A spus că decizia ei s-a datorat faptului că nu mai putea trăi cu stigmatul infertilității și că nu i s-a spus nimic despre riscurile pe care trebuie să și le asume. În timpul bolii (cauzate de un chist ovarian) ea a afirmat ca nu are nici un regret, deoarece și-a dorit toată viața un copil.

Cazul 8. Ultimul caz, tot din categoria turism medical, pe care îl voi aminti este cel al englezoaicei Elizabeth Adeney, care a născut la vârsta de 66 de ani, în mai 2009 un băiat de 1.958kg, la Addenbrooke's Hospital, Cambridge, Anglia. Pentru fertilizare a mers în Ucraina unde a găsit donori pentru ovocite și spermă, deoarece soțul ei, în vârstă de 71 de ani, refuza din 1999 să se supună înclinațiilor femeii către FIV, neîncurajând-o.

O analiză morală a cazurilor prezentate

Care ar fi problemele morale pe care le putem identifica pe baza cazurilor menționate mai sus?

Un prim aspect pe care doresc să-l menționez este legat de moralitatea motivațiilor deciziilor, așa cum pot fi deduse din prezentarea cazurilor.

Pentru cazul Harrietei Stole, motivația pare una morală, fiind încărcată de generozitate și de datoria dezvoltată în ambianța familială de a perpetua seminția. Așadar, este în spiritul interpretării de mai sus a kantienei etici a datoriei (pe care o extind la datoria față de specie). Nu există nici un temei să ne temem că decizia Harrietei ar putea cădea sub incidența avertizării lui Constantin Noica [9]: „Dacă faci pentru individ, moare speța." Consider că putem identifica în decizia Harrietei un mod de a face pentru individ, fără să amenințe speța.

Un comentariu asemănător poate fi făcut pentru cazul al doilea, Satyabhama Mahapatra, dar nu și pentru cel al Adrianei Iliescu.[2]În acest al treilea caz prezentat, putem identifica o motivație prin excelență egoistă, fapt ce este cu atât mai surprinzător cu cât femeia în cauză a fost cadru didactic universitar. Putem întrevedea că, după ce toată viața s-a preocupat de carieră, după încetarea activității, din considerente ce pot fi deductibile (singurătatea care se amplifica la vârsta înaintată și prin pensionare, găsirea unei preocupări care să nu îți permită tentația comodității, periculoasă pentru echilibrul biologic al organismului la vârsta senectuții, adică găsirea unui țel și a unui mobil pentru dorința și motivația de a trăi, cu atât mai pregnantă la o persoană activă de-a lungul întregii

[2] Adriana Iliescu a avut puterea și priceperea de a-și crește copila și de a se bucura de șansa de a o avea, însă în anul 2020 poveștile media despre ea au început să fie contradictorii. Cea mai în vârstă mamă din România a dispărut din atenția publică, iar de prin luna septembrie a anului de pandemie chiar și vecinii dumneaei afirmau că nu au mai văzut-o.

vieți) a găsit de cuviință să decidă să încerce să nască. Chiar dacă afirma că „[î]ntotdeauna am visat să fiu mamă...”putem interpreta nuanțat mărturisirea: a visa nu înseamnă neapărat a dori cu ardoare să-ți realizezi visul la timpul oportun; mai succint: a visa, nu înseamnă a vrea. Câte vise irealizabile nu poate avea o ființă umană? Ne putem întreba: de ce nu și-a găsit timp pentru a transforma visul în realitate, atunci când se afla în perioada de fertilitate naturală? Nu facem aici proces de intenție și nu ne lăsăm influențați de „entuziasmul” presei românești de genul intrării în cartea recordurilor. Cred că Adriana Iliescu nu asta a urmărit, ci chiar şi-a dorit un copil. Asta însă nu ne determină să renunțăm la a ne punem întrebarea de mai sus. Aș putea afirma că moral este să luăm decizii raționale. Moral este să nu facem lucruri dincolo de limitele biologice ale naturalului. Trecerea dincolo de asemenea limite ar putea fi, într-adevăr, periculoasă pentru speță (specia umană). Putem deduce din acest caz și din tendințele de formare de mentalități pentru tinerele de astăzi (așa cum se dezvăluie prin „[î]mi propun să fiu în formă excelentă, fizică și biologică, atunci când voi avea 40, 50 de ani. Iar dacă voi fi capabilă din punct de vedere fizic, atunci voi face un copil la 55 de ani.”[3]), următoarea concluzie: tinerele fete trebuie educate în spiritul echilibrării opțiunilor și ambițiilor profesionale cu cele sociale,cum ar fi întemeierea unei familii și aducerea pe lume de copii în perioadele din viață în care fertilitatea lor este naturală. Numai așa putem ajunge la decizii etice raționale, care să nu contravină principiului autonomiei, chiar dacă pentru unii educația, în asemenea direcții,este considerată manipulare. În tradiție aristotelică, orice virtute este o atitudine echilibrată între două extreme care reprezintă vicii. Între ambiție și dorința de a-ți face datoria atingând maximul potențialului propriu există diferențe de natură morală. Prima poate deveni viciu, cea de-a doua este firească și o putem considera etică.

În ceea ce privește cazul Maria del Carmen Bousada de Lara, acesta poate fi un exemplu de „așa nu” sub aspectul analizei etice. Egoismul deciziei, în acest caz, este acompaniat *(i)* de disimularea față de cunoscuți a dorinței de a se supune unei proceduri FIV la vârsta extrem de înaintată la care ajunsese (familia nu era la curent cu intenția ei), *(ii)*de ascunderea vârstei reale (la internarea în clinica unde s-a supus procedurii)și *(iii)*de nepăsarea, sau inconștiența cu care trata problemele legate de îngrijirea copiilor (după cum reiese din declarațiile făcute presei, care denotă și o exagerare față de principiul autonomiei).[4]Dacă avem libertatea alegerii

[3] “I plan to be super fit, super in shape when I’m 40, 50. And if I’m physically able to do it, then I will have a child at 55.”, afirmație citată de Linda J. Heffner [3].

[4] O declarație a Mariei dovedește că cele afirmate în text sunt argumentabile: „Oricine trebuie să aibă copii la momentul oportun pentru el însuși. Acesta a fost momentul potrivit pentru mine. A fost ceva la ce am visat întotdeauna.” În original declarația este: „Everyone

deductibilă din principiul moral al autonomiei, asta nu înseamnă că nu trebuie să facem o alegere rațională. Mai mult, prin declarații ulterioare[5] femeia a dovedit o ușurință discutabilă privind aruncarea responsabilității pe umerii unor persoane care nu au fost consultate anterior și care nu rezultă a-și fi dat acordul. Cum rămâne așadar cu principiul autonomiei în viziunea Mariei? Pentru ea se aplică, iar pentru ceilalți nu? Acum, trebuie să recunosc, din fotografiile disponibile, Maria rezultă a fi fost o femeie foarte frumoasă, care își putea ascunde cu ușurință vârsta. Asta nu înseamnă că îi putem accepta inconștiența. Cu atât mai mult cu cât nu a fost căsătorită niciodată. Ne putem întreba de ce? Cred că da, deși nu avem date care să ne conducă la un răspuns pentru această întrebare. Întrebarea, însă, ne poate sugera și o circumstanță atenuantă. O femeie așa de frumoasă va fi tot sperat să își găsească partenerul ideal (dacă o fi fost și o femeie foarte exigentă), dar să aștepți până la trecerea în deceniul șapte de viață ca să înțelegi că nu vei putea avea un copil în interiorul unei căsnicii şi abia apoi să te decizi să îl ai, sfidând limitele naturii, este prea mult pentru ca decizia să mai poată fi morală.

Cazul anonimei mame din Graz, cu dublă naștere după pierderea fertilității naturale, poate fi comentat succint prin recurgerea la proverbul latin „Errare humanum est; perseverare, diabolicum". Deși putem greși prin exigență nejustificată. Pe de altă parte, cazulpoate fi un argument pentru demonstrarea relativității în care ne putem afla(în momentul actual de dezvoltare a științei biologice și medicale, respectiv a moralei), referitor la găsirea de soluții și prinderea acestora în norme și reguli. Femeia a trecut cu bine peste cele două evenimente și nu sunt informații referitoare la evoluția copiilor care să ne dea dreptul să blamăm decizia de a naște copii la vârste foarte înaintate, 61, respectiv 66 de ani. Mai mult, soțul femeii a consimțit la decizie participând la procedura FIV prin donarea de spermă.

În ceea ce o privește pe Omkari Panwar și pe soțul acesteia (care a pus la dispoziție sperma necesară procedurii) singura întrebare care se poate pune este: de ce nu s-au decis mai devreme? Buna credință a femeii și probabil și a soțului acesteia se poate deduce din afirmațiile ei făcute când i s-a comunicat că este cea mai bătrână mamă din lume.[6]

---

has to have children at the right time for them. This was the right time for me. It was something I always dreamed of." Declarație făcută lui James Mills [Mills J. Why I lied to doctors, by the woman who became the world's oldest mother at 67.London Daily Mail, January 29, 2007]

[5] „My mother lived to 101 years-old and I have every reason to believe longevity runs in my family." În *Spanish woman who gave birth at 66 dies leaving orphaned twins*, The Telegraph, November 10, 2012;sau, „There are lots of young people in our family." Din *World's oldest mother dies at 69*, BBC News, July 15, 2009. Disponibil pe internet la adresa: http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/8152002.stm. Accesat la 10 noiembrie 2012.

[6] „Că sunt cea mai bătrână mamă din lume nu are nici o semnificație pentru mine. Vreau

Cazul celeilalte indiene, Rajo Devi Lohan, cu sfârșit nefericit, ne determină să medităm asupra întrebării: sunt datori pacienții să ceară detalii despre ceea ce îi așteaptă în urma unor proceduri medicale cărora le sunt supuși? Asta dincolo de obligativitatea medicilor de a informa pacienții, conform regulii obținerii consimțământului informat (acordului în cunoștință de cauză) pentru orice procedură medicală. Răspunsul meu este unul afirmativ, iar asta ne duce iarăși la ideea necesității educației membrilor societății în spiritul datoriilor și drepturilor morale.

Am ajuns și la ultimul caz amintit mai sus. Acesta conține într-însul argumente pentru continuarea eforturilor de globalizare a regulilor și normelor privitoare la activitățile din sistemul sanitar. Este clar că Elizabeth Adeney a profitat de diferențele sau vidurile legislative din diferite țări, pentru a se sustrage limitărilor impuse în sistemul de sănătate din țara de baștină, dar și pentru a contracara lipsa de înțelegere a soțului, care a fost acompaniată(ceea ce pare evident)și de o incapacitate a acestuia de a o convinge că nu face ceva normal și în acord cu limitele naturale impuse biologiei umane, în general și biologiei reproducerii, în particular.

Cele câteva comentarii critice, pentru unele cazuri de mai sus, nu ne îndreptățesc să ne arogăm libertatea de a blama femeile care doresc să aibă copii, chiar dacă urmăresc asta la vârste înaintate. Sunt două argumente care susțin această poziție: unul de natură statistică, celălalt de ordin medical.

Motivația statistică este dată de datele aflate în pagina Wikipedia cu titlul „Sarcina după vârsta de 50 de ani" [8]. Acolo, din cele 180 de cazuri evidențiate, cam 30% sunt prezentate drept concepții naturale. Ca să ne fie și mai limpede că regulile (legile), chiar cele naturale, biologice sunt relative și nu putem să contăm pe universalitatea lor, cazul Debbie Hughes este de-a dreptul paradoxal. Ea a născut la 53 de ani, deși a folosit anticoncepționale. Șapte dintre cazurile enumerate drept concepții naturale sunt din categoria celor în care sarcina a rezultat ca urmare a tratamentelor hormonale de substituție (nu este clar dacă ce se întâmplă ca urmare a unui tratament mai poate fi considerat natural, dar o asemenea dezbatere este mai puțin semnificativă aici). Analiza datelor din pagina de internet menționată ne arată că sunt evidențiate în total un număr de 44 de cazuri de concepere naturală a copiilor născuți de femei de peste 50 de ani. Dacă ar fi să considerăm ca punct de plecare anul 1978 (cel în care a fost născut pri-

---

doar să-mi văd noii bebeluși și să am grijă de ei cât timp sunt încă în stare." În original declarația este: „If I am the world's oldest mother it means nothing to me. I just want to see my new babies and care for them while I am still able." În *World's oldest mother gives birth to twins at 70*, Daily Mail, July 5, 2008. Disponibil pe internet la adresa: http://www.dailymail.co.uk/news/article-1031722/Worlds-oldest-mother-gives-birth-twins-70.html. Accesat la 10 februarie 2021.

mul copil conceput prin FIV[7]), analiza datelor ne dezvăluie că din cele 29 de cazuri de concepție naturală pentru femei de peste 50 de ani, doar 4 au rezultat ca urmare a tratamentelor hormonale de substituție. Se adaugă un al cincilea, care este și primul caz de concepere naturală după tratament hormonal de substituție, consemnat a se fi petrecut în 1956. Este vorba de Ruth Alice Kistler, din Protland, Oregon, SUA care, când avea vârsta de 57 de ani, a născut o fată. Aceste aspecte tocmai menționate ne determină să punctăm că nu putem vorbi de o limită naturală a vârstei de pierdere a fertilității femeii, aceasta depinzând de caracteristicile biologice, respectiv de potențialul biologic, individuale.

O susținere cu argumente medicale a faptului că nu avem dreptul să blamăm femeile trecute de o anumită vârstă pentru dorința de a avea copii și pentru realizarea acestei dorințe prin căi disponibile, conform actualului stadiu de dezvoltare a științelor biologice și medicale, se bazează pe câteva date din literatură, chiar dacă acestea nu pot fi considerate concludente prin exigențele statisticii. Sunt date referitoare la riscurile privind sănătatea și bunăstarea mamei, respectiv ale copilului [3-7]. Fiecare pacient reprezintă un caz particular și trebuie tratat ca atare. De aceea, aplicarea principiului dreptății în cazul temei discutate atrage o serie de dificultăți în abordarea etică. Femeile sunt egale juridic și social, dar nu sunt identice din punct de vedere biologic, dincolo de toate aparențele. Pentru unele femei, maternitatea și sarcina la o vârstă înaintată este mai puțin riscantă și mai de succes în conceperea și nașterea de copii, decât pentru altele [10]. Observații similare au fost raportate și pentru bărbați, în privința calității spermatozoizilor [7], deși acest aspect nu este la fel de critic pentru sănătatea viitorului copil, iar pentru sănătatea mamei nu are nici o consecință. Dacă adăugăm la aceste realități indubitabile problema costurilor procedurilor FIV, acestea fiind considerate mai degrabă ca un eșec al TRA [10], atunci principiul dreptății, care are caracter *prima facie*, devine chiar mai greu de acomodat și aplicat într-un mod ortodox. Totuși, în conjuncție cu aplicarea altor două principii ale bioeticii, principiul beneficenței (facerii binelui) și principiul non-maleficenței (nefacerii răului)[11], pentru fiecare caz particular pot fi găsite soluțiile care să îndeplinească exigențele eticii.

Abordare din punctul de vedere al medicului

În tradiția Jurământului lui Hipocrate, pe care și-l asumă la terminarea facultății, medicii au două ținte morale de bază: să aplice la standardele cele mai ridicate cunoștințele pe care le au (ceea ce corespunde

[7] Este vorba de Louise Joy Brown născută la 25 iulie 1978, ca fiică a Lesleyei Brown,beneficiara unei proceduri FIV dezvoltată de medicii Patrick Steptoe, Robert G. Edwards și Jean Purdy, în cadrul Oldham General Hospital, din Lancashire, Marea Britanie. Loise Brown are acum aproape 43 de ani, este căsătorită din 2004 și are 2 copii.

integrității profesionale, ca și principiului nefacerii răului) și să urmărească beneficiul pacientului (ceea ce înseamnă respectarea demnității ființei umane și respectul pentru viață). Totuși, în cea mai recentă jumătate de secol (adică cel puțin cele două decenii ale sfârșitului de secol trecut și deceniile deja scurse din mileniul al treilea), problematicile eticii medicale (parte integrantă a bioeticii) au explodat exponențial odată cu dezvoltările fără precedent din științele și tehnologiile biomedicale. TRA reprezintă un asemenea progres albiomedicinii, care ridică o multitudine de preocupări și dileme etice, cum ar fi statutul moral al materialului reproductiv (ovocitele și spermatozoizii), respectiv al embrionului, moralitatea implicării unei terțe părți în procreare (fie ea mamă surogat, respectiv donare și manipulare de gameți), ca și aspecte etice legate de crio-prezervarea celulelor sexuale sau a embrionilor sau cercetarea pe celule stem sau pe pre-embrioni [12]. Încerc aici unele elucidări bazate pe analiza preocupărilor etice privind sarcina și maternitatea la vârste dincolo de limitele naturale ale fertilității, considerate, mai mult sau mai puțin îndreptățit, de la 50 de ani în sus. Pentru abordarea acestor aspecte, voi lua în considerare cele două ținte morale de bază menționate la începutul secțiunii.

Ce ne spune cunoașterea științifică din domeniul biologiei reproducerii? Este dovedit că fertilitatea și fecunditatea feminine scad cu înaintarea în vârstă [3, 10, 13-17]. Nici la bărbați aceste abilități nu rămân neafectate, dar aceasta este o altă problemă care nu face obiectul analizei din acest eseu. Rămânem la discuția despre femeie și punctăm că descreșterea capacității reproductive odată cu înaintarea în vârstă este cauzată, în principal, de scăderea calității ovocitelor și nu de inabilitatea endometrială de a recepta și implanta zigotul [13, 14]. Dincolo de toate acestea, există lucrări de sinteză care argumentează că toate riscurile pot fi ținute în limite rezonabile și chiar acceptabile, dacă se procedează la consultanță judicioasă acordată pacientelor și la o selecție profesionistă a femeilor înrolate în procedurile TRA [3, 12, 18]. Mai mult, într-unul dintre articole se menționează odată în plus că „donarea de ovocite a fost dezvoltată inițial ca o abordare terapeutică pentru femeile tinere care sufereau de insuficiență ovariană prematură, mai degrabă decât ca un mijloc de a trata și depăși declinul de fertilitate cauzat de vârstă."[8]

Dar ce spun oare medicii referitor la sănătatea și binele copiilor concepuți prin TRA și născuți de mame care au depășit limita fertilității naturale? Riscurile privind copiii includ frecvența crescută pentru sindrom

[8] Citatul tradus de autorul eseului se află în articolul menționat la trimiterea bibliografică [18], la pagina 2320, în original fiind: "Oocyte donation was initially developed as a therapy for young women with premature ovarian failure, rather than as a means of overcoming the age-related decline in fertility."

Down sau anomalii cromozomiale [3], cazuri sporite de avort spontan sau nașteri de fetuși morți [3, 5], acestea putând afecta și starea mamei (fizică sau psihică), greutăți scăzute sau foarte mari, la naștere [6, 15, 17], număr crescut de nașteri premature sau de moarte după naștere [15, 17]. Punctul de vedere al celor mai mulți dintre profesioniștii implicați în TRA este unul reținut, considerând că încă nu există suficiente date care să permită depășirea aspectelor contradictorii și care să permită elucidări ale problemelor medicale. Progresele făcute în domeniul TRA sunt spectaculoase, însă dezbaterile pro și contra continuă, fără a împiedica mersul înainte. Dimpotrivă, acestea ar trebui să îl facă mai sigur. În ce privește tema noastră, este important ca datele, referitoare la efectele pe termen lung asupra sănătății și stării de bine a mamelor în vârstă și a copiilor născuți de acestea prin TRA, să fie accesibile pentru o analiză mai bună, cu rezultate semnificative [10, 14, 15, 17]. Atâta timp cât datele nu sunt clare, medicii sunt îndreptățiți să ceară permisiunea de a merge înainte, cu obligația de a respecta standardele de eliminare a riscurilor previzibile. Astfel, toți medicii care activează în domeniul TRA trebuie să fie atenți la a-și desfășura activitatea fără a sfida Natura și fără a o provoca, adică fără „a se juca de-a Dumnezeu". O mare dilemă se află în fața medicilor: să meargă cu entuziasm (profesional) înainte, fiind acuzați că provoacă Natura și că „se joacă de-a Dumnezeu", sau să fie excesiv de precauți și să refuze aplicarea TRA la femeile în vârstă, fiind, în acest caz, învinuiți de paternalism, aroganță sau chiar sexism? A găsi soluții la asemenea dileme este o problemă de vocație și ține de ce-a de-a doua țintă principală a medicului: urmărirea beneficiului pentru pacient (fizic, psihic, social). Voi îndemna cercetătorii să procedeze întotdeauna la a face știință în cadrul eticii profesionale și în concordanță cu standardele morale ale societății [19, 20]. Cea mai mare parte a cercetătorilor domeniului biomedical și a medicilor este sensibilă la moralitatea muncii lor, acționând cu precauție. Cele mai multe spitale și centre, care furnizează servicii privind TRA femeilor peste 45 de ani, selectează cu atenție potențialele paciente prin: anamneză și examinare fizică riguroase, teste cardiace care să includă cel puțin ECG, set complet de analize hematologice, hepatice, renale, profil lipidic, teste de toleranță la glucoză, spectru al bolilor infecțioase (inclusiv HIV), investigații imagistice pentru detectarea oricăror afecțiuni tumorale mamare, teste pentru funcția glandei tiroide, frotiu de col uterin, histeroscopie sau histerosalpingografie, investigare ecografică pelviană, sau orice alte teste utile impuse de istoricul medical individual al candidatei la procedură[15, 17]. În 1993, Sir Robert Geoffrey Edwards, unul dintre pionierii FIV, susținea TRA afirmând [21]că procedurile „[...] sunt practicate sub atentă îngrijire medicală, astfel încât cercetătorii din

domeniul medical supraveghează îndeaproape metoda și pot avertiza pentru evitarea oricăror practici medicale lipsite de etică, examinând și selectând cu atenție pacienții anterior ofertei de tratament."[9] Edwards finalizează opinia sa afirmând: „Presupun că cele mai sănătoase [femei] vor beneficia de această nouă posibilitate de a concepe la vârste înaintate. Este greu de crezut că vreun guvern strâmtorat financiar va saluta costurile suplimentare de sănătate,iar prioritățile lor în direcționarea sumelor limitate disponibile vor împiedica finanțarea unor astfel de facilități pentru părinți în vârstă. Oricum, unele țări vor interzice întregul proces. Dar apărarea primară în favoarea maternității la vârstă înaintată trebuie să se bazeze pe libertatea individuală de a face ceva care nu dăunează, un principiu larg acceptat în atât de multe alte domenii legate de sexualitate și concepție. Această libertate nu trebuie violată."[10] Se pare că viața îi dă dreptate. Este însă de datoria noastră să nu folosim necorespunzător nici un progres al științei și tehnologiei, atât în domeniul medical, cât și în orice alt domeniu de activitate. Să nu ne complicăm existența cu decizii la limita raționalului, în care echilibrul deficitar dintre riscuri și beneficii poate pune în pericol specia umană și chiar mediul în care aceasta s-a dezvoltat și de care îi depinde supraviețuirea.

Abordările de mai sus se pot așeza bine și pot argumenta viziunea personală pe care o am plecând de la etica datoriei a lui Kant. Cercetătorii din biomedicină și medicii trebuie să fie utili speciei umane, adică trebuie, alături de noi toți, să se preocupe de perpetuarea speciei și să sporească binele (cel puțin sub aspectul sănătății) semenilor. Astfel, trebuie să contribuim, unii direct alții indirect, la procrearea ființei umane prin dezvoltarea și utilizarea TRA, căutând, în același timp, să facem tot ce putem pentru binele umanității, în general. Mai mult, facilitând oportunitatea de a avea copii persoanelor sau cuplurilor în vârstă, care altfel nu ar avea nici o șansă pentru această împlinire, medicii pot contribui la fericirea acestora, ceea ce este moral chiar și în tradiție aristotelică. Această viziune este aplicabilă oricărei persoane care solicită și este eligibilă pentru

[9] Citatul tradus de autorul acestui eseu se află la pagina 1542 din trimiterea bibliografică [21], iar în originat se prezintă astfel: "[Assisted reproduction technologies are procedures]practised under close medical care, so medical scientists closely control the method and can insist on avoiding any unethical medical practice by carefully examining and selecting patients before the treatment is offered."

[10] Citat din aceeași refeninţă [21], iar textul original, aflat la pagina 1543 este: "I suppose that the more wealthy will benefit from this newfound ability to conceive at older ages. It is hard to see any cash-strapped government welcoming theadditional health costs, and their priorities for the limited sums available will preclude funding such older-age parents. Some countries may ban the whole process anyway. But the primary defense in support of the older parent must stand with the liberty of the individual to practice something that does no harm, a principle widely accepted in so many other areas of human sexuality and conception. This liberty must not be violated."

o procedură TRA, fie ea tânără sau în vârstă. Viziunea, aplicabilă specific pentru fiecare candidat, nu este în contradicție cu nici unul dintre cele patru principii *prima facie* larg aplicabile practicii medicale [11] și nici regulilor de analiză matură a riscurilor și de protejare a vulnerabilității persoanelor. Fără o abordare etică adecvată, deciziile dimpotrivă pot crea vulnerabilități, în loc să le elimine la persoane care prin traiectoria lor în viață pot deveni vulnerabile. Așa se poate întâmpla și cu persoanele care își doresc copii și, din motive mai mult sau mai puțin obiective, nu își pot realiza această dorință firească naturii umane.

Abordare din punctul de vedere al societății

A avea copii, cu tot ce implică asta (bucurie, grijă, responsabilitate), este o dorință umană firească atât pentru femeie, cât și pentru bărbat. Este drept că implicarea psihică și fizică pentru femeie necesită o infinit mai mare fidelitate și este mai solicitantă ca efort, mai ales în primii ani ai dezvoltării bebelușului, iar dacă partenerul este sensibil la asta poate ajuta enorm la buna creștere, la formarea psihică echilibrată și la educarea copilului. Abordarea prin prisma societății civile a aspectelor morale legate de maternitatea la vârstă înaintată poate pleca de la rememorarea unor puncte din „Declarația universală a drepturilor omului", care la articolul 16 menționează:

„1. Cu începere de la împlinirea vârstei legale, bărbatul și femeia, fără nici o restricție în ce privește rasa, naționalitatea sau religia, au dreptul de a se căsători și de a întemeia o familie. Ei au drepturi egale la contractarea căsătoriei, în decursul căsătoriei și la desfacerea ei.

2. Căsătoria nu poate fi încheiată decât cu consimțământul liber și deplin al viitorilor soți.

3. Familia constituie elementul natural și fundamental al societății și are dreptul la ocrotire din partea societății și a statului."

Plecând de la declarația menționată și luând în considerare și alte documente internaționale relevante, Arthur L. Caplan și Pasquale Patrizio [4] oferă un comentariu interesant și convingător asupra drepturilor pozitive, respectiv negative, punctând că nicăieri în aceste documente nu se specifică dreptul oricărei persoane la reproducere și că „nimic în aceste convenții și tratate internaționale nu stipulează vreo datorie a statelor și guvernelor de a furniza persoanelor singure parteneri și acces, mai mult sau mai puțin, la tehnologii de reproducere", trăgând următoarea concluzie: „Deși această poziție este, fără îndoială, deschisă dezbaterii, nu este nici o îndoială că nicăieri în legile, tratatele, convențiile sau legislația internațională nu este recunoscut dreptul pozitiv la reproduce-

re."[11] Totuși, din punctul de vedere al societăților libere (nu știu să fi fost identificată vreo societate care să aibă o viziune diferită), reproducerea este înțeleasă tacit ca fiind un drept fundamental [15], însă nu există nici o obligație a societății de a încuraja, prin vreo normă, femeile în vârstă de a căuta să aibă copii la vârste trecute dincolo de limitele naturale ale fertilității. Dar nici nu există vreo obligație a cuiva să împiedice asemenea eforturi ale femeilor în vârstă fără motive solide, medicale sau sociale. Vom discuta pe rând aspectele legate de asemenea motive de îngrijorare.

Probleme legate de sănătatea mamelor vârstnice

Riscurile pe care trebuie să și le asume femeile care decid a avea copii la vârste înaintate sau foarte înaintate au fost prezentate pe larg într-o secțiune anterioară. Riscurile sunt reale, însă reale sunt și schimbările intervenite la nivelul societății actuale. Femeile și-au dorit, au luptat pentru și au obținut emanciparea și militează, în continuare, pentru lărgirea acesteia. Fără a ignora extremismul unora dintre abordările feministe (există voci care neagă chiar și diferențele biologice dintre bărbat și femeie), nu prin acesta vrem să argumentăm aici. Succesele înregistrate în procesul de emancipare și de obținere a egalității în drepturi, oferă femeilor oportunități de realizare profesională și cariere reușite pentru care pot opta cu prioritate, pentru a amâna maternitatea mai târziu în viața lor [10, 15, 17]. Cum, din punct de vedere social, politicile sunt de încurajare și susținere a implicării femeilor în orice activitate profesională își doresc și pentru care se simt chemate, fără restricții(adică se oferă oportunitate unor cariere strălucite), atunci este normal să se accepte și amânarea procreării și îngrijirii copiilor, atâta timp cât progresele medicale din TRA permit diminuarea riscurilor prin abordări adecvate, specifice potențialelor candidate, respectiv prin evaluări și management responsabil din ambele părți (medic, respectiv pacient) [15]. Mai mult, conform principiului autonomiei, femeile trebuie să facă opțiuni libere și au dreptul să-și asume riscuri, însă în cunoștință de cauză, ca rezultat al unei educații adecvate și a unei consultanțe făcută de profesioniști. Totuși, sarcina și maternitatea la vârstă înaintată nu pot fi încurajate pentru a deveni regulă, iar o atitudine corectă este aceea care să conducă la minimizarea la maximum a riscurilor pentru femeie și copiii născuți

[11] În original, la pagina 285 din referința [4], paragrafele traduse de autorul acestui eseu sunt: "Nothing in these international covenants and treaties recognizes the duty of the state or government to supply single persons with mates much less access to reproductive technologies.", respectiv "Although that position is certainly open to debate, there is no doubt that nowhere is the positive right to reproduce recognized in international law, treaties, covenants, or legislation. So there is no legal obligation to provide older persons with the technology requisite for them to reproduce."

în asemenea circumstanțe, respectiv la reducerea eventualelor costuri nejustificate (nu doar materiale) pentru societate. Eficiența unei astfel de educații și consultanța pot deveni lipsite de semnificație în comparație cu dorința unor femei care pun cariera profesională în prim planul vieții lor la tinerețe, pentru a proiecta maternitatea pe baza TRA mai târziu în viață. Așa se pare că s-a întâmplat în cazul Adrianei Iliescu, care a avut o lungă carieră, demnă de stimă, de profesor universitar, decizând să devină mamă târziu, reușind asta la 66 de ani, ca urmare a procedurilor TRA la care a fost supusă. Cam așa s-a întâmplat și cu Rajo Devi Lohan, care a dorit să scape de stigmatul de infertilitate purtat timp de șase decenii, într-o societate cu mentalități care au împins-o către decizia de a fi mamă foarte târziu, imediat ce i s-a oferit oportunitatea prin TRA. Este momentul să amintim în contextul acestei argumentări și avertismentul unei tinere, citat de Linda F. Heffner: „Iar dacă voi fi capabilă fizic să o fac, atunci voi avea un copil la 55 de ani."[12][3]Este evident că educația în spiritul bunului echilibru între dorințe, riscuri, responsabilități (față de propria persoană, față de cei dragi – copiii doriți –, față de societate) și oportunitățile ivite (uneori la momente nepotrivite) trebuie să pornească de foarte devreme.

Demne de notat sunt și îngrijorarea, respectiv riscurile pe care le implică valoarea biologică a ovocitelor femeilor după o anumită vârstă, însă la acest aspect ne vom referi într-o secțiune de mai jos, privitoare la abordarea din punctul de vedere al viitorului copil.

Probleme sociale legate de alocarea resurselor din sistemul de sănătate

Dacă ne punem de acord că TRA nu reprezintă, la modul general, o cale imorală de rezolvare a unei probleme personale cu implicație socială, o dezbatere privind alocarea de resurse devine firească. Mai mult, trebuie să vedem dacă TRA ar trebui să fie aplicate pentru a depăși problema infertilității la femeia trecută de limita biologică a fertilității. Nu ne propunem să discutăm problemele pe care le ridică TRA în direcțiile legate de obținerea copilului dorit prin manipulare genică, eugenie, clonare umană etc., ele însele provocări etice ale mileniului în care doar ce-am intrat. Aici, vă invit să abordăm aspectele legate de nedumerirea legată de alocarea de resurse privind ovocitele (întotdeauna limitate, ceea ce pare a fi o regulă pentru toate tipurile de resurse) pentru donarea lor femeilor tinere sau celor de vârste înaintate sau foarte înaintate. Plecăm de la faptul că putem identifica două tendințe evidente în societatea

[12] În articolul citat la referința [3], originalul este: "And if I'm physically able to do it, then I will have a child at 55."

actuală: (i) vârsta fertilității a scăzut în ultimii 50 de ani, cauzând îngrijorări legate de compoziția demografică a populației [22] și (ii) schimbările sociale au permis femeilor să urmeze cariere profesionale lungi și de succes, la egalitate cu ale bărbaților. Aceste două tendințe fac ca orice discriminare referitoare la accesul la TRA să fie nejustificată. Pe de altă parte, aceste proceduri sunt deosebit de costisitoare, iar povara tratamentelor duce adesea la întreruperea lor pentru cuplurile tinere, fără a obține copiii doriți [23, 24]. Succesul TRA vine adesea după câteva încercări capcoadă. În aceste circumstanțe, a limita accesul femeilor în vârstă la aceste tehnologii pare complet incorect. Mai mult, considerând fiecare caz în parte în specificitatea lui, am deduce că cel puțin o procedură TRA ar trebui acoperită financiar prin sistemele de sănătate pentru orice femeie dovedită un candidat eligibil. În sfârșit, în funcție de puterea financiară a sistemelor din diferite țări, numărul de proceduri acoperite poate să difere, dar trebuie să fie egal pentru toate solicitantele eligibile, dacă nu se răzgândesc pe parcurs. Dincolo de această posibilă regulă, totul va fi lăsat în jocul pieței, al cererii și ofertei.

Abordare din punctul de vedere al viitorului copil; un fel de pledoarie

Dezbaterile cele mai pasionate între profesioniștii domeniului, eticieni, experți în științe sociale, politicieni și reprezentanți ai societății civile și mass media sunt, probabil, cele legate de sănătatea și bunăstarea copiilor concepuți prin proceduri TRA. Așa cum am menționat deja, calitatea biologică a ovocitelor femeilor devine problematică după 40 de ani, ceea ce poate afecta sănătatea și bunăstarea copiilor care se pot naște. Totuși, acest neajuns poate fi ușor depășit prin utilizarea recentelor dezvoltări din TRA, cum ar fi crioprezervarea ovulelor și donarea acestora [10, 15, 17, 25-27]. Crioprezervarea ovocitelor pare, de asemenea, a face depășite obiecțiunile privind calitatea tipurilor de relații dintre o mamă și copilul care nu ar proveni din propria sa ființă și care ar argumenta, mai degrabă, pentru adopție. Rămân aspectele legate de timpul cât un ovul se poate prezerva fără a-i fi afectat potențialul biologic. Experiența ne va aduce lumină asupra precauțiunilor ce trebuie avute în vedere și sub acest aspect. Rămân obiecțiunile legate de capacitatea unei femei de vârstă înaintată de a se dedica și de a avea suficientă putere fizică și/sau psihică pentru îngrijirea și educarea copilului. Altă problemă este legată de speranța de viață a unei mame de vârstă înaintată și de șansa de a trăi suficient cât este necesar pentru a avea grijă de copil în perioadele critice ale adolescenței și tinereții. Studiile legate de capacitatea și disponibilitatea mamelor de vârstă înaintată de a îngriji copiii lor, câte există, sunt abia la început, iar rezultatele sunt (încă) neconcludente. Un aseme-

nea studiu menționa că: „Mamele copiilor concepuți prin reproducere asistată dovedesc mai multă căldură față de aceștia, sunt mai implicate emoțional, interacționează mai mult cu ei și se plâng mai puțin de stresul asociat cu ipostaza de părinte, decât mamele care au conceput natural copiii."[13][28] De notat că Adriana Iliescu și-a descris experiența de mamă vârstnică astfel: „Dacă eram tânără, exista riscul să fi fost șomeră sau să fi fost plecată la lucru toată ziua", respectiv „Fiica mea a înțeles că am născut-o mai târziu, dar că sunt sănătoasă și că am bani să o cresc" [29]. Cea de-a doua frază ar putea ridica problema decalajului între generații, însă, după câte cunosc, nu există studii sociologice care să confirme ipoteza că vârsta înaintată a părinților ar putea afecta dezvoltarea corespunzătoare a copiilor. Într-o altă circumstanță, Adriana Iliescu a declarat: „Nu mă puteam gândi la un copil cât am muncit din greu. Dar, de la vârsta de 37 de ani, după ce mi-am terminat doctoratul, am fost gata să am un copil. Însă, atunci, nu exista FIV"[în România, trebuie să adaug eu][30]. Considerând această destăinuire, comentariul meu de la secțiunea „**O analiză morală a cazurilor prezentate**" în ce privește cazul trebuie privit ca puțin cam dur; dumneaei are argumente credibile. Totuși, comentariul nu își pierde întrutotul sensul, dacă este să privim la modul general.

Toate cazurile luate în discuție în acest articol ca și argumentările ne determină să ne îndoim de corectitudinea unei decizii de a purta o sarcină și de a avea copii la vârste peste 50 de ani. Putem considera că un copil născut de o mamă de vârstă înaintată este ca și orfan? Cum putem să ne gândim că un copil născut de părinți cu vârste de 50 de ani sau aproape este ca și orfan, atâta timp cât speranța de viață a unei femei este, în multe arii geografice de pe glob, de peste 80 de ani? De fapt nu putem face asta într-un mod rațional, argumentabil prin evidențe. Aspectele legate de sănătatea femeilor la o vârstă înaintată, de capacitatea și angajarea lor pentru a face față exigențelor creșterii copilului sunt argumente șubrede, iar aceste opinii rămân încă în polemici aprinse. De exemplu, Onora O'Neill afirma că „a permite femeilor de vârstă înaintată să aibă copii pentru care este puțin probabil să aibă sănătatea și anii de viață pentru a-i crește bine, implică riscuri cunoscute și serioase pentru orice copil. Faptul că alți copii cu mame tinere își pot, de asemenea, pierde mamele prea devreme în cursul vieții, nu reprezintă un argument serios pentru a alege să ai copii foarte târziu în decursul vieții: o asemenea pierdere este, de regulă,o neșansă grea și, cu dificultate, o realitate pe baza căreia chiar și cei mai puțin responsabili

[13] Pasajul original din referința [28] este "Mothers of children conceived by assisted reproduction expressed greater warmth towards their child, were more emotionally involved with their child, interacted more with their child and reported less stress associated with parenting than mothers who conceived their child naturally"și se află la pagina 2330.

viitori părinți să-și bazeze planurile de viitor."[14][31]

O altă problemă este legată de educația copiilor într-o familie mono-parentală, referindu-se la acomodarea psihologică și realizările din instituțiile educative ale progeniturilor. Abordările sociologice sugerează că elevii proveniți din familii mono-parentale sunt mai puțin determinați să urmeze forme superioare de învățământ și recurg mai devreme la abandonul școlar, devenind mai devreme părinți, la rândul lor [28]. Totuși, o asemenea stare de fapt poate fi explicată mai bine luând în considerare alți factori, cum ar fi veniturile financiare scăzute, mai degrabă decât structura familială [28]. Multe femei care decid să amâne sarcina și nașterea de copii din raționamente ce țin de realizarea carierei profesionale se află, trebuie remarcat, într-o situație financiară confortabilă [17]. De menționat că „Femeile în vârstă sunt mai bine educate, au o situație economică mai bună și sunt mai bine pregătite emoțional pentru a îngriji un copil."[15][15].

Mesajul de reținut din argumentările acestei secțiuni ar fi: preocupările legate de sănătatea și bunăstarea copiilor concepuți prin TRA de către femeile de vârstă înaintată, sau chiar de părinții în vârstă, par a susține mai degrabă acțiunea pro, decât pe cea de interdicție. Din nefericire, consecințele pe termen lung asupra sănătății și bunăstării copiilor sunt încă greu de apreciat și, astfel, doar viitorul ne va arăta ce este corect și cum trebuie să procedăm într-o matrice etică. Există scrieri care se apleacă îndeaproape asupra complexității domeniului TRA atât sub aspectul profesiunii medicale, cât și din punctul de vedere al eticii profesionale [32-34]. Este bine că așa stau lucrurile. Societatea va avansa, iar progresul atât cel științific, cât și cel socio-economic nu vor avea decât de câștigat.

În loc de concluzii, învățăminte de tras

Pe vremea când eram student la Facultatea de chimie a Universității „Alexandru Ioan Cuza", din Iași (acum mai bine de 45 de ani), am găsit în orarul afișat un nou curs intitulat „Psiho-sociologie industrială". Promoțiile anterioare nu urmaseră acest curs (de aici și perplexitatea noastră, când am văzut orarul), dar nici cele de după noi. Surpriza a fost să avem de-a face cu un profesor (numele dumnealui este Vasile Constantin Ciocârlan) cu o dăruire

[14] Pasajul original din referința [31], aflat la pagina 67, este: "enabling elderly women to have children whom they are unlikely to have the health and years to nurture well knowingly risks serious difficulties for any child. The fact that other children with younger mothers may also lose their mothers too early in life is not a sufficient argument for choosing to have children very late in life: such loss is widely seen as grave misfortune, and hardly something for which even minimally responsible aspiring parents would plan."

[15] În original, la pagina 168 din trimiterea bibliografică [15], pasajul sună astfel: "Older women are better educated, have better economical situation, and are better prepared emotionally to care for a child."

și un talent ieșite din comun, astfel încât destinul ne-a fost favorabil. Cursurile domnului Ciocârlan m-au impresionat (și nu doar pe mine, ci pe mai toți colegii) și am reținut fără a face un efort deosebit două lucruri care și-au pus amprenta pe înțelegerea înțeleaptă a vieții. Unul dintre aceste lucruri merită amintit aici, fiind util pentru argumentarea din eseu. Profesorul ne-a explicat la un moment dat că omul are două vârste: una biologică (adică una fizică) și alta psihică. De regulă, vârsta psihică poate influența pe cea biologică. Eu aș spune că și reciproca este valabilă, dar favorabil este că dacă te simți tânăr mental, îți vei menține tânăr și biologicul. Invers este tragic, dar se întâmplă unor nefericiți, responsabili de nefericirea lor. Astfel, o persoană își poate menține tinerețea biologică printr-o atitudine mentală tânără. De aceea, o vârstă limită pentru utilizarea TRA la femeie poate fi luată în considerare, însă trebuie fundamentată pe rațiuni solide medicale, psihologice și sociale.

O altă problemă de avut în vedere este cea legată de împingerea actelor noastre dincolo de limitele impuse de Natură. Naturalul *versus* nenaturalul și relațiile acestora cu moralitatea au fost menționate de David Hume (1711 – 1776). Dacă ar fi să parafrazăm atitudinea lui în această direcție am putea să ne imaginăm următoarea argumentație:„Îmi este, cu siguranță permis moral să mă feresc din calea unei pietre care m-ar putea altfel omorî, deși mișcarea pietrei este rezultatul unei legi a naturii.” Folosind drept bază o asemenea argumentare deductibilă din Hume și faptul că din filosofia lui ar rezulta că nu consideră supunerea la legile naturii ca o fatalitate, mulți eticieni au acceptat că o dezbatere despre natural, respectiv nenatural este departe de a ne oferi criterii de încredere care să ne poată ghida către o corectă decizie etică. Mai mult, în tema noastră Natura însăși dovedește că nu se pot trasa limite ferme atâta vreme cât s-au putut evidenția concepții naturale pentru femei de peste 50 de ani. De aceea o întrebare de genul „Cât de înaintată o vârstă este prea înaintată pentru maternitate?” rămâne valabilă, fără a i se putea da un răspuns definitiv.

Dacă dorința de a avea copii este un imperativ atât din punct de vedere științific, cât și prin tradiție (chiar religioasă: a se vedea rugăciunea Rachelei „Dă-mi copii, iar de nu, voi muri” (Biblia, Facerea 30:1)), din punct de vedere etic, o putem considera o datorie, cu două componente: datoria de a perpetua specia umană (respectată de orice femeie care își dorește copii) și datoria de a fi util speciei umane (care este îndeplinită de știința și tehnologia specifice, cu slujitorii lor, oameni de știință sau medici implicați în TRA). Fără îndoială, îngrijorările societății (argumentate de surse laice sau religioase) referitoare la standardele etice care să guverneze TRA și teama de utilizare neadecvată sunt îndreptățite. TRA trebuie să fie reglementate riguros la nivel medical, etic, juridic sau confesional. Reglementările pot fi mai mult sau mai puțin general aplicabile. De exemplu, reglementările medicale pot

fi de uz general în societatea actuală, cu tendințele ei ridicate de globalizare. Procedurile TRA trebuie să beneficieze de reglementări privind bunele practici, prin ghiduri de bună practică aplicabile peste tot pe glob. Uneori, noile tehnologii și metode au fost introduse în practicile clinice fără o dezvoltare corespunzătoare și fără suficiente dovezi experimentale că ele sunt sigure și benefice pentru pacient [35]. Reglementări aplicabile la nivel global, mondial vor duce la evitarea unor evenimente riscante. Pot exista și alte reglementări care pot fi mai mult sau mai puțin general aplicabile, dar care trebuie să țină seama de specificul cultural al arealului geografic unde se aplică. Asemenea aspecte, în contextul maternității la vârste dincolo de fecunditatea biologică umană, sunt clar menționate de Yoel Shufaro și Joseph G. Schenker: „Ca atare, vârsta limită pentru sarcină dincolo de fecunditatea naturală ar trebui stabilită local în fiecare entitate culturală sau politică, prin înțelegerea comună dintre medici, specialiștii în științele sociale, liderii populației, politicieni și experții etici. Factorii care trebuie luați în considerare în asemenea dezbateri ar trebui să includă speranța de viață locală, bunăstarea populației, calitatea, disponibilitatea și costul diferitelor servicii medicale necesare, posibilitățile de a urma tratamentele de fertilitate, sprijinul social disponibil pentru părinții de vârstă înaintată, ca și semnificația fecundității în cultura locală."[16][17] De notat și ce avertizau Art L. Caplan și Pasquale Patrizio: „Fără ghiduri clare, îngrijorările legate de aspectele etice ale extinderii, bazate pe tehnologii, a vârstei reproductive normale reprezintă o problemă de piață."[17][4] Esențial este să se stabilească ghiduri adecvate, protocoale și standarde ale echipamentelor care să asigure realizări cu afectări minime ale mamei și copilului [15]. Este necesar să se creeze o ambianță politică și socială favorabilă progreselor TRA în beneficiul persoanelor care au nevoie de tratament al infertilității, dar și pentru mentalitatea din societate, în general. Acest lucru se poate face printr-o mai bună comunicare între profesioniștii din TRA și mediul politic, respectiv publicul larg [22].

Un alt aspect deosebit de sensibil care trebuie să preocupe pe cercetătorii și clinicienii din domeniul TRA este cel legat de sănătatea și bunăstarea copiilor născuți prin reproducere asistată. Atâta timp cât dorința acestor

[16] Citatul din referința [17], aflat la pagina 54, în orginal este următorul: "As such, the maternal age limit to pregnancy beyond natural fecundity should be determined locally in every society or political entity, jointly by physicians, specialists in social sciences, public leaders, politicians and bioethics experts. The factors to be considered in such a discussion should include local life expectancy, the well-being of the population,the quality, availability and cost of the various necessary medical services, the possibility to pursue fertility treatments, the social support available to parents of advanced age, and the significance of childbearing in the local culture."

[17] Afirmație aflată la pagina 284 a referinței [4], care în original este: "Without clear guidelines, concern about the ethical propriety of the technologically driven extension of the normal reproductive age is a matter of the marketplace."

copii de a se naște nu poate fi cunoscută, trebuie folosit argumentul existențial că, în aproape toate cazurile, este „mai bine să trăiești decât să nu existi, iar acești copii nu ar exista fără aceste tehnici [tehnologiile de reproducere asistată]."[18][36]În ciuda ideii că „nonexistența înainte de a te naște și nonexistența după ce guști viața sunt două abordări distincte"[19][36], dacă trebuie să acordăm unei femei bucuria împlinirii prin a avea copii și o viață fericită unei ființe umane, de ce să ezităm? Preocupările referitoare la risipa de embrioni obținuți prin FIV (ale militanților religioși sau de orice altă natură)sunt mai degrabă inutile, atâta timp cât biologia reproducerii ne arată că un număr semnificativ de embrioni concepuți în mod natural, tot din cauze naturale sunt pierduți [37], fără nici un beneficiu pentru umanitate, în timp ce disponibilizarea lor pentru cercetare și obținerea de celule stem, în condițiile unei reglementări riguroase,ar folosi atât pentru progresul cunoașterii, cât și pentru sănătatea și bunăstarea speciei umane[38]. Mai mult, într-o citire și înțelegere înțeleaptă a Bibliei, se poate justifica până și acceptarea religioasă a folosirii surplusului de embrioni în cercetare [20]. Iar dacă ar fi să ne implicăm în dezbaterile natural *versus* artificial, joaca de-a Dumnezeu, irosirea nejustificată a embrionilor produși prin FIV etc., putem să facem apel la datele științifice din biologia reproducerii care ne arată că în primele zile de dezvoltare, până la stagiul de 30-60 de celule, când un embrion se mișcă de-a lungul trompei uterine către uter, soarta îi este nesigură, sub spectrul întâmplării. În acest timp, „mulți embrioni nu supraviețuiesc; se estimează că între 50 și 80 de procente, ceea ce înseamnă că natural există o risipire semnificativă de embrioni în această etapă."[20][37] Nimeni nu a făcut o estimare a numărului de embrioni care se risipesc în mod natural pe glob. Ne preocupăm doar de cei obținuți prin FIV. Se pare că cei irosiți în mod natural sunt mult mai numeroși. Dacă l-am face responsabil pentru risipirea embrionilor rezultați din FIV pe Sir Robert G. Edwards, părintele tehnologiei cu pricina[21] (și au fost voci care au făcut-o), atunci cine trebuie făcut responsabil pentru risipirea embrionilor pe cale naturală? Întrebarea este, bineînțeles, retorică.

Pe parcursul acestui eseu, se argumentează aspecte din care reiese

---

[18] Citatul din referința [36] se află la pagina 21, iar în original este: "better to be alive than not, and these children would not be alive but for the employment of these techniques."

[19] Tranșarea din acest citat apare la pagina 23, în trimiterea bibliografică [36], iar în engleză este frazată astfel: "Nonexistence before coming into being and nonexistence after having lived are two distinct concepts".

[20] Citatul se găsește la pagina 203 a referinței [37], în original fiind: "Many embryos do not survive; estimates vary between 50 and 80%, implying that in nature there is a significant wastage at this stage."

[21] În ciuda unor asemenea critici, în 2010, Comitetul Nobel de la Institutul Karolinska din Stockholm decerna Premiul Nobel pentru Fiziologie sau Medicină lui Robert G. Edwards, pentru dezvoltarea tehnicii FIV. Acest eveniment a însemnat și apogeul criticilor aduse TRA, mai ales de către lideri religioși creștini.

obsesiv nevoia de educație. Aceasta trebuie să fie una durabilă, făcută sârguincios, în vederea perpetuării sănătoase a speciei umane. Aceste caracteristici trebuie să definească și știința, în general, care trebuie făcută în mod durabil, pentru a duce, în particular, la o politică durabilă a științei sănătății și pentru a susține o dezvoltare durabilă a umanității [39]. Acum aproape două secole și jumătate, în „Gargantua și Pantagruel", François Rabelais ne avertiza într-o manieră vizionară că „Știința fără conștiință nu este decât o ruinare a sufletului". Totuși, conștiința lucrează în lumea cercetătorilor, așa cum remarcă, în mod pozitiv, Giuseppe Benagiano: „Voi argumenta că noi toți împărtășim o preocupare, o grijă pentru specia umană, pentru semenii noștri, femei și bărbați deopotrivă, pentru viitorul lor și al copiilor lor. Cu aceste lucruri în minte, vom fi capabili să intrăm în dialog și să eliminăm orice fundamentalism, fie el laic sau religios."[22][40]De aceea, eu aș putea spune cu optimism că suntem pe drumul cel bun, deși știința și tehnologia în domeniul TRA au avansat semnificativ înainte ca etica și societatea civilă să aibă capacitatea de a se ajusta [22, 41]. Nu excludem ca, în mod nostalgic, noile generații să îndemne în direcție opusă: „Înapoi la Mama Natură!" Deși, se poate întâmpla să rămânem deschiși la minte.

Este momentul să ne referim și la semnificația subtitlului acestui eseu. Adesea deciziile pe care le luăm în baza unor dorințe (chiar dacă nu sunt, neapărat, și rezultatul unor frustrări), dacă au prea mult subiectivism și sunt lipsite de suficientă rațiune, ne pot crea vulnerabilități. Se poate întâmpla oricând, oricui. Consider că orice decizie este morală dacă nu ne complică existența, complicarea existenței ducând adesea, dacă nu întotdeauna la vulnerabilități. O decizie, indiferent de nivelul la care se ia sau de domeniul de activitate umană pentru care se ia, este morală dacă ne simplifică viața, însă acest lucru pare a fi devenit tot mai dificil în societatea contemporană. Este înțelepciunea (cu încărcătură teoretică – sophia –, dar și practică – phronesis – dacă este să ne plasăm în tradiția filosofiei aristotelice) pe care o putem deduce din acest eseu. Mai departe, fiecare poartă răspunderea propriilor decizii.

Acest eseu poate fi considerat un elogiu adus femeii, în general, sau speranțelor femeilor cu vârstă înaintată, respectiv ale cercetătorilor și medicilor în TRA. Îmi asum responsabilitatea și orice risc pentru o asemenea percepție.

Mențiune. Tema acestui text a mai fost abordată anterior de autor

[22] Un citat cu o semnificație deosebită în acepțiunea mea. El se află la pagina 1344 a referinței [40] și îl redau în original aici: "I will argue that we all share a concern, a care for mankind, for our fellows, women and men, for their future and for the future of their children. With this in mind, we should be able to enter into dialogue and reject any fundamentalism, whether lay or religious."

într-o primă formă, într-un articol publicat în limba engleză [42].

Bibliografie

1. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Ethical aspects of reproduction in the next century. Ann. NY Acad. Sci. 900: 357-374(2000).
2. Schenker JG. Ethical aspects of advanced reproductive technologies. Ann NY Acad Sci. 997: 11-21 (2003).
3. Hefner LJ. Advanced maternal age – how old is too old? N Engl J Med. 351(19): 1927-1929 (2004).
4. Caplan AL, Patrizio P. Are you ever too old to have a baby? The ethical challenges of older women using infertilitz services. Semin Reprod Med. 28(4): 281-286 (2010).
5. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ. 320(7251): 1708-12 (2000).
6. Salihu HM, Shumpert MN, Slay M, Kirby RS, Alexander GR. Childbearing beyond maternal age 50 and fetal outcomes in the United States. Obstet Gynecol. 102(5 Pt 1): 1006-1014 (2003).
7. Bray I, Gunnell D, Davey Smith G. Advanced paternal age: how old is too old? J Epidemiol Community Health. 60(10): 851-853 (2006).
8. Wikipedia. Pregnancy over age 50. Disponibil la adresa de internet: http://en.wikipedia.org/wiki/Pregnancy_over_age_50#cite_note-4. Accesat la 10februarie, 2021.
9. Constantin Noica. Mathesis sau bucuriile simple. Humanitas, 1992.
10. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Failures in assisted reproductive technology: an overview. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003 Mar 26; 107(1): 4-18.
11. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics (6th Edition) Oxford: Oxford University Press, 2008.
12. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Ethics and assisted reproduction. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000 Jun; 90(2): 171-80.
13. Menken J, Trussell J, Larsen U. Age and infertility. Science. 1986 Sep 26; 233(4771): 1389-94.
14. Benshushan A, Schenker JG. Age limitation in human reproduction: is it justified? J Assist Reprod Genet. 1993 Jul; 10(5): 321-31.
15. Eisenberg VH, Schenker JG. Pregnancy in the older woman: scientific and ethical aspects. Int J Gynaecol Obstet. 1997 Feb; 56(2): 163-9.
16. Tarlatzis BC, Zepiridis L. Perimenopausal conception. Ann N Y Acad Sci. 2003 Nov; 997: 93-104.
17. Shufaro Y, Schenker JG. Pregnancies beyond the human biological fecundity. Womens Health (Lond Engl). 2012 Jan; 8(1): 49-55.
18. Paulson RJ, Boostanfar R, Saadat P, Mor E, Tourgeman DE, Slater CC, Francis MM, Jain JK. Pregnancy in the sixth decade of life: obstetric outcomes in women of advanced reproductive age. JAMA. 2002 Nov 13; 288(18): 2320-3.
19. Leabu M. A Framework for assessment and management of ethical risks related to stem cell use in tissue engineering. Ethics Biol Eng Med. 2011; 2(4): 333-45.
20. Leabu M. Christianity and bioethics. Seeking arguments for stem cell research in Genesis. J Study Relig Ideol. Spring 2012; 11(31): 62-87.
21. Edwards RG. Pregnancies are acceptable in post-menopausal women. Hum

Reprod. 1993 Oct; 8(10): 1542-4.
22. Ziebe S, Devroey P; State of ART 2007 Workshop Group. Assisted reproductive technologies are an integrated part of national strategies addressing demographic and reproductive challenges. Hum Reprod Update. 2008 Nov-Dec; 14(6): 583-92.
23. Goldfarb J, Austin C, Lisbona H, Loret de Mola R, Peskin B, Stewart S. Factors influencing patients' decision not to repeat IVF. J Assist Reprod Genet. 1997 Aug; 14(7): 381-4.
24. Boivin J, Domar AD, Shapiro DB, Wischmann TH, Fauser BC, Verhaak C. Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. Hum Reprod. 2012 Apr; 27(4):941-50.
25. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Social aspects in assisted reproduction. Hum Reprod Update. 1999 Jan-Feb; 5(1): 26-39.
26. ESHRE Task Force on Ethics and Law, Dondorp W, de Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, Barri P, Diedrich K. Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. Hum Reprod. 2012 May; 27(5): 1231-7.
27. Shkedi-Rafid S, Hashiloni-Dolev Y. Egg freezing for non-medical uses: the lack of a relational approach to autonomy in the new Israeli policy and in academic discussion. J Med Ethics. 2012 Mar; 38(3): 154-7.
28. Golombok S, Brewaeys A, Cook R, Giavazzi MT, Guerra D, Mantovani A, van Hall E, Crosignani PG, Dexeus S. The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. Hum Reprod. 1996 Oct; 11(10): 2324-31.
29. Voica S. La 72 de ani, Adriana Iliescu crede că ar mai putea rămâne însărcinată. Realitatea, October 27th, 2010. Interviul, preluat de alte site-uri media, poate fi acum disponibil la: https://www.cotidianul.ro/la-72-de-ani-adriana-iliescu-crede-ca-ar-mai-putea-ramane-insarcinata/ (accesat: 14.03.2021).
30. Weathers H. Broody again at 72: She became the world's oldest mother at 66. Now her little girl's five - and she wants another. Daily Mail online, November 14th, 2010. Disponibil la: http://www.dailymail.co.uk/femail/article-1329255/Worlds-oldest-mother-Adriana-Iliescu-broody-72.html (accesat 14.03.2021).
31. O'Neill O. Autonomy and trust in bioethics. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. ISBN 0-521-89453-0
32. Rizk B., Khalaf Y. Controversies in Assisted Reproduction. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group, 2020. ISBN 978-0-8153-7458-9
33. Feasey R. Infertility and Non-Traditional Family Building. From Assisted Reproduction to Adoption in the Media. Cham: Palgrave Macmillan by Springer Nature, 2019. ISBN 978-3-030-17786-7
34. Ferber S., Marks N.J., Mackie V. IVF and Assisted Reproduction. A Global History. Singapore: Palgrave Macmillan by Springer Nature Singapore, 2020. ISBN 978-981-15-7894-6
35. Harper J, Magli MC, Lundin K, Barratt CL, Brison D.When and how should new technology be introduced into the IVF laboratory?Hum Reprod. 2012 Feb;27(2):303-13.
36. Cohen CB. «Give me children or I shall die!» New reproductive technologies and harm to children. Hastings Cent Rep. 1996 Mar-Apr; 26(2): 19-27.
37. Baggott la Velle L. Starting human life: the new reproductive technologies. In: Bryant J, Baggott la Velle L, Searle J, editors. Bioethics for Scientists. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2002. pp. 201-31.

38. Douglas T, Savulescu J.Destroying unwanted embryos in research. Talking Point on morality and human embryo research.EMBO Rep. 2009 Apr;10(4):307-12.
39. Mori C, Todaka E.Establishment of sustainable health science for future generations: from a hundred years ago to a hundred years in the future.Environ Health Prev Med. 2009 Jan;14(1):1-6.
40. Benagiano G. Pregnancy after the menopause: a challenge to nature? Hum Reprod. 1993 Sep; 8(9): 1344-5.
41. Benagiano G. Pregnancy after the menopause: a challenge to nature? Hum Reprod. 1993 Sep; 8(9): 1344-5.
42. Leabu M. Maternity at Advanced Ages. Ethical Concerns Related to the Assisted Reproductive Technology from a Scientific and Religious Perspective. Ethics in Biology Engineering and Medicine. An International Journal. Vol. 3 (1-3), 2012, p. 29-50.

ASPECTE BIOETICE ALE CONSILIERII SPIRITUALE A CONDAMNAȚILOR

Viorel Cojocaru
Catedra de filosofie și bioetică,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova
viorel.cojocaru@usmf.md

Cauzalitatea unor efecte și fapte amorale sau imorale, abordate azi cu insistență atât la nivel științific, cât și la nivel media, tinde să propună o profilaxie a non-valorilor în societatea contemporană. Pentru lumea actuală nu mai sunt străine noțiunile de crimă, arestat, pedeapsă, penitenciar, deținut etc., excepție făcând doar execuția. Mai mult de atât, astăzi, cele mai senzaționale știri sunt cele legate de arestări și condamnări. În pofida abuzurilor informaționale în explorarea mediului penitenciar, totuși, acest subiect rămâne tabu pentru mulți cercetători din diverse domenii. Studierea acestui mediu implică nemijlocit cunoașterea non-valorilor predominante în acest sistem, inclusiv spulberarea stereotipurilor negative și pozitive despre acest fenomen. O abordare complexă și actuală o constituie consilierea spirituală a deținuților, considerând aspectele bioetice și metodologice pentru reabilitarea lor. Corijarea deținuților în instituțiile penitenciare este caracterizată prin adaptarea, formarea și educarea calităților morale, selecția și schimbarea,deprinderea și menținerea acestora, ținând cont de condițiile și mediul penitenciar, de nivelul intelectual al deținutului și starea lui spirituală anterioară condamnării.

În lumea modernă tot mai des se utilizează termenul de consiliere, iar o definiție unanim acceptată de majoritatea celor interesați încă nu s-a

formulat, deoarece consilierea este abordată din diferite unghiuri, astfel încât rezultatul definițiilor este diferit. Definirea conceptului de consiliere necesită a fi abordată din aspectul ei pluridisciplinar, realizându-se prin mai multe domenii: juriștii s-ar referi mai mult la consilierea juridică, sociologii ar vorbi despre consilierea socială, medicii despre consilierea medicală, psihologii ar viza consilierea psihologică, etc. O definire simplă a consilierii este redată în Dicționarul Explicativ al Limbii Române, menționând„Consiliere – sfătuire"[1]. De aici și numele celui care sfătuiește – consilier. În istoria românească întâlnim pe la curțile împărătești angajați în calitate de sfătuitori pe diferite domenii. Împăratul și cei din anturajul lui recurgeau la sfaturile acestor pricepuți atunci când aveau probleme dificile de soluționat.

În medicină, consilierea este considerată azi drept o nouă metodă de tratament psiho-somatic. De acest tratament beneficiază toți pacienții la prima ședință medicală. Consilierea face parte nemijlocit din anamneză, redirecționând studiul spre un rezultat scontat, așteptat. Sub aspect medical rolul consilierii este aprofundarea cunoștințelor medicale ale pacientului precum și spulberarea stereotipiilor vis-a-vis de medicină și sporirea calităților medicale prin încrederea față de sistemul medical. Consilierea corectă a pacientului va duce la creșterea valorii de încredere în sistemul medical, iar cu creșterea acestei valori va fi soluționată și o parte majoră din problema informării medicale incorecte. Cuvântul medicului trebuie să aibă o valoare decisivă în consilierea și formularea unei anamneze adecvate.

O problemă acută, nu doar medical ci și social, juridic, psihologic etc., o reprezintă lumea încarcerată. Mediul penitenciar provoacă multe discuții și diseminări în rezolvarea problemelor de ordin medical, social, cultural etc., chiar și pentru lumea contemporană. Mulți cercetători din diverse domenii s-au perindat în cercetări amănunțite, dorind să exploreze problematica individului privat de libertate. Schimbarea bruscă a persoanei, din una liberă în una condiționată, aduce modificări în conștiința individului. Deținuții sunt anesteziați mereu cu propriile calcule virtuale, de aici derivând și un comportament teatral. Dorința de a se elibera cât mai repede îl aduce pe condamnat într-o schimbare inopinată a opiniilor atât despre dânsul cât și despre stat, gardieni, lucrătorii medicali, familie, societate etc., formând sau împrumutând diverse stereotipuri după care se conduce. Stereotipul de a nu avea încredere totală în lucrătorii medicali este și în libertate, dar se agravează mai mult în mediul penitenciar, când deținutului i se întipărește ideea că toți lucrătorii din instituția penitenciară: gardieni, sociologi, psihologi, medici etc., sunt potențialii lui dușmani. Mai ales față de cei care operează cu sănătatea individului. Problema

confidențialității în acest sistem este prioritară, dar de foarte multe ori se strangulează, astfel condamnatul se dezamăgește în privința personalului medical. Numai în cazul când condamnatul este infectat cu virusul HIV sau alte patologii transmisibile, lucrătorul medical este obligat să anunțe administrația instituției pentru a-l izola (mai ales pe condamnatul agresiv, infectat). Experiența demonstrează că, după multă consiliere, în majoritatea cazurilor relația dintre medic și condamnat este una amicală, dacă se abordează principiul paternalismului și medicul reușește să-și valorifice statutul în fața condamnaților. De fapt implicarea personală a condamnatului va duce la rezolvarea problemei de sănătate personală [2].

Persoana recent condamnată trăiește mereu în speranța că va fi eliberată cât mai curând posibil, chiar dacă justiția și-a pronunțat sentința sau dacă are deja un termen trecut. Acest lucru îl menține pe deținut într-o agonie continuă tânjind după libertate, refuzând orice tip de tratament. În cele mai dese cazuri, rezolvarea acestei probleme vine din colaborarea sistemului medical din mediul penitenciar cu rudele condamnatului, sau se apelează la diverse tipuri de consiliere. Consilierea spirituală eficientă a dat rezultate bune în soluționarea problemelor criză apărute în mediul penitenciar sub aspect comportamental, etico-medical și chiar social.

Aplicarea metodelor bioetice în consilierea spirituală a deținuților a lansat un model eficient de cooperare la tratament între medic și pacient, utilizând toate tipurile de relație consilier spiritual-deținut, împrumutate din domeniul medical. Aceste metode vin în ameliorarea relațiilor medic-deținut și deținut-familie, sensibilizându-se pozitiv și deținuții bolnavi cu tentativă de suicid, astfel fiind contracarată atitudinea ostilă față de viață. În condițiile precare ale mediului penitenciar abordarea bioetică a problemei vine să susțină biosul uman, păstrând astfel integritatea somatică, psihică și spirituală a deținutului, deconectându-l definitiv de la formele non-valorice, promovate și publicate în mediul penitenciar, iar în cel liber spulberând stereotipurile exotice ale mediului cu privare de libertate. Cercetările științifice, pe indivizi umani, asupra mediului penitenciar au provocat dintotdeauna atât fascinație și atracție, cât și repulsie, groază și frică, toate acestea din perspectiva pluralismului identitar uman. Promovarea unor realități despre mediul penitenciar, despre formele de manifestare umane și consecința somatică, spirituală și psihică va debusola toate stereotipurile negative ale societății. Sensul vieții în plenitudinea lui, se va realiza în libertate.

O consiliere spirituală axată pe postulatele bioeticii va ridica nivelul valorilor moral-vitale, făcând astfel inevitabilă abordarea principiilor bioetice ce va oferi examinarea și evaluarea rolului eticii biosului în dezvoltarea durabilă a umanității. Principiile de bază ale bioeticii ce pot fi conexe con-

silierii spirituale a deținuților definesc înseși postulatele noilor paradigme filosofice despre calitatea și integritatea vieții, indiferent de situație.

Principiul moralității oferă consilierului posibilitatea de a justifica consecințele faptelor imorale raportate la un alt principiu de bioetică – cel co-evoluționist – „interacțiune și o existență armonioasă dintre societate și natură, om și biosferă" [3]. Chiar de condamnatul coabitează într-un mediu privat de libertate, totuși nu este lipsit de interacțiunea lui cu societatea, cu biosfera, astfel în majoritatea cazurilor confortul familial se răsfrânge și asupra celui din detenție, și viceversa. Această interacțiune poate fi sacralizată în dependență de starea interioară a deținutului, mai ales când abordările se îndreaptă spre conceptul de „calitate și spiritualitate a vieții". Moartea morală a unei persoane din mediul privat de libertate va devaloriza nu doar sistemul penitenciar în întregime, ci îl va infecta și pe cel social, la care se raportează. Avem aici exemplele condamnaților politici numiți „misticii", care au schimbat nu doar vectorul personal, ci și pe cei familial, social, penitenciar. Consilierea spirituală axată pe principiul bioetic al moralității v-a contribui esențial la redefinirea valorilor morale în mediul penitenciar, indiferent de statutul social sau gravitatea crimei săvârșite.

Conceptul de „calitate a vieții" s-a format în timp după contribuția diferiților specialiști: economiști, sociologi, psihologi și bioeticieni. Astăzi, calitatea vieții devine fundamentul principal al evaluării existenței noastre viitoare modificându-se uneori paradigma filosofică despre viață,putând ajunge până la concluzia falsă că viața unei persoane cu dizabilități nu ar merita trăită. O abordare specifică a calității vieții se explorează în mediul penitenciar prin consilierea spirituală. Persoanele private de libertate s-au confruntat mereu cu adaptarea conceptelor vitale mediului penitenciar, de multe ori ricoșând de la interpretarea uman-morală a noțiunilor, explicându-se astfel numărul sporit de tentative de suicid în acest mediu. Concepțiile din mediul penitenciar despre valorile și calitatea vieții diferă de la o instituție la alta, de la un deținut la altul. Un accent sporit în vasta interpretare a conceptului prezintă deținuții cu vulnerabilitate accentuată: femeile, mamele cu copii, minorii, bolnavii etc. Vulnerabilitatea deținutului oferă spațiu de interpretare diferit despre conceptul de calitate și valori ale vieții, ținându-se cont de mecanismele și metodele prin care îl tratează instituția și colegii de celulă. Deținuții juvenili fac parte din grupul vulnerabil de risc, raportat la valorile morale ale vieții abordate de societate. Formarea principiilor sănătoase de viață, la acești deținuți, este foarte complicată, ținându-se cont nemijlocit de formarea principiilor de viață în familie sau societate.

Alt principiu al bioeticii abordat în consilierea spirituală este cel al responsabilității, atât a deținutului, cât și a colaboratorilor și asistenților

(medicali, juridici, psihologici, spirituali, sociali etc.). Însăși viața în sistemul penitenciar te responsabilizează la faptele comise din punctul de vedere al jurisprudenței. Totuși, în mediul carceral această responsabilitate trebuie abordată și prin prisma tendințelor de a susține reorganizarea intențiilor condamnatului, nu doar în calitate de pedeapsă. Responsabilitatea faptelor morale comise nu trebuie confundate cu pedeapsa juridică a crimelor săvârșite – privarea de libertate. Din acest punct de vedere, consilierul spiritual explică necesitatea unei treziri morale nu doar asupra faptelor, ci și a intențiilor – de ambele individul devine responsabil. În instituțiile penitenciare de azi, obiectivul responsabilității cade doar pe deținut, evitând angajații, iar uneori, cu regret, se produce schimbul de roluri. Consilierea spirituală va responsabiliza deținutul atât în raport cu propria persoană, cât și în raport cu colegii, familia, societatea, instituția penitenciară, divinitatea, etc.

Principiile socializării și binefacerii se realizează în majoritatea cazurilor prin interacțiunea diferiților specialiști, raportați la consilierea spirituală. Socializarea și binefacerea în mediul penitenciar sunt elemente tabu pentru multe dintre persoanele libere. Exemplul realizării acestor principii în mediul penitenciar este însuși consilierul spiritual, fie că este cleric sau mirean. Dacă profesorul universitar P. Chirilă amintea medicilor să fie mereu milostivi [4], cu atât mai mult această calitate revine consilierului spiritual. Din punct de vedere bioetic, binefacerea este mai mult decât milostenia, astfel cea din urmă putând deveni doar un atribut al principiului binefacerii. În consilierea spirituală cea mai reușită milostenie este nu cea materială, ci acea spirituală, când te raportezi la dăruirea de sine în schimbul vieții și gândirii unui deținut. Cea mai autentică milostenie este dăruirea unui punct de sprijin în condițiile de criză, dăruirea virtuților ca mecanisme de depășire a situațiilor de criză. Consilierea spirituală în mediul penitenciar se axează pe ridicarea nivelului de gândire biocentric și teocentric, deoarece „oamenii nu pot trăi cu adevărat decât unii pentru alții, nu unii paralel cu alții, adică pe două planuri care nu se întâlnesc niciodată" [5], iar această întâlnire o realizează asistența spirituală.

Analizarea câtorva principii de bioetică nu atinge nicidecum soluționarea gravelor probleme medicale și comportamentale din mediul penitenciar. Profesorul universitar T. Țîrdea, prin prisma practicii sociale, propune că „ar fi utilă elaborarea unor principii de bază pentru un gen concret sau pentru un set anumit te tipuri (modele) de bioetică, luând în considerație tradițiile, obiceiurile, confesiunile etc." [6]. Din acest punct de vedere fiecare principiu bioetic merită abordat și explicat în parte, omițând generalizarea mecanismelor de consiliere spirituală, iar aborda-

rea lor poate fi generală.

Abordarea principiilor bioetice în consilierea spirituală carcerală va ajuta revenirea condamnatului la albia valorilor morale pentru menținerea și stabilizarea stării de sănătate, în caz contrar, dacă patologia este infecțioasă,va surveni izolarea lui de ceilalți condamnați. Această formă de profilaxie este în dezavantajul deținutului izolat, din câteva motive. Dacă izolarea va fi în perioada arestării, atunci condamnatul va suferi o privare dublă de libertate, iar aceasta va cauza o traumă morală și psihică, va accentua neîncrederea în factorul medical, aducându-i suferințe, deținutul nefiind pregătit să le suporte. Din alt punct de vedere, stereotipurile care promovează non-valorile în mediul penitenciar sunt contagioase, după fiziologul N. Păulescu toate viciile fiind contagioase [7], iar obiectivul suprem al penitenciarelor este reabilitarea morală a individului privat de liberate. Prejudecățile asumate pe parcursul detenției sunt apoi reluate, amplificate, transformate în stereotipuri și aruncate societății. Cauza acestor prejudecăți constă de fapt în mediul privat de libertatea fizică și socială, pe fondul acestui fenomen evidențiindu-se și profesionalismul sau non-profesionalismul colaboratorilor, medicilor, consilierilor etc. Aceștia abdică deseori de la obligațiile morale, alteori fiind constrânși de diverse împrejurări (răzbunarea condamnatului, ura, dominația, dorința de a pedepsi etc.), ajungând până la încălcarea confidențialității. Corijarea deținuților în instituțiile penitenciare este caracterizată prin formarea și educarea calităților morale. Normele eticii ne propun drept criteriu obiectiv de educare a valorilor morale în rândul deținuților și consilierea spirituală. Evaluarea reperelor bioetice în perspectiva consilierii suficiente a deținuților precum și propunerea unui model eficient de consiliere spirituală prin prisma doctrinei bioetice vor contribui esențial la formularea unui concept eficient de consiliere spirituală, raportat la condițiile mediului privat de libertate, la normele juridico-penale naționale și internaționale, ținându-se cont și de experiența altor state. Rezultate obținute în urma studiilor realizate în condițiile de penitenciar, indică faptul că consilierea spirituală a deținuților bolnavi a îmbunătățit calitatea anamnezei, iar relația medic-deținut, respectiv consilier-deținut a dus la complianță, la un tratament reușit. Utilizând principiile biotipologiei în consilierea spirituală a deținutului se atrage atenția la individualizarea asistenței, eliminând șablonul terapiilor spirituale speciale. Astfel, de comun acord, medicii și asistenții spirituali din mediul penitenciar vor explora toate metodele terapeutice de menținere a sănătății bolnavului, iar astfel paradigma antropologiei clinice, care „are la bază ideea că patologia umană este puternic influențată de condițiile de viață, de mediul social" [8], va reuși stabilirea unor norme de conduită în relațiile medic-deținut, deținut-gardian sau deținut-deținut. Condițiile de viață și însuși mediul penitenciar promovează ideile unor repulsii la stabilitatea vieții individului uman.

Elaborarea unei strategii a consilierii spirituale a deținuților bolnavi, aplicând metodologia bioetică, a configurat metode eficiente de tratament prin promovarea persistentă a valorilor morale în instituțiile penitenciare. Utilitatea fiecăruia în această societate este și ea o premisă de a purcede în consilierea spirituală a deținuților bolnavi. Vulnerabilitatea bolnavilor din mediile penitenciare se deosebește de cele din societatea liberă. În libertate lupta cu boala se împarte între familie, prieteni și bolnav, în schimb, în mediul penitenciar această luptă este suportată doar de deținut și colegii de celulă și ei vulnerabili. Reușita unei acțiuni în această direcție poate fi considerată grija pentru pregătirea lui intelectuală, dar mai ales sensibilitatea gnostică a suferinței. Revenind la metodele de consiliere spirituală a deținuților bolnavi, în perioada comunistă, acestea erau strâns legate de starea emotivă, culturală și intelectuală a colegilor de celulă. Ca exemplu aici putem aminti evenimentul din vremea când Valeriu Gafencu se afla în penitenciarul-spital Târgu-Ocna, celula sa s-a transformat într-o aulă de rezistență spirituală, unde suferința îmbrăca haina unei valori morale, iar dragostea prevala împreună cu ajutorul reciproc, compătimirea și educarea morală în lupta pentru suferință.

O consiliere spirituală reușită, va aduce beneficii nu numai deținuților bolnavi, dar și celorlalți, inclusiv angajaților instituției penitenciare. Reabilitarea morală a unui individ delicvent este plauzibilă și reprezintă un avantaj pentru întreaga societate, mai ales pentru familie, aceasta fiind de fapt și scopul privării de libertate. Elaborarea metodelor de consiliere spirituală prin prisma bioeticii va îmbunătăți relațiile în care este antrenat deținutul, terapia psiho-somatică, profilul spiritual al individului, în ansamblu.

Reușita consilierii spirituale sub aspect bioetic depinde în mare măsură de consilierul spiritual. Acesta trebuie să posede o serie de caracteristici pentru a fi de folos celor din penitenciare:

- Să nu practice discriminări;
- Să aibă o capacitate de compasiune nelimitată;
- Să manifeste preocupare față de deținuți;
- Să se poarte cu tandrețe;
- Să nu forțeze pe nimeni să facă ceva;
- Să fie capabil de răbdare inepuizabilă.

Consilierul spiritual trebuie să manifeste optimism terapeutic, chiar și în momentele când se pare că nu mai este nici o speranță.

Sub aspect medical, consilierea spirituală nu are menirea de a interveni în procesul tratamentului bolnavilor deținuți, deoarece cu certitudine ei merită tratați după aceleași principii etice ca și în comunitatea liberă. Sub acest aspect, asistența spirituală își îndreaptă atenția spre condam-

nații bolnavi cu priorități deosebite, fără a discrimina vulnerabilitatea lor. Printre condamnații bolnavi există o serie de persoane marginalizate „care au un istoric de traume familiale, sunt de mult dependenți de droguri, au conflicte cu autoritățile sau au alte necazuri sociale. Pot fi violenți, pot avea tendințe de suicid sau să manifeste comportamente sexuale inacceptabile și sunt, de cele mai multe ori, incapabili să se controleze sau să-și poarte de grijă. Nevoile acestor deținuți nu sunt cu adevărat medicale, însă medicul penitenciarului poate promova dezvoltarea programelor socio-terapeutice pentru aceștia în colaborare cu diferiți asistenți" [9].

Consilierea spirituală sub aspect medical este justificată de solicitarea directă sau indirectă a deținutului, a medicului sau prin participarea la diferite programe socio-terapeutice. În această categorie intră deținuții cu diagnosticul stabilit, iar abordările diferă de cealaltă categorie, care simulează diferite boli. Acest fenomen se întâlnește des în mediul penitenciar, uneori contracararea lui căzând sub incidența diferitor norme juridice. Cercetarea deținutului ce simulează boala și depistarea cauzei acestui fenomen va contribui la soluționarea pozitivă a problemei, doar cu contribuția deosebită a consilierului spiritual. Consilierea spirituală a deținuților bolnavi reduce umilința, disprețul și ura, dezvoltă simțul responsabilității și pregătește integrarea socială a acestora. Obiectivul de bază în consilierea deținuților bolnavi este anihilarea sau transfigurarea suferinței, pornind de la diferența dintre durere și suferință. Durerea afectează trupul, suferința este ecoul acesteia în minte. Dacă suferința vine doar din durere, atunci pentru a tempera suferința, trebuie alinată durerea, aceasta fiind o problemă strict medicală, nu spirituală. În mediul penitenciar cauza suferinței poate fi și lipsa de libertate. Anihilarea sau transformarea suferinței, ca principiu de valori în mediul penitenciar, nu se raportează doar la deținuții bolnavi, ci la toate categoriile de condamnați, mai ales cei cu patologii psihiatrice. Statisticile arată că aproximativ unul din șapte bărbați deținuți prezintă afecțiuni psihotice sau se află într-o stare de depresie profundă, iar una din cinci femei deținute prezintă tulburări de personalitate antisocială. Consilierea acestor categorii de condamnați necesită asistență dublă, medicală și spirituală, dar pe termen lung, uneori putându-se extinde și post detenție.

Consilierea spirituală contribuie cu mare succes la îngrijirea bolnavilor. Îngrijirea deținuților bolnavi, mai ales a celor terminali, intră în obiectivul asistenței spirituale, în special când pacientul suferă și se confruntă cu moartea pe care o știe aproape. Consilierea spirituală sub aspect medical vine să contribuie la continuitatea și complianța unui tratament terapeutic adecvat și restabilirea normelor morale, indiferent de situație și de starea deținutului. Condițiile precare de habitat din mediul penitenciar, precum și densitatea

condamnaților în celule va propaga diverși factori nocivi în destabilizarea sănătății somatice a condamnatului, astfel numărul bolnavilor terminali în instituțiile penitenciare fiind în creștere. Noua formă de asistență medicală în penitenciare s-a evidențiat în temnițele comuniste, atunci când deținuții se îngrijeau unii pe alții, chiar și în momentele când li se interzicea. Azi, noul sistem de management european al sănătății impune tuturor instituțiilor medicale sau paramedicale (penitenciar-spital, azil de bătrâni etc.) să ofere condiții speciale bolnavilor terminali. Dat fiind faptul că repartizarea condamnaților în celule se face după mai multe criterii (crima săvârșită, vârstă, sex, patologie etc.), în fiecare secție a Spitalului-Penitenciar există celule special amenajate pentru bolnavii terminali. Îngrijirea paliativă a deținuților cu boli terminale este oferită sistematic de lucrători medicali și de alți condamnați, iar ocazional de diverși consilieri și specialiști. Consilierea spirituală a deținuților bolnavi terminal este indispensabilă de alte preocupări medicale. În această perioadă persistă un fenomen des întâlnit,agonia deținutului,care se manifestă dependent de pregătirea morală și psihică a bolnavului în fața morții, recunoașterea vinovăției și a stării păcătoase, precum și de eliberarea de încărcătura păcătoasă prin diverse metode spirituale. În final, obiectivul suprem în aceste condiții cade pe micșorarea suferinței, pe refacerea și păstrarea sănătății spirituale a condamnatului.

Un subiect de bioetică ce merită analizat minuțios ține de vulnerabilitatea deținutului, mai ales din punct de vedere medical. O categorie de factori ce influențează negativ condiția individului privat de libertate se consideră și existența, în habitatul penitenciar, a unor condiții „în plus" de izolare; prezența manipulatorilor, pârâtorilor, bolnavilor psihici, simulatorilor de boală, violenților, violatorilor, a perverșilor și a manifestării perversiunilor etc., dau mediului o formă specială de izolare, considerată complexă. Aceste manifestări se desfășoară în mediul penitenciar deoarece există persoane ce caută să obțină avantaje, sau să exploateze lipsa de atenție, dezvoltând astfel neîncrederea și suspiciunea, deoarece fiecare coleg condamnat este văzut ca un potențial dușman. Frica apare ca un rezultat comun în stilul de viață al multor condamnați. Astfel, mulți dintre ei caută să evite anumite zone de risc din penitenciar, iar un număr aproape egal de deținuți petrec mai mult timp în celule, ca metodă de prudență suplimentară împotriva victimizării, decât în zonele cu libertate redusă ale penitenciarului. Unii din condamnați găsesc etalarea la disciplina statică a penitenciarului, raportată la prezența frecventă a violenței, deoarece posibilitatea agresiunilor fizice, sexuale etc., influențează negativ și înrăutățesc condiția de habitat în acest micromediu social. Prin natura sa, condamnatul este obligat să negocieze diverse intenții dominatoare ale altora. Condamnații care nu se simt în siguranță pe durata detenției, interacționează cu dificultate în programele de consiliere socială și medicală, devenind astfel

irascibili, respingând majoritatea platformelor instituționale de corecție.

Un factor marcant ce necesită a fi cuantificat este prezența ridicată a numărului de deținuți cu tulburări psihice, producând un disconfort spiritual condamnaților sănătoși. Condamnații simptomatic psihiatrici devin în mod deosebit vulnerabili, comparativ cu cei sănătoși, provocând deseori conflicte între deținuți, iar pentru majoritatea se accentuează vulnerabilitatea și se complică procesul recuperării din motivul că unii au nivelul intelectual scăzut, având chiar și probleme de alfabetizare.

O categorie aparte de deținuți cu vulnerabilitate specială o constituie persoanele cu infracțiuni sexuale, acestea fiind faptele social-periculoase prevăzute de legea penală, săvârșite intenționat, care încalcă în mod abuziv regula morală stabilită în societate în ceea ce privește relațiile sexuale. Din categoria deținuților vulnerabili fac parte și cei dependenți de droguri, alcool, jocuri de noroc etc. În mediul penitenciar, chiar din momentul privațiunii de libertate, aceste categorii de deținuți sunt încadrate în diverse proceduri de dezintoxicare, iar readucerea lor în lumea reală cauzează diverse probleme atât de ordin somatic, cât și spiritual. Pentru Republica Moldova și țările post-socialiste devine dificilă depășirea perioadelor de criză în rândul tinerilor consumatori de droguri, cauzate pe de o parte de cultura sovietică, iar pe de altă parte de ideologiile ateiste, secularizarea, totalitarismul, ca produse ale culturii europene, ce pun omul contemporan în situația de confruntare cu dezorientarea și lipsa țelului spiritual și cultural. În multe țări au crescut considerabil condamnările pentru încălcarea normelor de interdicție a drogurilor. Astfel în țările UE până la 30% dintre condamnați prezintă un istoric de consum de droguri exercitat prin injectare, majoritatea dintre aceștia îndeplinind criteriile de diagnosticare a dependenței fizice sau psihice de droguri [9 p.76]. Efectele adverse sunt multiple, atât somatice, cât și spirituale, fiind cauzate de dependența consumării, iar toxico-dependența culminează cu adaptarea la o conduită deviantă și delicventă, până la sinucidere. Catalogarea acestei categorii de condamnați în grupurile vulnerabile se manifestă și prin cotarea la nivel inferior pe scara ierarhică a deținuților, confruntându-se cu prejudecățile colegilor și a personalului instituției penitenciare. Conform etiologiei există diverse forme de tratament, axate pe tehnici motivaționale, dar una dintre cele mai reușite, paralel cu medicația, o constituie consilierea spirituală, adaptată mediului penitenciar și axată pe îmbunătățirea moral-biomedicală a tulburărilor comportamentale umane. Din acest punct de vedere, asistentul spiritual, angajându-se în consilierea acestei categorii de condamnați, trebuie să evite promisiunile și compromisurile, chiar dacă este supus unui șantaj. În acest context, asistentul abandonează procedura consilierii și o reia după dezintoxicarea medicamentoasă.

În instituțiile penitenciare din întreaga lume sunt cunoscute fenome-

nele de auto rănire sau automutilare. Aceste intenții sunt caracterizate printr-un anumit comportament deviant. Ele sunt reacția unor situații de criză la tensiuni intolerabile și constau în tăieri ale venelor, răniri superficiale, înghițirea unor obiecte care provoacă răni grave esofagului, tentativele de spânzurare sau otrăvirile impulsive. Comportamentul deținutului și rata sinuciderilor reprezintă o problemă clinică semnificativă și persistentă în mediul penitenciar. În penitenciare, de aceste fenomene răspund toate direcțiile din instituție. S-a dovedit că cea mai reușită metodă de ale contracara este lucrul în comun. Aici, un aport deosebit îl are consilierul spiritual al instituției, care aduce la cunoștința administrației factorii decisivi în evoluția problemei. Consilierea spirituală în instituțiile penitenciare poate fi desfășurată nu doare de capelan, ci și de medic, jurist, psiholog, asistent social, gardian etc.

Problema tentativei de suicid,pe fondul maladiilor cronice, este un flagel și pentru societatea liberă. În majoritatea țărilor europene, suicidul este considerat o problemă a sănătății publice, iar drept cauză de deces este situat între primele zece cauze ale mortalității [10]. Atenuarea fenomenului suicidal în mediul penitenciar se manifestă prin lipsa de încredere în factorul medical din penitenciar și în sistemelor juridice de privare de libertate (în Republica Moldova avem trei tipuri de detenție: închis, semi-închis și deschis). Chiar dacă deținutul este bolnav, în penitenciarul-spital forma detenției se păstrează, paradoxal fiind că de acest factor nu răspunde lucrătorul medical din penitenciar, dar se răsfrânge negativ asupra relației medic-condamnat.

La baza consilierii spirituale a condamnaților cu probleme de suicid se vor pune cele trei teze de morală creștină care condamnă actul:

sinuciderea este o crimă împotriva firii umane și a vieții;

sinuciderea este o crimă împotriva societății și a familiei;

sinuciderea este o crimă împotriva lui Dumnezeu.

Ființa umană este înzestrată cu un puternic instinct de apărare și utilizează cele mai neașteptate metode de prelungire a vieții. Organismul uman este dotat cu instrumente de apărare folosindu-se de ele mai ales atunci când cineva îi amenință viața. În cele mai dese cazuri, omul utilizează toate mijloacele care-i prelungesc existența, vizibile fiind rezultatele obținute prin progresul tehnico-științific în tratamentul bolilor incurabile. În acest sens sinuciderea vine ca o sfidare asupra firescului uman și depășește barierele dreptului asupra vieții umane. Prelungirea vieții umane, precum și calitatea vieții, sunt mai importante decât problemele și necazurile propriei vieți. Consilierul va aduce exemple reale ale unor indivizi care și-au salvat propria viață prin slujire a binelui. Binele este foarte așteptat într-o instituție penitenciară, iar consilierul spiritual va

susține inițiativa condamnatului de a face bine colegilor lui. Pentru a menține o viață spirituală sănătoasă în mediul penitenciar trebuie să ajutăm deținuții să-și fixeze principii morale de existență, care prelungesc și susțin viața, îmbunătățesc calitatea și supremația ei. Pentru soluționarea acestui flagel este nevoie de cele mai vaste forme de consiliere și exemple prin care condamnatul revine la starea lui normală. Amintirea momentelor frumoase și glorioase din viața lui îl va sensibiliza la durerea familiei, a rudelor și a societății. Pe termen lung, consilierul spiritual poate susține restabilirea relației cu familia, rudele și prietenii care vor vizita deținutul în perioada detenției și vor justifica utilitatea lui socială.

Aplicativitatea instrumentarului metodologic al bioeticii în procesul consilierii spirituale a deținuților va eficientiza procesul clinic de tratament al condamnaților, inclusiv va îmbunătăți relațiile dintre aceștia, lucrătorii medicali și alți angajați ai instituției penitenciare. Metodele bioeticii privind îmbunătățirea calității vieții în acest micromediu social vor sensibiliza pozitiv deținuții bolnavi cu tentativă de suicid și auto-agresiune, astfel fiind anihilată atitudinea ostilă față de propria viață.

O problemă actuală în cercetarea mediului penitenciar ar fi contribuția la spulberarea stereotipurilor uzuale în societate. Cunoștințele infime despre lumea penitenciară vor afecta somatic și spiritual potențialului științific de cercetare în acest domeniu. Cei doi factori care impulsionează cercetările din mediul penitenciar, mass-media cu filmele artistice de profil și stereotipurile sociale despre habitatul carceral(prin care societatea liberă cunoaște lumea penitenciară), sunt superficiale. Din acest punct de vedere consilierea spirituală a deținutului, utilizând diverse principii de cercetare, este pusă în fața unui pariu: acela de se „de-familiariza" de cotidian, adică de a se distanța de ceea ce este cunoscut societății prin prisma mass-mediași a stereotipurilor și de a surprinde ipostazele noi în refacerea morală a individului deraiat de la aceste norme. S-a propus un alt model de conduită în instituțiile de corecție, cimentat prin normele bioeticii. Pornind de la ideea că bioetica este știința care cuprinde interacțiunea mai multor discipline apte de a oferi societății contemporane metode și forme de prelungire a vieții, de sporire a calității vieții, de diminuarea suferințelor etc., tot ea ne poate oferi diverse metode de a preveni și contracara faptele contrare obiectivelor bioetice. Din acest punct de vedere, dorim să menționăm că efortul consilierului spiritual în rezolvarea tentativelor de suicid este unul benefic și acceptat de toți. Forma și metodele prin care consilierul redă sensul vieții (psihice și fizice), confidențialitatea și încrederea au schimbat și au păstrat viața mai multor deținuți. Faptul că se modelează diverse forme de relații armonioase,de tipul consilier-deținut, medic-deținut, deținut-deținut, accentuează necesitatea consilierii spirituale a condamnaților, mai ales a acelora cu tentative de suicid.

Consilierea spirituală este o metodă unică de asistență care folosește în egală măsură resursele spirituale și cele psihologice pentru a ajuta la redobândirea confortului psihic și spiritual al deținutului. Consilierea spirituală necesită a fi oferită de un singur consilier, cunoscător al rigorilor penale din instituțiile de corecție (preot-capelan, asistent social, psiholog, jurist), care nu este doar un specialist în tulburări mintale, sau cunoscător al normelor penale, ci are și o pregătire religioasă profundă. Este oportună acestei activități cunoașterea regulilor lumii interlope, chiar dacă în multe cazuri ele nu respectă normele morale ale societății libere. Astăzi tot mai mulți deținuți acceptă să fie consiliați de o persoană reprezentativă a confesiunii pe care o practică. Consilierul trebuie să fie cunoscător al valorilor moral-religioase, solicitând ca valorile spirituale să fie incluse și respectate în procesul consilierii.

Bibliografie

1. *Dicționar Explicativ Ilustrat al Limbii Române.* Chișinău: Edit. „Arc"; București: „Gunivas", 2007, p.426.
2. Durnescu, I. *Asistența socială în penitenciare.* București: Ed. „Polirom", 2009,p.133.
3. *Dicționar de Filosofie și Bioetică.* Autori:T.N. Țîrdea, P.V. Berlinschii,A.I. Eșanu, D.U. Nistreanu, V.I. Ojovanu. Chișinău: Centrul Editorial Poligrafic *Medicina*,2004, p.311.
4. Chirilă, P. *Vindecarea.* București: Edit.„Christiana", 2009, pp. 219-222.
5. Popescu, L. *Bioetica și perspectiva creștină.* Brăila: Edit.„Istros", 2009, p.36.
6. Țîrdea, T. N. *Elemente de bioetica.* Chișinău: Centrul Editorial Poligrafic *Medicina*, 2005, p.52.
7. Paulescu, N.*Fiziologie filosofică. Cele patru patimi și remediile lor*. București: Edit. „Cartea Românească", p.14.
8. Baciu, A.-B., Sroică, L.-O., Robe, A.-D., Ispas, Al.-T. *Antropologie medicală. Elemente introductive.* București: Edit. Universitară Carol Davila,2017, p.97.
9. Lehtmets, A., Pont, J. *Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare.*Chișinău: Edit. Consiliului Europei, 2016, p.27.
10. 10. Popescu, L. *Bioetica și perspectiva creștină.* Brăila: Edit. „Istros", 2009, p.142.

CAPITOLUL IV. BIOETICA ÎN CERCETAREA BIOMEDICALĂ

ETICA UTILIZĂRII ANIMALELOR ÎN SCOPURI ȘTIINȚIFICE

Cristin Coman[1,2], **Gheorghița Isvoranu**[3], **Diana Ancuța**[1,4]
[1]Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară „Cantacuzino”
[2]Universitatea ,,Spiru Haret”, Facultatea de Medicină Veterinară
[3]Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale „Victor Babeș”
[4]Institutul de Agronomie și Medicină Veterinară București, Facultatea de Medicină Veterinară
comancristin@yahoo.com

Modelele animale au fost folosite de-a lungul mileniilor pentru a contribui la descoperirea științifică. Etica utilizării animalelor în scopuri științifice denumită și etica experimentării pe animale a fost dezvoltată de filozofi odată cu zorii omenirii, atunci când animalele au fost domesticite și au început să fie folosite și în alte scopuri decât cele de hrană și muncă, respectiv pentru descoperirea corpului uman și animal, pentru înțelegerea mecanismelor acestora[1]. Faptul că experimentarea pe animale presupune inducerea unui anumit grad de suferință inevitabilă pentru animal a făcut să apară concepte de ordin moral transformate apoi în reglementări din ce în ce mai severe și mai birocratice pentru lumea științifică. Astăzi experimentarea pe animale este o continuă dispută între comunitatea cercetătorilor, care consideră că experimentele pe animale au rolul lor și că nu se poate avansa în cunoașterea biomedicală fără studii pe animale,și apărătorii drepturilor animalelor, care consideră ca animalele au drepturi și că epoca experimentării pe animale trebuie să se încheie.

Prezenta lucrare își propune să ofere o imagine asupra rolului experimentării pe animale în dezvoltarea omenirii, asupra conceptelor etice predominante în evaluarea experimentării pe animale, precum și asupra principalelor principii etice ce stau astăzi la baza experimentării pe animale.

Scurtă istorie a experimentării pe animale

Vivisecția a fost descrisă cu 3000 de ani î.Hr. când, în Babilon, animalele (miei sau iezi) se puneau lângă oameni bolnavi existând credința că bolile sunt duhuri care trec de la animale la oameni și invers, făcându-se

apoi vivisecție pentru a analiza organelor atinse de demon[2].Însă, dezvoltarea experimentării pe animale a avut loc în paralel cu dezvoltarea științei medicale în sine. Fundamentele medicinei occidentale provin din Grecia antică, filozofii greci fiind printre primii care au efectuat vivisecție în scopuri științifice. Unele exemple sunt descrise în primul compendiu medical, „*Corpus Hippocraticum*", o colecție de texte medicale clasice compilate între secolele al V-lea și al II-lea î.Hr. În general,compendiul i se atribuie lui Hipocrate din Kos, dar probabil că el a contribuit doar cu câteva părți. În acea perioadă, știința medicală era în primul rând descriptivă și axată pe anatomie. Erasistratus și Aristotel și-au fundamentat descoperirile anatomice pe deschiderea cadavrelor sau a animalelor vii. Alți filozofi, din acea perioadă, care au descris și evidențiat descoperiri anatomo-fiziologice în urma unor vivisecții au fost Alcmeon din Crotona și Anaxagoras. Galen din Pergam a trăit în secolul al II-lea d.Hr. și a fost, alături de Hipocrate, cel mai important medic al lumii clasice. Ca medic, anatomist și fiziolog a folosit porci, maimuțe și câini pentru cercetările sale și a stabilit bazele medicinei vremurilor în care a trăit și pentru secolele ce vor urma[3]. Cultura romană nu a susținut dezvoltarea în continuare a medicinei și a biologiei și, odată cu răspândirea creștinismului, bioștiința experimentală a dispărut aproape complet, pentru cel puțin o mie de ani.

Așa-numita Epocă de Aur Islamică, între secolul al VIII-lea și al XIII-lea d.Hr., a dus la un progres enorm pentru medicină și știință. Importanța științei acelor zile poate fi văzută în prefixul arab „al" întâlnit în cuvinte precum *algebra, alchimie, alcool și alcalin*. Abu Ali Ibn Sina din Chorasan, Asia Centrală, cunoscut sub numele de Avicenna (cca. 980 – 1037 d.Hr.), este cel mai faimos reprezentant al acelei ere. A studiat mai multe discipline, inclusiv medicina, științele naturii și filozofia. Avicenna a scris în detaliu despre efectele curative ale uleiurilor eterice și a scris aproximativ 100 de cărți, printre care „Canonul Medicinii". Canonul a rămas cea mai importantă carte despre arta vindecării până în secolul al XVII-lea. Alți cercetători în domeniu din acea epocă au fost Abu al Quasim al-Zahrawi (Abulasis, 936 – 1013), Ibn Zuhr (Avenzoar, 1091 – 1161) și Ibn al-Nafis (1200 – 1288)[4].

Odată cu Renașterea, în Europa Centrală, la începutul secolului al XV-lea, a avut loc o reapariție a biologiei și medicinei experimentale. Vesalius, un anatomist flamand, este considerat a fi fondatorul anatomiei moderne și al „gândirii morfologice" în medicină[3].La începutul secolului al XVII-lea a crescut interesul pentru procesele fiziologice. William Harvey (1578 – 1657) a făcut prima descriere a circulației sângelui, iar Johann C. Brunner (1653 – 1727) a efectuat experimente pe animale pentru a înțelege

funcția pancreasului. Munca de cercetare a lui Brunner a condus la descoperirea unui sistem de glande excretoare a căror secreție neutralizează acidul gastric la intrarea în intestinal subțire. Aceste glande îi poartă numele și în prezent.

Charles Darwin a publicat „Originea speciilor" în 1859, construind un fundament pentru teoria evoluției. Conștientizarea faptului că similitudinile dintre oameni și animale sunt bazate pe omologie a prezentat o bază rezonabilă pentru utilizarea animalelor ca modele pentru oameni. Omologia în acest context înseamnă că diferitele grupuri de animale nu evoluează independent unul de celălalt, ci au aceleași origini. În 1865, Claude Bernard a publicat „Introducere în medicina experimentală", descriind metodologia pentru dezvoltarea experimentelor fiziologice. De la sfârșitul secolului al XIX-lea, dezvoltarea de noi domenii științifice precum farmacologia, toxicologia, virusologia și imunologia, precum și industriile emergente care dezvoltă noi produse farmaceutice și vaccinuri, au provocat o creștere rapidă a experimentării pe animale[5]. Până la sfârșitul secolului al XIX-lea, subiecții în experimentarea pe animale erau animale domestice. Mai târziu, alte specii de animale au fost introduse în experimentare și, ulterior, au fost dezvoltate noi modele animale.

La începutul secolului al XX-lea, genetica a inițiat o nouă perioadă de dinamică ridicată. Inițial, geneticienii au apelat la o multitudine de variante de șoareci care erau păstrați ca animale de companie în acele zile. Cu toate acestea, curând oamenii de știință au început să reproducă primele tulpini de șoareci de laborator precum și de șobolani. În paralel cu apariția de noi tulpini consangvine și noi animale de laborator, oamenii de știință au început să ia în considerare și condițiile de adăpostire a animalelor ca metode experimentale folosite. Sugestia a fost aceea că standardizarea cât mai multor parametri este o condiție esențială pentru reproductibilitatea rezultatelor experimentale. S-a fundamentat astfel știința animalelor de laborator care este ramura ce se ocupă de aceste probleme.

Istoria științelor biologice este așadar jalonată de mari descoperiri, la originea cărora se regăsește întotdeauna animalul [6,7]. Animalul este prezent și a fost folosit în marile etape ale biologiei, medicinei umane și veterinare. Să rememorăm:

- Aristotel (384 – 322 î.Hr.) este primul care a efectuat sistematic disecții pe un mare număr de specii de animale. Observațiile numeroase au făcut obiectul principalelor lucrări de biologie, de unde amintim ca notabile: descrierea dezvoltării embrionare la puiul de găină, a stomacului rumegătoarelor și a aparatului reproducător al mamiferelor;
- Erasistrate din Ceos (320 – 250 sau 258 î.Hr.) poate fi considerat pre-

cursorul fiziologiei experimentale și pionier al metodei comparative. A stabilit pentru prima dată o corespondență între prezența circumvoluțiunilor cerebrale la nivelul diferitelor specii și gradul de inteligență a acestora. Prin punerea la punct a unor veritabile experimente pe animale, el a evidențiat rolul senzitiv al rădăcinilor rahidiene posterioare și rolul motor al rădăcinilor anterioare; de asemenea, a descris vena cavă, valvulele venoase, arterele pulmonare și renale;

• Galen (129 – 200 d.Hr.) a efectuat disecții pe un mare număr de maimuțe din specia *Macaca*. Concluziile sale despre anatomia omului provin în parte din observații efectuate pe aceste maimuțe. El a studiat numeroase specii de animale (ovine, bovine, porcine, pisici, lei, lupi) și a descris funcțiile măduvei spinării;

• William Harvey (1578 – 1657)după disecții efectuate pe mai mult de 40 de specii de animale (incluzând aici și crustaceele, insectele și peștii) a descoperit mecanismul circulației sanguine;

• Stephan Hales (1677 – 1761)a constatat, în 1710, că există la animal o presiune sanguină. El a măsurat-o și a observat că există diferențe între artere și vene. Acesta este primul exemplu de evaluare cantitativă a unui fenomen fiziologic;

• Antoine Laurent de Lavoisier (1743 – 1794) prin punerea unui cobai într-un calorimetru cu gheață a demonstrat principiul conservării energiei la ființele vii și a calculat căldura produsă de organism pornind de la combustia internă a organismului (1777);

• Claude Bernard (1813 – 1878), fondatorul medicinei experimentale, a descoperit funcția glicogenică a ficatului, experimentând pe câine. El a fost, de asemenea, primul care a demonstrat posibilitatea organismului de a sintetiza substanțe chimice complexe;

• Louis Pasteur (1822 – 1895) în „Studii despre bolile viermilor de mătase" (1862) a pus în evidență, pentru prima dată, rolul microorganismelor în maladia infecțioasă. Era microbiologiei începea. Prin cercetările sale despre holera păsărilor și antraxului oilor (1880), a descoperit principiul imunității, deschizând astfel calea viitoarelor descoperiri ale diferitelor seruri și vaccinuri. El este un pioner al vaccinurilor antirabice prin cercetări desfășurate timp de peste cinci ani (1880 – 1885);

• Charles-Edouard Brown-Sequart (1817 – 1894) face, în 1889, o comunicare despre efectele benefice la om a injectărilor cu material testicular provenit de la animalele tinere, deschizând astfel era descoperirilor hormonale și a endocrinologiei.

• Christiaan Eijkman (1858 – 1930) constată, în insula Java, la prizonierii dintr-un trib și la puii din curtea spitalului, că pe baza unui regim axat pe orez decorticat toți prezentau aceleași tulburări nervoase. El

a dat din întâmplare puilor bolnavi orez complet și a constatat dispariția bolii, concluzionând o relație între boala de la populația tribului respectiv și regimul alimentar (1890). Aceasta l-a condus, în 1912, pe cercetătorul polonez Casimir Funie (1884 – 1967), la izolarea din germenele de orez a unui principiu pe care el l-a numit „vitamină". De atunci, numeroase descoperiri au urmat în acest domeniu, majoritatea bazându-se pe animalul de laborator.

Rolul animalului în experimente a evoluat și el. Dacă până la mijlocul secolului al XIX-lea animalul avea un rol pasiv, fiind utilizat pentru acumularea de cunoștințe de anatomie și fiziologie, odată cu apariția microbiologiei, cu dezvoltarea imunologiei, cu descoperirea hormonilor și a vitaminelor, cu progresul farmacologiei și al industriei farmaceutice, cu apariția radiobiologiei, animalul devine un model activ. Cercetătorii supun animalele la diverse experimente: inoculări de germeni, administrarea de substanțe chimice, de hormoni, ablații sau grefe de organe, acțiunea diverșilor factori fizici, modificarea regimului de viață etc., urmărind reacția organismului la aceste tratamente. În acest fel animalul devine un instrument reactiv.

Până la începutul secolului al XX-lea animalele utilizate în cercetarea științifică nu erau un material foarte diferențiat, utilizându-se aproape exclusiv animale domestice. Apoi, au început să se utilizeze mult șoarecii și șobolanii, dar și alte specii de mamifere, reptile, păsări, amfibieni șipești. În prezent, cercetarea experimentală aplicativă a devenit mai ales cantitativă, tratamentele aplicate animalelor sunt dozate, iar răspunsul organismului este măsurat și evaluat cantitativ. În aceste condiții cercetătorii solicită un „material" viu care să poată răspunde la aceste noi exigențe.

Rolul experimentării pe animale în dezvoltarea omenirii

Experimentarea pe animale este importantă pentru înțelegerea bolilor și dezvoltarea mecanismelor de protecție împotriva lor. Experimentarea pe animale a determinat un progres fantastic al medicinei, iar descoperirile realizate cu ajutorul animalelor de laborator, de la începutul secolului al XX-lea, au dus la o ridicare a speranței de viață cu 28 de ani. Mai mult, peste 80% din premiile Nobel pentru medicină au la bază experimente pe animale [7]. În anul 2020, premiul Nobel a onorat și medicina și chimia pentru descoperiri ce au avut la bază studii pe animale[8].

Experiențele pe animale sunt necesare deoarece:

- Oamenii de știință au nevoie să efectueze teste de toxicitate pe animale înainte de a începe testarea noilor medicamente pe oameni.
- Noi tehnici chirurgicale se dezvoltă și se verifică pe animale de laborator.

- Chirurgii care fac astăzi operații pe inimă, ochi, creier etc. și-au dezvoltat aptitudinile și s-au antrenat pe animale; niciun model pe computer, culturi de celule, substanțe artificiale care simulează carnea, mușchii, oasele și organele nu pot înlocui încă un organism viu.

Nu există alternative puternice la experimentarea pe animale. Sistemele vii sunt complexe și de aceea este imposibil de exploatat, explicat sau prevăzut evoluția unei boli sau efectul diferitelor tratamente fără observații și testări pe întreg sistemul viu[9]. Culturile de celule și de țesuturi sunt utilizate de mult în cercetarea medicală, dar folosirea lor a oferit doar rezultate parțiale și incomplete. Din datele oferite de cercetările de azi, probabil că în viitor se va putea construi un model adevărat pe computer.

De ce este nevoie de animale în cercetarea biomedicală? Din două motive principale:

- pentru a ajuta înțelegerea cauzelor și mecanismelor bolilor și pentru a dezvolta tratamente pentru ele;
- pentru a prevedea efectele medicinii atunci când nu se poate face prin cercetarea non-animală.

Cercetarea științifică medicală contemporană, testele moderne de control biologic, cu diversitatea problemelor pe care le ridică, au avut și au în continuare nevoie de investigații de mare precizie pentru care este necesar un animal de laborator, deci un „reactiv" viu, sensibil, selectiv față de un anumit stimul, uniform în caracteristicile individuale sau de grup, constant în reproductibilitatea rezultatelor obținute, comparabil ca diversitate și precizie reactivă substanțelor de puritate *pentru analiză* (*pro analysis*)[10].

Dezvoltarea conceptelor etice în experimentarea pe animale

Filosofia s-a ocupat de secole de problema responsabilității umane pentru ființele non-umane, conceptele etice schimbându-se odată cu acumularea de noi cunoștințe științifice. Există însă câteva concepte de bază care se concentrează pe problema complexă a relației om-animal, extrapolându-se și în etica experimentării pe animale[11].

„Antropocentrismul" clasic consideră că animalele nu au deloc valoare intrinsecă. În mod tradițional, aceasta a fost opinia unor filosofi importanți de la Aristotel, până la Immanuel Kant și, de asemenea, opinia teologilor creștini. Antropocentrismul se bazează pe presupunerea că numai oamenii sunt demni de protecție, deoarece numai ei sunt ființe raționale și au fost făcuți după chipul și asemănarea lui Dumnezeu. Deoarece începând cu mijlocul secolului al XIX-lea, teoria evoluției lui Darwin a fost în cea mai mare parte acceptată de oamenii de știință,pre-

supunerea biologică a unicității oamenilor nu mai putea fi menținută.

Conceptul de ,,utilitarism", din filosofia morală, a fost dezvoltat în secolul al XVIII-lea; acest concept postulează că acțiunea oamenilor trebuie să fie în așa fel desfășurată încât să conducă la un maxim de fericire. Jeremy Bentham (1748 – 1832), inițiatorul și un celebru reprezentant al utilitarismului, a pus sub semnul întrebării antropocentrismul clasic considerându-l un „concept egoist". El a afirmat că modul tradițional de a considera animalele drept creaturi care nu gândesc și care nu simt, nu mai este acceptabil. Bentham a definit capacitatea de percepție a durerii ca fiind crucială pentru modul de a face față mediului de viață. Întrebarea nu era dacă o creatură ar putea gândi sau vorbi, ci dacă ar putea suferi.

„Holismul" este un concept extrem care cere ca tot ce există în natură(inclusiv munții sau râurile) să aibă un drept independent de a exista, fără ca omul să aibă dreptul să le tulbure semnificativ. Este aici o exacerbare a abordării metafizice, cum că natura are suflet. Aceste idei, în general, nu sunt împărtășite de curentele filozofice principale sau credințele religioase. Nuanțând puțin, Albert Schweitzer, care este laureat al premiului Nobel, a dezvoltat conceptul de „biocentrism radical" care admite toate creaturile în comunitatea agenților morali. Acest tip de biocentrism interzice distrugerea oricărui fel de viață, indiferent dacă este vorba de un animal, o plantă sau o bacterie. Filosoful australian Peter Singer, precum și activiști din organizațiile care apără drepturile animalelor, reprezintă „patocentrismul", un concept care recunoaște o valoare morală inerentă doar animalelor cu un sistem nervos central intact. Mulți reprezentanți ai patocentrismului văd unele animale drept „persoane", în timp ce refuză această calitate unor oameni. Potrivit lui Singer, primatele umane, balenele și delfinii sunt cu siguranță „persoane", în timp ce alte tipuri de mamifere pot fi și ele persoane, cel puțin cu o probabilitate mare. În contrast, după Singer, nou-născuții, persoanele cu handicap mental sau oamenii care sunt în comă sunt doar „membri ai speciei *Homo sapiens*", nu persoane reale.

Astăzi, conceptul de „biocentrism moderat" reprezintă o teorie morală care se pare că este mai larg acceptată. Teoria etică conferă tuturor creaturilor o anumită stare morală. Cu toate acestea [12], valoarea intrinsecă a unei creaturi depinde de poziția sa în „ Ierarhia organismelor" (scara naturii), descrisă inițial de Aristotel. Din perspectiva de astăzi, ar însemna, de exemplu, că o pisică este mai demnă de protecție decât un șoarece sau o furnică. În forma moderată a celor două concepte (biocentrism, respectiv patocentrism), oamenii păstrează o poziție excepțională ca „persoane", fără a se nega un statut moral altor forme de viață.

Luând în considerare consecințele atunci când urmăm unul dintre

aceste concepte, numai biocentrismul moderat pare pragmatic și aplicabil pentru o persoană obișnuită. Cu toate acestea, estimarea unei insecte ca fiind „mai puțin demnă" decât, de exemplu, un câine nu înseamnă că viața nu are deloc valoare intrinsecă. Și insectele au o valoare intrinsecă și acest fapt trebuie respectat. Conform biocentrismului moderat, utilizarea animalelor în experimente este etică doar dacă scopurile sunt acceptabile. Dar numai cu condiția ca principiul 3R (înlocuire, reducere, îmbunătățire) să fie implementat în totalitate, pentru a evita orice suferință inutilă pentru animale.

Cu toate acestea, utilizarea animalelor în scopuri științifice este privită de către public de multe ori sceptic, în cazul în care nu este respinsă. Mulți oameni interacționează cu o pisică sau un câine emoțional ca animal de companie iubit sau chiar prieten apropiat. Ei nu pot înțelege cum oamenii de știință pot privi un astfel de animal la fel ca un organism, a cărui funcție sau disfuncție cercetătorii vor să o înțeleagă. Experimentarea pe animale este o problemă extrem de complexă și cine nu este om de știință are dificultăți în a înțelege funcționarea acestui domeniu. Asta înseamnă că cercetătorii ar trebui să fie deschiși, să discute cu oamenii obișnuiți despre aceste probleme. Acest lucru ar trebui făcut foarte atent, cu înțelegere și empatie pentru preocupările interlocutorilor. Comunicarea și transparența sunt chei educative în creșterea acceptării de către populație a experimentării pe animale. Cu toate acestea, este previzibil ca, în viitorul apropiat, utilizarea animalelor pentru scopuri științifice să fie privită critic de majoritatea publicului. Pe de altă parte, există nenumărate întrebări restante și probleme nerezolvate în domeniul cercetării biomedicale. Răspunsul la întrebări și rezolvarea problemelor vor necesita mulți ani de implicare, înainte ca cercetarea biomedicală să poată concluziona că experimentarea pe animale nu mai este necesară.

Principalele principii etice în experimentarea pe animale

Orice proiect în care sunt efectuate studii pe animale este supus unei analize etice în care cele mai importante principii sunt bunăstarea și drepturile animalelor, principiul 3R (rafinare, reducere, înlocuire) și analiza prejudiciu/beneficiu[13,14].

Bunăstarea și drepturile animalelor

Preocuparea pentru îngrijirea și bunăstarea animalelor a existat încă de la primele domesticiri ale lor, domesticiri care au avut loc cu cel puțin 10.000 de ani în urmă. Aprecierea oamenilor și respectul față de animale a dus la domesticirea, creșterea și înmulțirea lor. Etica animalelor care s-a dezvoltat în epoca neolitică a obligat oamenii să ia în considerare bunăs-

tarea animalelor lor pentru a-și atinge propriile scopuri. Relația rezultată a fost: „Dacă avem grijă de animale, animalele vor avea grijă de noi". O relație specială, numită în zilele noastre legătura om-animal[15].

Cum se poate defini bunăstarea animalelor astăzi? De fapt, standardele bunăstării animalelor sunt în continuă schimbare și sunt dezbătute, inițiate și revizuite de către membrii organizațiilor ce luptă pentru drepturile animalelor, legiuitori și cercetători din întreaga lume. Cel mai simplu s-ar putea spune că animalul are bunăstare dacă este sănătos și produce bine. Cu toate acestea, există limite în a vedea bunăstarea animalelor numai în ceea ce privește corpul. O limitare este faptul că și mediul înconjurător și genetica pot duce la rezultate fizice dorite,deși starea mentală a animalului este compromisă. De exemplu, la o rasă canină,campionul poate avea o conformație perfectă și o sănătate perfectă, dar poate fi foarte stresat în mediul său de acasă. O altă limitare este faptul că unii parametri fizici și biochimici (ritmul cardiac, nivelul de corticosteron) sunt dificil de interpretat, deoarece pot fi crescuți atât prin experiențe pozitive, cât și negative, precum prezența unui partener, respectiv prezența unui prădător.Acest lucru ar sugera că bunăstarea animalelor include nu numai starea corpului animalului, dar și starea sa mentală. Astăzi majoritatea oamenilor sunt de acord că animalele au trăiri (frică, frustrare, bucurii, emoții) și s-a considerat că bunăstarea animalelor constă în întregime în trăiri și că acestea au evoluat pentru a proteja nevoile primare ale animalului.Astfel, dacă un animal se simte bine, se descurcă bine. Într-o abordare a bunăstării bazată pe sentimente cercetarea măsoară de obicei rezultatele comportamentale, cum ar fi disponibilitatea de a „lucra" (de ex. împingând o poartă, de a sări un obstacol etc.) și semne comportamentale de frică sau frustrare. Astfel de cercetări au condus la concluzia că animalele au nevoi fundamentale de exprimare a comportamentului și că trebuie să li se permită să și-l satisfacă din motive care țin de responsabilitatea umană [16].

O altă viziune a bunăstării, legată de abordarea bazată pe trăiri, este că animalele se descurcă cel mai bine dacă pot trăi după natura lor și își pot îndeplini întreaga gamă de comportamente. În acest caz, suferința fizică, cum ar fi senzația de frig și suferința mentală, precum frica de a fi pradă pot fi acceptabile [17].Bunăstarea animalelor necesită, atât evaluări științifice, cât și discuții despre etica animalelor, pe baza conceptelor filozofice. Bunăstarea animalelor, ca domeniu de studiu, este preocupată de experiențele oricărui animal, inclusiv de starea sa fizică și mentală. Bunăstarea animalelor este acum o știință care folosește diverse metodologii cantitative pentru a ajuta la determinarea impactului acțiunilor umane asupra stării animalelor aflate sub îngrijirea omului[18].

Rezumând diferite aspecte ale problemei, bunăstarea animalelor cuprinde corpul și mintea animalului, precum și măsura în care natura

sa (trăsături genetice evidente în funcție de rasă și temperament) este satisfăcută. Cu toate acestea, aspectele bunăstării duc uneori la contraziceri și conflicte, iar acest lucru prezintă provocări etice și practice [19]. Bunăstarea animalelor, cu o atenție deosebită față de experimentarea pe animale, a început să aibă un loc mai mare în politica publică occidentală, în Marea Britanie,începând cu secolul al XIX-lea. Prima organizație la nivel mondial care a militat împotriva experimentării pe animale a fost „Societatea pentru protecția animalelor utilizate pentru vivisecție (The Society for the Protection of Animals Liableto Vivisection–SPALV)", care a fost fondată de Frances Power Cobbes, în 1875. Fundația a fost o consecință a numărului tot mai mare de oameni care protestau împotriva folosirii a tot mai multe animale în scopuri științifice [20].

Din acele vremuri au apărut două idei practic diferite despre bunăstarea animalelor în societățile occidentale. Pe de o parte, activiștii pentru drepturile animalelor luptă împotriva experimentării pe animale, din principiu și au pretenția de a reprezenta protecția sau bunăstarea animalelor [21]. Pe de altă parte, experimentarea pe animale este reglementată juridic până la ultimul detaliu. Cercetătorii sunt obligați să respecte toate normele legale, toate aspectele bunăstării animalelor și să aplice principiul 3R (rafinare/refinement, reducere/reduction, înlocuire/replacement) și să respecte cele cinci libertăți/drepturi menționate la sfârșitul acestei secțiuni. În toate țările Uniunii Europene, fiecare instituție în care se efectuează experimentare pe animale trebuie să aibă o comisie pentru bunăstarea animalelor, care să consilieze cercetătorii și să le monitorizeze lucrul cu animalele.

În ceea ce privește bunăstarea animalelor, în context științific, Directiva Uniunii Europene nr. 63, din 2010 (2010/63/EU) a reglementat că animalele utilizate în scopuri experimentale trebuie să primească îngrijire adecvată și tratament corespunzător. Toate persoanele care interacționează cu animalele trebuie să aibă instruire și experiență adecvate, căpătate sub tutela unui supraveghetor. Animalele trebuie să fie adăpostite în cuști suficient de mari și într-un microclimat specific speciei. Ori de câte ori este posibil, animalele trebuie cazate în grupuri. Tehnicile de îmbogățire a calității vieții ar trebui utilizate pentru a încuraja exercițiul fizic, explorarea mediului și activitățile cognitive. Metodele de eutanasiere trebuie să limiteze durerea, stresul și suferința simțite de animale. Animalele pot fi ucise numai de o persoană instruită în acest sens[22].

„Cinci libertăți" este un concept, care prezintă aspecte ale bunăstării animalelor sub control uman. Dezvoltat inițial pentru bunăstarea animalelor de fermă și utilizat pe scară largă, conceptul poate fi aplicat și la întreținerea și utilizarea animalelor în experimentare[23].Cele cinci libertăți sau drepturi sunt:

• Dreptul de a nu suferi de foame sau sete, printr-un acces facil la apă proaspătă și la o dietă de întreținere deplină și viguroasă a sănătății;
• Dreptul de nu suferi disconfort, prin asigurarea unui mediu adecvat, inclusiv adăpost și o zonă confortabilă de odihnă;
• Dreptul de nu suferi de durere, leziuni sau boli, prin prevenire sau diagnostic și tratament rapid;
• Dreptul de a exprima comportamentul normal, oferind suficient spațiu, facilități adecvate și companie animalului;
• Dreptul de nu suferi de stres și frică, asigurând condiții și tratament pentru a evita suferința mentală.

Principiul 3R

Directiva Uniunii Europene nr. 63 din 2010 precum și toate legislațiile naționale europene, au stabilit că atunci când se planifică și se efectuează experimente pe animale trebuie luați în considerare cei trei R. Ceitrei R se referă la rafinare, reducere și înlocuire(de la termenii din limba engleză refinement, reduction, replacement).

Principiul a fost dezvoltat ca un concept de William Russel, zoolog, psiholog și de microbiologul Rex Burch. În 1954, Russel și Burch au fost aleși de Federația Universităților pentru Bunăstarea Animalelor (The Universities Federation for Animal Welfare– UFAW) pentru a elabora un studiu sistematic al eticii tehnicilor de laborator[24]. În 1956, au pregătit un raport general către comitetele federației, iar în 1959, Russel și Burch și-au publicat cartea „Principiile tehnicilor experimentale umane" în care susțin că știința aplicată și dezvoltată uman este cea mai bună știință și propun principiul 3R, cu reguli subsumate de înlocuire, reducere și rafinare[25]. Această lucrare a fost în mare parte ignorată până în anii ,70 când, la presiunea opiniei publice, au început să apară primele legi referitoare la protecția animalelor utilizate în scopuri științifice, iar principiul 3R publicat de Russell și Burch a fost reintrodus, adoptat de comunitatea științifică și adaptat pentru a se potrivi cu contextul acelor timpuri [26]. În secolul al XXI-lea, principiul etic al celor trei R a devenit esențial în cercetarea pe animale și a fost încorporat în legislația privind utilizarea animalelor în experimentare în toate statele membre ale Uniunii Europene, prin transpunerea și punerea în aplicare a Directivei 2010/63/UE privind protecția animalelor utilizate în scopuri științifice [22].

Cum poate fi realizat și implementat acest concept definit ca principiu 3R? Prezentăm pe scurt semnificația celor trei reguli subsumate:

Rafinarea (refinement) procedurilor de testare, dezvoltarea metodelor neinvazive, analgezia adecvată și anestezia contribuie la rafinament. Conceptul de îmbunătățire/rafinare presupune, de asemenea, și

implementarea tuturor măsurilor de îmbunătățire a condițiilor de creștere, adăpostire și îngrijire. Progresul științific a făcut ca pentru analizele serologice și biochimice să fie necesare cantități mici de probe biologice, acest lucru determinând reducerea volumelor recoltate de la animale, contribuind la confortul lor. O altă fațetă a îmbunătățirii o reprezintă îmbogățirea mediului în care stau animalele cu materiale care să le stimuleze activitatea, joaca, să le reducă nivelul de stres [16]. Îmbogățirea mediului este acum o condiție standard a cazării tuturor animalelor de laborator, de la șoarece până la primatele non-umane.

Reducerea (reduction)numărului de animale utilizate în experimentare poate fi realizată printr-o atentă planificare experimentală și o evaluare statistică. Reducereala un număr minim a animalelor dintr-un studiu trebuie făcută fără a compromite obiectivele proiectului, incluzând maximizarea informațiilor obținute *per* animal. În prezent, abordarea conceptului de reducere se concentrează mai mult pe proiectarea experimentală. Reducerea poate fi realizată și prin utilizarea de noi tehnologii care oferă date mai ușor cuantificabile și mai nune pentru validare statistică. Numărul de animale care trebuie să fie utilizate într-un proiect de cercetare poate fi redus la minimum prin mai multe mijloace. Oamenii de știință trebuie să știe ce au făcut anterior alte echipe științifice din zona de cercetare aleasă și să utilizeze aceste informații pentru a estima numărul de animale necesare pentru a produce rezultate fiabile și de încredere. Numărul de animale utilizate în proiectele de cercetare poate fi de asemenea redus, printr-un design experimental bun și o observație atentă astfel încât să poată fi analizate mai multe variabile simultan[27]. Echipele de cercetare trebuie să știe, de asemenea, că folosirea prea multor animale poate duce la utilizarea inutilă a acestora, însă utilizarea unui număr prea mic de animale poate necesita repetarea întregului experiment deoarece rezultatele ar putea fi incerte, după analiza datelor. În ambele cazuri,pot exista astfel utilizări nejustificate de animale.

Înlocuirea (replacement) presupune utilizarea unor metode alternative ce nu implică utilizarea de animale vii. Experimentele pe animale au un statut special pentru relația om-animal. Din acest motiv, tendința în societățile occidentale este de a înlocui experimentele pe animale cu metodele alternative. Un exemplu, citat adesea ca alternativă, este utilizarea tehnicilor *in vitro*. Studiile *in vitro* sunt de obicei realizate cu celule sau biomolecule studiate în afara contextului lor biologic normal; de exemplu, proteinele sunt examinate în soluții sau celulele în mediu de cultură artificială. Exemple de studii *in vitro* includ izolarea, creșterea și identificarea microorganismelor sau a celulelor derivate din organisme multicelulare (cultură celulară sau tisulară), componente subcelulare (mitocondrii sau ribozomi), extracte celulare sau

subcelulare (germeni de grâu, extracte de reticulocite), molecule purificate (proteine, ADN, ARN), organoide și testele de pirogenitate [28, 29]. Un avantaj principal al testelor *in vitro* este reducerea complexității sistemului în studiu, astfel încât investigatorul să se poată concentra pe un număr mic de componente. Principalul dezavantaj al studiilor *in vitro* este capacitatea și justificarea generalizării rezultatelor pentru un sistem biologic intact sau pentru un organism cu părțile sale care interacționează în mod multiplu. Cu toate acestea, în majoritatea tipurilor de investigații științifice doar etapele experimentale inițiale pot fi abordate cu metode *in vitro*, cum ar fi testarea răspunsului la o toxină pe diferite tipuri de celule. O evaluare fiabilă a efectului asupra întregului organism de obicei necesită testare *in vivo*. Probabil că metodele alternative nu pot înlocui pe deplin experimentele *in vivo*, în schimb le pot completa și ajută la reducerea numărului de animale folosite.

Înlocuirea ar putea fi realizată cu ușurință atunci când există proceduri impuse legal. De exemplu, conform reglementărilor internaționale trebuie efectuat testul dozei letale 50% (LD50) pentru evaluarea toxicității acute a unei substanțe. Testul are criticii săi, pentru că necesită un număr mare de animale și implică, în mod clar, o suferință a animalelor. Trebuie luat în considerare dacă LD50 poate fi înlocuit, în anumite situații, cu metode alternative și pentru a reduce numărul de animale utilizate [30].

În afară de testele *in vitro*, înlocuirea animalelor în studii ar putea fi făcută prin modele computerizate, modele biochimice, utilizarea tehnologiilor omice reprezentate de transcripție, proteomică, metabolomică etc. [31].Înlocuirea poate fi totală, când animalele sunt înlocuite completprin voluntari umani, linii celulare și/sau prin metodele prezentate mai sus, sau înlocuite parțial, când animale cu un grad mare de conștiență și de exprimare a suferinței sunt înlocuite cu animale de pe treptele de jos ale dezvoltării filogenetice și la care nu s-a dovedit încă științific capacitatea de exprimare a durerii, cum ar fi *Drosophila melanogaster*, nematode (*Caenorhabditis elegans*), *Amoebae*, embrionii de pește zebră etc. [32].

Experimentarea pe animale cu respectarea strictă a principiului 3R și a celor cinci libertăți/drepturi nu este doar o cerință etică, ci și una științifică. De exemplu, studiile pe animale care determină un stres cronic din cauza condițiilor de cazare sau a tratamentului necorespunzător în interiorul unei experimentul nu vor da rezultate reproductibile.

Analiza prejudiciu-beneficiu

Analiza prejudiciu-beneficiu a oricărui studiu științific ce se va efectua pe animale se face pentru a evalua dacă răul cauzat animalelor sub aspectul suferinței, durerii și stresului este justificat de rezultatul scontat, ținând seama de considerente etice și dacă ar putea fi, în final, în bene-

ficiul oamenilor, animalelor sau mediului;analiza prejudiciu – beneficiu este o analiză dificilă, care nu se poate face automat și în care trebuie ținut cont de foarte multe detalii. Analiza pe alocuri poate fi subiectivă,însă trebuie luați în calcul mulți factori care o vor obiectiva[33].

Analiza prejudiciului trebuie făcută cu exactitate pentru a se stabili natura și mărimea prejudiciului. Prejudiciul adus animalelor prin utilizarea lor se refera la stres, la durere, la suferință și la moarte. Trebuie stabilit gradul de severitate a procedurilor atât pentru fiecare procedură, cât și pentru proiect în ansamblu. În stabilirea prejudiciului trebuie ținut cont de cutumele culturale, de conservatorismul cercetătorilor învățați cu anumite modele, de solicitarea derogărilor pentru utilizarea altor metode de ucidere decât cele stabilite de lege, de utilizarea unor specii pe cale de dispariție, primate non-umane, animale capturate din sălbăticie, animale rătăcite și semisălbăticite din specii domestice și/sau animale care nu au fost crescute special pentru utilizarea în proceduri, de efectuarea studiilor în afara unor unități autorizate, de reutilizarea animalelor în proceduri sau de utilizarea lor continuă, de solicitarea de derogări de la standardele de îngrijire și cazare. Analiza prejudiciului trebuie să evidențieze și dacă procedurile/experimentele au mai fost făcute, iar dublarea/repetarea lor este justificată sau nu[34].

În analiza beneficiului trebuie să se arate dacă proiectul va aduce cunoștințe noi și în cât timp;cine vor fi beneficiarii proiectului: oamenii, animalele sau mediul înconjurător; cum vor beneficia; dacă beneficiile sunt directe sau indirecte; care va fi impactul beneficilor preconizate. Beneficiile trebuie legate întotdeauna și de scopurile proiectului: cercetare, educație, diagnostic, testare etc. Trebuie stabilit și termenul beneficiilor potențiale: imediat, pe termen mediu sau pe termen lung. Nu trebuie neglijat nici impactul beneficiilor: dacă este limitat sau se adresează unor categorii mai largi. Beneficiile trebuie considerate ca fiind potențiale și este bine să se ia în calcul și posibilitățile de eșec al cercetării.

Analiza prejudiciu/beneficiu este unică și ea se face pentru fiecare proiect în parte, nefiind tocmai ușor de făcut. Este important să se solicite și părerea unor experți din afara instituției și să se cerceteze atent literatura de specialitate și bazele de date internaționale etc.[35].

Concluzii

Utilizarea animalelor în scopuri științifice reprezintă o dilemă morală pentru cei care lucrează în domeniu. Dacă admitem că animalele sunt fundamental relevante din punct de vedere moral și că experimentarea pe animale poate fi (în principiu) utilă,atunci ne confruntăm cu o dilemă morală.

Dacă vom considera că experimentele pe animale sunt legitime din punct de vedere etic, atunci deși suntem de acord că se obțin cunoștințe noi, rămâne povara morală a suferinței animalelor. Dacă respingem experimentele pe animale și le considerăm inadmisibile din punct de vedere moral, atunci se elimină povara etică, dar este posibil să acceptăm consecințe problematice din punct de vedere moral în ceea ce privește dezvoltarea produselor medicale sau siguranța produselor.

Dilema morală nu va putea fi rezolvată decât contextual, prin specificare și prin balansarea principiilor eticii cercetării biomedicale și a eticii folosirii animalelor în cercetarea științifică, însă cercetarea predictibilă și reproductibilă trebuie să însoțească etica și bunăstarea animalelor pentru a putea continua experimentarea pe animale într-o matrice etică și pentru a câștiga încrederea opiniei publice că utilizarea animalelor în scopuri științifice este benefică societății.

Bibliografie

1. Mafield, M. Animal experimentation in Europe: fromitsoriginstoitsfuture. *Experimental Animals*. 2003, vol. 52, nr. 1, p 42-46. PMID: 12638253
2. Kwasman, T. The demon of theroof, În: *Disease in Babylonia* (coord. Finkel I.L., Geller M.J.) 2007, p 160-186, ISBN 978-90-47-40418-7
3. Pollock, A. Vivisection and theExperiments of thePhysiologist. *Vesalius*. 2012, vol. 18, nr. 1, p. 36-38. PMID: 26591073
4. Hajar, R. Animal testing and medicine. *HeartViews*, 2011, vol. 12, nr. 1, p. 42. DOI:10.4103/1995-705X.81548
5. Hendriksen, C.F. A shorthistory of theuse of animals in vaccine development and quality control. *Developments in biologicalstandardization*. 1996, nr. 86, p. 3-10. PMID: 8785959.
6. Franco, N.H. Animal Experiments in Biomedical Research: A Historical Perspective. *Animals (Basel)*. 2013, vol. 3, nr. 1, p. 238-273. DOI: 10.3390/ani3010238
7. National Association for Biomedical Research (NABR). *The importance of animal research*. Disponibil la https://www.nabr.org/biomedical-research/importance-biomedical-research (accesat: 16.05.2021)
8. The Nobel Prize. *All Nobel Prize*. Disponibil la https://www.nobelprize.org/prizes/lists/all-nobel-prizes/ (accesat: 06.06.2021)
9. Begley, C.G., Ellis, L.M. Drug development: Raisestandards for preclinical cancer research. *Nature* 2012, nr. 483, p. 531-533, https://doi.org/10.1038/483531a
10. Loeb, J.M., Hendee, W.R., Smith, S.J., Schwartz, M.R. Humanvs animal rights. In defense of animal research. *The Journal of the American Medical Association.*, 1989, vol. 262, nr. 19, p. 2716-2720. PMID: 2810604
11. Blumer, K. Ethicalaspects of animal experiments and theprinciple of solidarity. În: *AnimalsExperiments in Research*, (coordonator: German Research Foundation). Disponibil la https://www.mpg.de/798717/dfg_S_27-29_engl.pdf (accesat: 20.05.2021)

12. Clutton-Brock, J. Aristotle, the Scale of Nature, and Modern AttitudestoAnimals. *Social Research*, 1995, vol. 62, nr. 3, p. 421-440. Disponibil: http://www.jstor.org/stable/40971103 (accesat: 29.05.2021)
13. Fernandes, M.R., Pedroso, A.R. Animal experimentation: A look intoethics, welfare and alternative methods. *Revista da AssociaçãoMédicaBrasileira*. 2017, vol. 63, nr. 11, p. 923-928, DOI: 10.1590/1806-9282.63.11.923
14. Varga, O. CriticalAnalysis of Assessment Studies of the Animal Ethics Review Process. *Animals*. 2013, nr. 3, p. 907-922; DOI:10.3390/ani3030907
15. Goeke, J.,E. The history of theuse of animals in research and thedevelopment of the animal welfare concept. *Journal of the American College of Toxicology*. 1987, vol. 6, nr. 2, p. 187-194.DOI: 10.3109/10915818709075130
16. Boissy, A., Manteuffel, G., Jensen, M.B., Moe, R.O., Spruijt, B., Keeling, L.J., Winckler, C., Forkman, B., Dimitrov, I., Langbein, J., Bakken, M., Veissier, I., Aubertet, A. Assessment of positiveemotions in animalstoimprovetheirwelfare. Physiology&Behavior. 2007, vol 92, nr. 3, p. 375-397. DOI: 10.1016/j.physbeh.2007.02.003
17. Olsson, A.S., Nicol, C., Niemi, S.M., Sandøe, P. FromUnpleasanttoUnbearable-Why and HowtoImplement an UpperLimittoPain And OtherForms of Suffering in ResearchwithAnimals. *Institute for Laboratory Animal Research Journal*. 2020, 30:ilz018. DOI: 10.1093/ilar/ilz018
18. Lawrence, A.B., Vigors, B., Sandøe, P. Whatissopositiveaboutpositive animal welfare?-A criticalreview of theliterature. *Animals (Basel)*. 2019, vol. 9 nr. 10, p. 783. DOI: 10.3390/ani9100783
19. Ferdowsian, H.R., Beck, N. Ethical and ScientificConsiderationsRegarding Animal Testing and Research. *PLoSOne*. 2011, vol. 6, nr. 9, e24059, DOI: 10.1371/journal.pone. 0024059
20. Germain, P.L., Chiapperino, L., Testa, G. The European politics of animal experimentation: From Victorian Britainto 'Stop Vivisection', In: *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 2017, vol. 64, p. 75-87, ISSN 1369-8486, https://doi.org/10.1016/ j.shpsc.2017.06.004
21. Cressey, D. Animal research: Battlescars. *Nature* 2011, vol 470, nr. 7335, p. 452-453. DOI: 10.1038/470452a
22. *Directive 2010/63/EU of the European Parliament and of the Council of 22 September 2010 on theprotection of animalsused for scientificpurposes Text with EEA relevance*. 2010. Disponibil: http://data.europa.eu/eli/dir/2010/63/oj (accesat: 18.05.2021)
23. Elischer, M., *The FiveFreedoms: A historylesson in animal care and welfare*, 2019. Disponibil: https://www.canr.msu.edu/news/an_animal_welfare_history_lesson_ on_the_ five_freedoms. (accesat: 17.05.2021)
24. Balls, M. The origins and earlydays of theThreeRs concept. *AlternativestoLaboratoryAnimals*. 2009, vol. 37, nr. 3, p. 255-265, DOI: 10.1177/026119290903700306
25. Russell, W. M. S., Burch R. L. The principles of humane experimental technique, 1959, ISBN: 0-900767-78-2, Disponibil: https://caat.jhsph.edu/principles/the-principles-of-humane-experimental-technique (accesat: 12.05.2021)

26. Kirk, R.G.W. RecoveringthePrinciples of Humane Experimental Technique: The 3Rs and theHumanEssence of Animal Research. *Science, Technology, &Human-Values*. 2018, vol. 43, nr. 4, p. 622-648. DOI: 10.1177/0162243917726579
27. Kilkenny, C., Parsons, N., Kadyszewski, E., Festing, M.F.W., Cuthill, I.C., Fry, D., Hutton, J., Altman, D.G. Survey of the Quality of Experimental Design, StatisticalAnalysis and Reporting of ResearchUsingAnimals. *PLoSOne*. 2009, vol. 4, e7824, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0007824
28. Villenave, R., Wales, S.Q., Hamkins-Indik, T., Papafragkou, E., Weaver, J.C., Ferrante, T.C., Bahinski, A., Elkins, C.A., Kulka, M., Ingber, D.E. HumanGut-On-A-Chip SupportsPolarizedInfection of Coxsackie B1 Virus In Vitro. *PLoSOne* 2017, vol. 12, nr. 2, e0169412, DOI: 10.1371/journal.pone.0169412
29. Matano, M., Date, S., Shimokawa, M., Takano, A., Fujii, M., Ohta, Y., Watanabe, T., Kanai, T., Sato, T. Modelingcolorectal cancer using CRISPR-Cas9-mediated engineering of human intestinal organoids. *Nature Medicine*. 2015, vol. 21, nr. 3, p. 256-262, doi: 10.1038/nm.3802
30. Erhirhie, E.O., Ihekwereme, C.P., Ilodigwe, EE. Advances in acute toxicitytesting: strengths, weaknesses and regulatoryacceptance. *InterdisciplinaryToxicology*. 2018 vol. 11, nr. 1, p. 5-12. DOI: 10.2478/intox-2018-0001
31. Bijlsma, S., Bobeldijk, I., Verheij, E.R., Ramaker, R., Kochhar, S., Macdonald, I.A., Van Ommen, B., Smilde, A.K. Large-scale humanmetabolomicsstudies: A strategy for data (pre-) processing and validation. *AnalyticalChemistry*. 2006, nr. 78, p. 567-574, DOI: 10.1021/ac051495j
32. Ashrafi, K., Chang, F.Y., Watts, J.L., Fraser, A.G., Kamath, R.S., Ahringer, J., Ruvkun, G. Genome-wideRNAianalysis of Caenorhabditiselegansfatregulatory-genes. *Nature*. 2003, vol. 421, nr. 6920, p. 268-272. DOI: 10.1038/nature01279
33. Smith, J.A., van den Broek, F.A.R., Martorell, J.C., Hackbarth, H., Ruksenas, O., Zeller, W., FELASA Working Group on EthicalEvaluation of Animal ExperimentsPrinciples and practice in ethicalreview of animal experimentsacross Europe: summary of the report of a FELASA workinggroup on ethicalevaluation of animal experiments. *LaboratoryAnimals*. 2007, vol. 41, nr. 2, p.143-160, DOI: 10.1258/002367707780378212
34. Grimm, H., Olsson, I.A.S., Sandøe, P. Harm-benefitanalysis - whatistheaddedvalue? A review of alternative strategies for weighingharms and benefits as part of theassessment of animal research. *LaboratoryAnimals*. 2019, vol. 53, nr. 1, p. 17-27. DOI: 10.1177/0023677218783004
35. Davies, G.F. Harm-BenefitAnalysis: opportunities for enhancingethicalreview in animal research. LaboratoryAnimals, 2018, vol47, nr. 1, p. 57–58. https://doi.org/10.1038/ s41684-018-0002-2

REPERE ETICE ÎN UTILIZAREA ANIMALELOR DE LABORATOR

Iliuță Laurențiu Anghelache
Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale „Victor Babeș", București
laurentiu.anghelache@ivb.ro

Considerații istorice

Valorile umane au fost mereu, mai mult sau mai puțin, în conflict cu știința. Acest conflict s-a atenuat de-a lungul vremurilor până când acestea au ajuns să se completeze reciproc prin împărtășirea valorilor și a epistemologiei. În acest context, „cercetătorii credeau că practicarea științei cu deschiderea către adevăr reprezintă,în sine, un bun model civic", domeniul științific combinând atât valori idealiste, cât și valori utilitare [1]. Filosofia oferă cercetătorului un bun exercițiu mental, mulți cercetători consacrați fiind inițial filozofi. Santiago Ramon y Cajal (1852-1934) susținea că doctrina filozofică este dinamică, ea schimbându-se la 15-20 de ani și aceasta imprimă un interes mai scăzut tânărului cercetător care este mai preocupat cu standardele gândirii critice și metodele de consolidare a adevărului. Altfel spus, cercetătorul va fi ghidat mereu de maxima lui Cicero: *Dubitando ad veritatem pervenimus* – Îndoindu-ne ajungem la adevăr [2].

În evoluția și diferențierea oamenilor de celelalte mamifere, trei caracteristici au jucat un rol esențial: crearea și utilizarea uneltelor, comportamentul simbolic și limbajul, cultivarea plantelor și domesticirea animalelor. Oamenii au format legături strânse cu animalele chiar și înainte de domesticirea lor, fapt unic în regnul animal. Conexiunea cu animalele a conferit un avantaj selectiv oamenilor care au abilități de observare, analiză, comunicare și dezvoltare de noi tehnici de supraviețuire [3].

Primele încercări științifice în fiziologie și anatomie datează din Grecia Antică unde Alcmeon din Crotone (VI-V î.Hr.), Aristotel, Diocles, Paraxagoras (IV î.Hr.) efectuau vivisecții pe animale. În mediul intelectual al Alexandriei, Erasistrate și Herophilos (IV-III î.Hr.) utilizau pentru chirurgie exploratorie, criminalii condamnați la moarte. Toți acești autori au influențat munca lui Galenus din Pergam (III-II î.Hr.) care a perfecționat tehnica de vivisecție, iar tratatele sale au ghidat omenirea până în perioada Renașterii (XIV d.Hr.).

Foarte interesant este că, în secolul III î.Hr., Școala Empirică a Greciei respinge valoarea științifică a vivisecției, nu doar din cauza suferinței provocate animalelor, ci și din cauza utilității scăzute. Empiricii considerau

că durerea și moartea distorsionează aspectul organelor, iar observațiile extrase vor fi eronate, drept dovadă fiind lipsa de acuratețe a concluziilor rezultate din vivisecții până atunci. Au existat proteste împotriva vivisecțiilor dar, acestea nu aveau fundament moral, ci religios. Animalele erau clasificate, în religia greacă, de ceea ce în latină se numește *scala naturae*, o ierarhizarea a elementelor biotice și abiotice în funcție de proximitatea față de divinitate, omul fiind în poziția superioară. Acest model de superioritate umană în raport cu animalele va influența și perspectiva iudeo-creștină, animalele având ca unic scop, deservirea omului. Totuși, teologul și filozoful Thomas Aquinas scria că atitudinea greșită față de animale este un păcat pentru că acestea sunt proprietatea cuiva, iar un astfel de comportament se poate propaga asupra oamenilor[4].Creșterea în popularitate a religiei creștine în Europa, a determinat scăderea interesului pentru știință și medicină,disecția cadavrelor umane este interzisă pe motive socio-religioase, oamenii sunt mai preocupați de o viață dreaptă și modestă pentru a o putea dobândi pe cea veșnică. Mai mult, știința medicală nu oferea răspunsuri sau soluții eficiente în cazul numeroaselor izbucniri epidemiologice din acele vremuri (lepră,ciuma bubonică, variolă). Evenimentele medicale inexplicabile sunt puse pe seama superstițiilor, supranaturalului și puterii tămăduitoare a credinței[5].

În perioada Renașterii, Andreas Vesalius (1514-1564) reia în secret, experimentele pe animale și disecția cadavrelor reușind să publice una dintre cele mai importante cărți de anatomie modernă, *De HumaniCorporis Fabrica Libri Septem*(1543),care trezește comunitatea științifică,pune bazele anatomiei comparate și încheie influența de pesteun mileniu a lui Galenus[4].René Descartes (1596-1659), în perioada Iluministă,propune modelul de înțelegere a organismelor vii pe baza principiilor mecanice, motivând faptul că animalele nu au suflet, rațiune sau conștiință, ele fiind asemănătoare unor mașini. Similar[4, 5], Baruch Spinoza (1632-1677) nu nega capacitatea animalelor de a simți, însă le considera la dispoziția oamenilor spre a fi folosite cum doresc ei. Au fost aduse foarte multe critici modelului cartezian, însă trebuie menționat că, în acea perioadă, nu exista conceptul de anestezie, iar activitatea științifică se afla în creștere după un timp considerabil de stagnare. În acest context, Descartes, prin observațiile lui, motivează și delimitează experimentele(științifice) de crimă. Au existat dezbateri din care reiese că René Descartes a fost perceput greșit. Acesta nu neagă existența conștiinței, ci pune întrebări despre cum am putea explica și înțelege științific expresiile comportamentale fără atribuirea conștiinței în mod preconceput.„Mecanismul cartezian” a oferit argumentele necesare pentru a continua vivisecția de-a lungul secolelor XVII-XVIII, apoi principiile lui Immanuel Kant (1724-1804) vor susține recunoașterea

animalelor ca fiind capabile să simtă durerea cel puțin la fel ca omul. Tranziția de la Descartes la Kant poate fi interpretată drept prima schimbare de perspectivă, cu rolul de a crește calitatea științifică prin conștientizarea suferinței și o mai bună argumentare științifică[6, 7].În aceeași perioadă cu Kant,prin lucrarea *The Principles of Morals and Legislation* (1789), Jeremy Bentham (1747-1832)reușește să combată argumentele referitoare la superioritatea umană față de animale, conferită de inteligență și limbaj, susținând că un cal sau câine este, dincolo de surprinzătoarea comparație, mai rațional decât un copil în primii ani de viață,justificând importanța morală a capacității de suferință peste cea a intelectului și limbajului [8]. Prima lege pentru protejarea animalelor de laborator intră în vigoare în anul 1876, în Anglia (*CrueltytoAnimals Act*). Deși unele grupuri extremiste doresc abolirea experimentelor pe animale, acestea devin parte integrată a cercetării biomedicale [9].

În secolul XIX, odată cu descoperirea anesteziei, animalele supuse experimentelor sunt anesteziate pentru prevenirea suferinței. Charles Darwin publică, în 1859, cartea*The origin of species*, care dovedește translatabilitatea dintre animale și om. Dezvoltarea disciplinelor biomedicale (farmacologie, toxicologie, virologie, imunologie) și, în special, a industriei farmaceutice determină creșterea considerabilă a experimentelor pe animale [10, 8].

Dezvoltarea cunoașterii științifice și atitudinea etică

Schimbarea de paradigmă în ceea ce privește atitudinea omului față de animalele de laborator am putea considera că s-a petrecut în 1959, când William Russell și Rex Burchpublică *The Principles of Humane Experimental Technique*, carte în care sunt descrise pentru prima dată aspectele legate de ceea ce astăzi numim principiul 3R (de la **R**efinement, **R**eduction, **R**eplacement). Cartea are ca schelet un studiu sistematic al tehnicilor de laborator și al aspectelor etice cu scopul de a încuraja metodele alternative, îmbunătățirea calității științifice și bunăstării animalelor. Principiul 3R (înlocuire, reducere, rafinare)se referă la substituirea pe cât de mult posibil a studiilor pe animale cu metode alternative, la reducerea numărului de animale prin utilizarea metodelor statistice și a tehnicilor experimentale de precizie (ex. imagistica *in vivo*),iar rafinarea presupune optimizare a metodelor ce duc la minimizarea suferinței, disconfortului și asigurarea bunăstării animalelor utilizate [11].

Drepturile animalelor sunt dezbătute, în 1975, de filozoful australian Peter Singer în cartea *Animal Liberation* care trasează legătura dintre rasism și speciism, urgentând extinderea drepturilor de bază pentru egalitate animalelor. Acesta condamnă vivisecția exceptând cazurile când beneficiul obținut este mai mare decât suferința indusă [12].În 1984,

Tom Regan, susține că este obligația noastră morală de a nu cauza efecte negative bunăstării animalelor, la fel cum avem obligații morale față de oamenii cu dizabilități mentale, față de bătrâni sau copii. Toți au o valoare a lor, intrinsecă și primesc un tratament egal. Extinderea acestor drepturi de bază la animale înseamnă recunoașterea valorii intrinseci a acestora și implicarea obligațiilor morale directe. Această recunoaștere este implementată în sistemul actual de valori al unui număr tot mai mare de oameni,fiind încorporată în legislația europeană și aplicată în societate. Acordarea drepturilor de bază animalelor destinate științei implică acceptarea că acestea nu sunt instrumentele noastre, iar noi nu suntem „stăpânii" lor. Doar pentru că aceste animale sunt utilizate sistematic în știință nu trebuie să implice că valoarea lor este redusă la utilitatea lor [7]. Acest aspect devine evident atunci când animalele sunt utilizate trivial, duplicativ și neînțelept în experimente ce promit beneficii pentru umanitate. Moralitatea experimentului reiese din protejarea demnității animalelor incluse în studiu. Cel mai bun lucru pe care un cercetător îl poate face pentru animalele de laborator este să nu le folosească. Dar dacă sunt folosite, putem cădea de acord că animalele au dreptul de a fi protejate de durere intensă și suferință îndelungată. Un experiment în care nu pot fi controlate elementele de disconfort, nu poate fi justificat. Astfel, putem avea o balanță tolerabilă între interesele umane și drepturile animalelor [14]. Utilitarismul și acordarea moderată de drepturi animalelor de laborator destinate progresului uman sunt permise atâta timp cât le sunt asigurate cele cinci libertăți existențiale:

- libertate de acces la hrană;
- libertate de acces la mediu propice de viață;
- libertate față de durere, accidentare și infectare;
- libertate de a exprima comportamentul specific;
- libertate față de frică și stres[13].

Recunoașterea valorii intrinseci a animalelor se reflectă asupra cercetătorului prin creșterea calității științifice în urma evaluării etice,încălcarea acestei valori fiind tolerată atunci când consecințele neefectuării experimentului sunt mai grave, însă rămâne esențial ca animalele să își poată exprima comportamentul specific speciei cât mai mult înainte, în timpul și după efectuarea experimentului,iar cercetătorul are obligația de a căuta activ metode alternative de investigare. Acestea sunt principii de justiție morală, ele implică independența de sentimentul de compasiune și simpatie, reprezentând strict o obligația morală directă, aceea de a trata toate animalele cu respect pentru valoarea lor intrinsecă. Dacă nu am acorda animalelor drepturi pe care le-am considera specifice doar ființei umane, am nega faptul că fiecare animal este un organism

perfect în felul lui, neglijând astfel drepturile lor[7, 12].Îngrijorările din sfera publică, în cazul coridelor, circurilor, grădinilor zoologice, fermelor, laboratoarelor de cercetare, țintesc comportamentul și acțiunile umane care pot determina suferințe psihice animalelor cum ar fi frustrarea, de privarea de stimuli specifici, foamea, plictiseala și multe alte aspecte și stări ce țin de caracteristicile speciei și sunt simțite de animal la o intensitate diferită față de noi.

Oricare ar fi direcția de investigare, cercetătorul, indiferent de decizia pe care o va lua, se poate confrunta cu o dilemă etică; spre exemplu: experimentele *in vivo* constituie singura cale eficientă pentru dezvoltarea medicală și astfel este moral să continuăm experimentele. În schimb, animalele implicate vor suporta, mai mult sau mai puțin, un disconfort, iar ele nu vor beneficia de pe urma rezultatelor. În fond, progresul medical (inclusiv asigurarea sănătății) poate fi atins și prin metode profilactice și anume prin adoptarea unui stil de viață mai sănătos, evitarea comportamentelor vicioase, detectarea și stoparea propagării și/sau exprimării neadecvate a genelor cu potențial patologic. Suspiciuni similare apar și în cazul testărilor toxicologice și de siguranță. Pe de o parte, este important să oprim agenții toxici să ajungă în mediu, iar, pe de altă parte, apare întrebarea dacă este necesară o nouă formulă de insecticid, erbicid sau detergent.

Decizia etică este clară pentru experimentele cu un design greșit sau desfășurate în condiții nepotrivite, care repetă cercetări anterioare, indiferent de gradul de suferință. Asemenea cercetări sunt din start eșuate moral și reprezintă o pierdere și o risipă de resurse materiale. Chiar și experimentele bine planificate pot ridica semne de întrebare. Progresul necesită reevaluarea etapelor anterioare, iar în unele cazuri, unele căi se pot dovedi fără rezultat. Aceste aspecte complică analiza etică referitoare la decizia privind necesitatea experimentelor. Nu o să putem prezice beneficiul pentru umanitate al unui singur experiment. De cele mai multe ori se analizează câștigul net al proiectului de cercetare sau metoda teoretică, iar calitatea științifică este singurul criteriu la care putem apela. Este important de menționat că printre beneficiarii experimentelor *in vivo,* se regăsesc atât animale de companie, cât și proprietarii acestora. Foarte multe tehnologii medicale și medicamente au fost dezvoltate pentru oameni, iar o parte din ele s-au dovedit esențiale și în medicina veterinară [14]. Premiul Nobel, distincția cea mai înaltă din știință, reprezintă o dovadă vitală asupra rolului important al animalelor în progresul științific, iar multe dintre aceste premii au avut obiective bazate pe experimente ce au utilizat animale de laborator[15].

Caracterul ciclic al istoriei este observat și în zilele noastre; asemănător Greciei Antice, când Școala Empirică contesta rezultatele vivisecțiilor,

și experimentele *in vivo* din zilele noastre ridică problema obținerii de rezultate valide și reproductibile. Prin caracterul reproductibil al rezultatelor se înțelege nivelul de detaliu în care este descrisă metodologia studiului, aspect ce conferă abilitatea de a replica cu fidelitate rezultatele folosind aceleași materiale și urmând aceleași metode. Dacă omiterea unor detalii este criticabilă, mult mai gravă este existența, ca și propagarea uneia sau mai multor erori, respectiv omiterea unor detalii care previn replicarea rezultatelor. Un studiu pe economia reproductibilității experimentelor preclinice a arătat că, în SUA, procentul cercetărilor care nu pot fi reproduse depășește 50%, estimarea pierderilor fiind undeva la 28 de miliarde de dolari. Experimentele care nu pot fi reproduse sunt consecința calității scăzute la nivelul designului experimental (27,6%), respectiv analizei și raportării eronate sau deficiente a datelor (25,5%) [16]. Pentru abordarea și depășirea acestor deficiențe au fost elaborate ghiduri de raportare a experimentelor *in vivo*. Ghidul PREPARE este conceput pentru a fi utilizat din prima zi de planificare a studiului pentru implementarea principiului 3R și identificarea factorilor ce pot afecta validitatea studiului [17]. Ghidul ARRIVE este standardul „de aur" pentru raportarea rezultatelor care au o șansă bună să fie acceptate pentru publicare [18].

Progresul medical și legislația actuală în domeniul animalelor de laborator au rolul de a le proteja și de a preveni suferința acestora. Speranța comunității științifice de a înlocui experimentele *in vivo*se reflectă prin promisiunea unor țări de a opri experimentele pe animale în anumite sectoare, cum ar fi spre exemplu, angajamentul Olandei de a opri experimentele privind siguranța substanțelor chimice, până în 2025. Chiar dacă metodele alternative se bucură de un real progres, tehnologia actuală nu permite nici pe departe eliminarea completă a studiilor pe animale. Reducerea numărului de animale de la an la an denotăfaptul că ne îndreptăm spre o nouă era în utilizarea animalelor de laborator. Evoluția și progresele viitoare din știință vor stabili dacă speranța înlocuirii în totalitate a experimentelor *in vivo* este doar o utopie.

Perspective anticipabile

Conceptul care a stat la baza formulării principiului 3R este aplicat cu succes în multe sectoare tehnologice. În industria farmaceutică,doar 1 din 10 proiecte pentru dezvoltarea medicamentelor duce la rezultate care permit medicamentului studiat să ajungă pe piață. În aceste sens, pentru a crește productivitatea și marja de succes este aplicat un concept care extinde principiul 3R prin considerarea a încă cinci preocupări (5R) și care vizează: asigurarea țintei terapeutice corecte, asigurarea expunerii

țesutului de interes, caracterizarea marjei de siguranță adecvată, identificarea categoriei corecte de pacienți și potențialul economic(ceea ce în engleză s-ar rezuma prin: **R**ighttarget, **R**ighttissue, **R**ightsafety, **R**ightpatient, **R**ightcommercialpotential) [19].De remarcat că toate aceste cinci preocupări se definesc printr-un termen cu încărcare etică prin excelență: right (termen care înseamnă corect, drept). Completarea principiului 3R către unul 5R este propus și în utilizarea animalelor de laborator și anume: înlocuire, reducere, rafinare, reutilizare și reabilitare (de la replace, reduce, refine, reuse, rehabilitate) [20].

În mod similar,putem propune extinderea celor cinci R de mai sus, la nouă R, prin adăugarea următoarelor principii: utilizarea responsabilă a animalelor în cercetare, respectul față de valoarea lor intrinsecă, riguroziatea desfășurării experimentelor [21] și, nu în ultimul rând, asigurarea caracterului reproductibil al rezultatelor obținute. Implementarea și cultivarea acestor principii trebuie să fie în concordanță cu instituția, disponibilitatea resurselor și interesul echipei de cercetare. Oricât de creator ar fi spiritul ludic al eticienilor sau al cercetătorilor sub aspectul îmbogățirii teoriei, important este efectul practic, acela de a spori conștientizarea nevoii de abordare morală a utilizării animalelor de laborator în cercetarea științifică și a găsi căi de a armoniza nevoia de dezvoltare a cunoașterii cu atitudinea etică.

Bibliografie

1. Smith, R. Biology and Values in InterwarBritain: C. S. Sherrington, Julian Huxley and the Vision of Progress. *Past&Present*. 2003, nr. 178, p. 210-242. DOI: 10.1093/past/178.1.210
2. Santiago Ramon y Cajal. *Advice for a Young Investigator*. London, The MIT Press, 1999, ISBN 13:978-0-262-18191-4
3. ShipmanPat. The Animal Connection and HumanEvolution. *CurrentAnthropology*. 2010, vol.51, nr.4, p. 519-538. DOI: 10.1086/653816
4. Franco H. N. Animal Experiments in Biomedical Research: A Historical Perspective.*Animals*. 2013, vol. 3, nr. 1, p. 238-273. DOI: 10.3390/ani3010238
5. PrioreschiP. Experimentation and ScientificMethod in theClassical World: TheirRise and Decline.*Medical Hypotheses*. 1994, vol. 42, nr.3, p. 135-148. DOI: 10.1016/0306-9877(94)90091-4
6. Harrison P. Descartes on Animals. *The PhilosophicalQuarterly*. 1992, vol. 42, nr. 167, p.219-227. DOI: 10.2307/2220217
7. Regan Tom, *The case for animal rights*, Los Angeles, University of California, 1983, ISBN 0-520-04904-7
8. Van ZutphenL.F.M., BaumansV., Beynen A.C. *Principles of Laboratory Animal Science*. Amsterdam, ELSEVIER, 2001, ISBN 13:978-0-444-50612-2
9. CrueltytoAnimals Act. Disponibil la: www.legislation.gov.uk/ukpga/1876/77/pdfs/ukpga_18760077_en.pdf(accesat: 6/06/2021).

10. Clutton Eddie. An AnglocentricHistory of Anaesthetics and Analgesics in the-Refinement of Animal Experiments. *Animals*. 2020, vol. 10, nr. 10, p. 1933. DOI: 10.3390/ani10101933
11. Kirk Robert G. W. Recovering The Principles of Humane Experimental Technique: The 3Rs and theHumanEssence of Animal Research.*Science, Technology, &HumanValues*. 2018, vol. 43, nr. 4, p. 622-648. DOI: 10.1177/0162243917726579
12. Singer Peter, *Animal Liberation,* New York, Open RoadIntegrated Media, 2015, ISBN 978-1-4976-4559-2
13. Report on Priorities for Animal WelfareResearch and Development. Disponibil la: https://edepot.wur.nl/134980 (accesat: 6/06/2021)
14. Hau Jann and Van HoosierG. L.Jr. *Handbook of Laboratory Animal Science, SecondEdition, Vol. 1,* Boca Raton,CRC PressLLC, 2003, ISBN 0-8493-1086-5
15. Culliton B. J.Nobelists back animal research.*Science,* 1989, vol. 244, nr. 4904, p. 524. DOI: 10.1126/science.2717941
16. FreedmanL. P., CockburnI. M., SimcoeT. S. The Economics of Reproducibility in PreclinicalResearch. *PlosBiology*. 2015, vol. 16, nr. 4, p. 1-9. DOI: 10.1371/journal.pbio.1002165
17. NORECOPA. Ghidul PREPARE. Disponibil la: https://norecopa.no/prepare(accesat: 3.06.2021)
18. *** Ghidul ARRIVE. Disponibil la:https://arriveguidelines.org/arrive-guidelines(accesat: 3.06.2021)
19. Morgan P., Brown D., Lennard S., Anderton M., Barrett C., Eriksson U., Fidock M., Hamren B., Jonson A., March R., Matcham J., Mettetal J., Nicholls D., Platz S., Rees S., Snowden M., Pangalos M. Impact of a five-dimensional framework in R&D productivity at AstraZeneca. *Nature Reviews Drug Discovery,* vol. 3, nr. 17, p. 167-181. DOI: 10.1038/nrd.2017.244
20. KumarArun H. S. Effectivelycommunicatingthe 5R`s (replace, reduce, refine, reuse, and rehabilitate) of researchethics, biomedical waste, personalized-medicines and the rest. *J. Nat. Sci. Biol. Med.* 2012, vol. 3, nr. 1, p. 1-2. DOI: 10.4103/0976-9668.95932
21. Aske K. C., Waugh A. C., Expandingthe 3R principles. *Science& Society*. 2017, vol. 18, nr. 9, p. 1490-1492. DOI: 10.15252/embr.201744428

CONSIDERAȚII ETICE PRIVIND UTILIZAREA ANIMALELOR DE LABORATOR ȘI PRINCIPIUL 3R

Alexandra Popa[1,2], Magda Gonciarov[3]
[1]Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale „Victor Babeș”
[2]Universitatea de Științe Agronomice și Medicină Veterinară, Facultatea de Medicină Veterinară din București, Departamentul de Producții Animaliere și Sănătate Publică,
[3]Universitatea de Științe Agronomice și Medicină Veterinară, Facultatea de Medicină Veterinară din București, Departamentul de Științe Preclinice
alexandra.gruianu@gmail.com

Preambul

Utilizarea animalelor de laborator în scopuri științifice rămâne un subiect controversat datorită implicaților etice și morale. Totodată, apărători ai drepturilor animalelor consideră că folosirea acestora în scopuri științifice este inacceptabilă ținând cont de faptul că le provoacă suferință și durere, în special când rezultatele obținute pe animale nu pot fi utilizate sau transpuse în medicina umană. Pe de altă parte, cercetătorii consideră că utilizarea animalelor de laborator în experimente și modificarea lor genetică pentru dezvoltarea unor noi modele experimentale sunt vitale pentru cercetarea biomedicală. Cercetătorii sunt direct responsabili de minimizarea suferinței, durerii sau a rănirii animalelor de laborator utilizate în experimente. De asemenea, aplicarea principiului 3R: „înlocuire” (replace), „reducere” (reduction) și „rafinare” (refinement) a dus la îmbunătățirea vieții animalelor de laborator folosite în scopuri științifice. Deși, aplicarea principiului 3R a dus la dezvoltarea metodelor alternative, acestea nu reușesc să răspundă tuturor întrebărilor științifice, fiind de cele mai multe ori complementare experimentelor *in vivo*. Prezenta lucrare subliniază importanța respectării principiilor eticii și utilizarea animalelor de laborator în cercetarea științifică. În același timp, lucrarea evidențiază și necesitatea aplicării principiului 3R susceptibil de a îmbunătăți rezultatele științifice obținute și transferul de cunoștințe.

Animalele de laborator: considerații etice

În istoria umanității, folosirea animalelor pentru studiișsi cercetare științifică datează de sute de ani. Astfel, documentele evidențiază faptul că,încă din Grecia Antică, Aristotel a folosit animalele în studiile sale. Modele de animale au fost create și dezvoltate însă abia în secolele XVII – XIX, iar cercetători precum Jean Baptiste Van Helmont, Lavoisier sau Pas-

teur au folosit animale de experiment pentru studiul înțelegerii originii vieții [1]. De asemenea, acestea au fost folosite și în dezvoltarea unei mai bune înțelegeri a anatomiei umane și animale, a fiziologiei, patologiei sau farmacologiei. Totodată, experimentele desfășurate în laboratoare, în condiții controlate, ca și mimarea unor boli umane și animale au condus la dezvoltarea metodelor și crearea unor concepte privind biologia modelelor animale utilizate în experimente, acestea fiind responsabile pentru cele mai importante cunoștințe sau descoperiri în cele mai multe domenii ale biologiei [2].

De la Claude Bernard, care a descris rolul pancreasului în digestie, până la înțelegerea patogenității virusului SARS COV2 din zilele noastre, animalele au contribuit în mod semnificativ la cunoașterea și îmbunătățirea calității vieții. În același timp, animalele de laborator participă la dezvoltarea unor noi medicamente și vaccinuri,precum și la apariția unor noi tehnici chirurgicale sau protocoale utilizate în medicina umană sau veterinară. Pentru a putea fi folosite în modele experimentale, animalele utilizate în scopuri științifice trebuie să îndeplinească mai multe criterii care să fie în acord cu scopul cercetării în care sunt implicate. Astfel, multe specii de animale sunt utilizate în cercetarea biomedicală, precum insectele *Drosophila*, nematodele *Caenorhabdites elegans*, peștele *Zebrafish*, dar și mamiferele(ca șoarecii, șobolanii, câinii, pisicile, porcii, maimuțele). Însă, de cele mai multe ori, aceste animale sunt modificate pentru a putea îndeplinii anumite condiții specifice unor boli [3].

În zilele noastre, odată cu evoluția geneticii, diferite tehnici de inginerie genetică pot fi folosite pentru dezvoltarea unor animale *knokout* sau transgenice care sunt folosite în cercetare [4], iar pentru numeroase boli genetice sunt dezvoltate noi modele de animale „umanizate”[5].De asemenea, pentru obținerea unor rezultate bune și valide, calitatea vieții animalelor utilizate ca model în studiile științifice este fundamentală, fiind în interesul cercetătorilor să aibă animale sănătoase și bine îngrijite [3].

Importanța utilizării animalelor în cercetare

Unele animale de laborator (primate non–umane) au fost extrem de folositoare în descoperirea și evidențierea unor mecanisme fiziologice umane, oferind suport în dezvoltarea terapeutică. Aceste animale au fost folosite în principal datorită relației lor filogenetice strânse cu omul, având chiar similarități genetice sau de comportament. În ciuda încercării de a reduce numărul primatelor non-umane utilizate în scopuri științifice, numărul acestora este în creștere,unele specii fiind vitale pentru cercetarea de boli umane precum Parkinson, diabetul zaharat, hepatitele, boala Alzheimer și altele. De asemenea, ele sunt utilizate pe scară largă și în studiul bolilor psihice, în toxicologie, sto-

matologie, nutriție, abuzul de droguri sau dezvoltarea unor vaccinuri. Deși utilizarea primatelor non-umane în cercetare continuă să crească, au început să apară numeroase discuții privind etica și bioetica, mai ales în privința animalelor care sunt apropiate genetic de om pe scara evoluției [3]. Însă, așa cum precizează autorii evoluției [6], utilizarea animalelor de laborator rămâneun subiect controversat. Totodată, se cuvine precizat că acceptarea statutului animalelor ca ființe sensibile evidențiază o atitudine umană schimbată, odată cu evoluția societății din antichitate, până în zilele noastre, ceea ce nu ar trebui să surprindă. În ultimele decenii, gândirea privind testarea pe animale a evoluat și a progresat, conducând spre instaurarea unei atitudini etice care a contribuit la dezvoltarea unor comitete de etică privind utilizarea animalelor în cercetarea științifică.

Etica animalelor de laborator reprezintă o problemă complexă, ținând cont de faptul că, în ultimul deceniu,au fost dezvoltate o multitudine de norme morale, legale și sociale legate de acest concept, cercetătorul științific devenind,în acest fel, direct răspunzător de calitatea rezultatelor muncii sale. Totodată, studiile de cercetare științifică trebuie să justifice folosirea animalelor de laborator și utilitatea acestora în obținerea rezultatelor.

Desigur, o altă provocare importantă pentru specialiștii din domeniul medicinii veterinare și umane, care a căpătat contur pronunțat, este dezbaterea privind drepturile animalelor. Cercetători, medici veterinari și alți numeroși specialiști care utilizează animalele de laborator subliniază faptul că acestea au dreptul la o viață fără durere provocată în mod intenționat, chiar dacă sunt utilizate în scopuri științifice. În ceea ce privește codul de etică în cercetarea științifică, acesta reglementează principiile etice și regulile de conduită morală și profesională folosite în domeniul de cercetare-dezvoltare.

Exigențe etice privind admisibilitatea experimentelor pe animale

Se poate evidenția că asumarea responsabilității în experimentele ce utilizează animale de laborator crește odată cu caracterul indispensabil și importanța cunoștințelor astfel obținute. Cu cât suferințele aplicate animalelor sunt mai previzibile și durabile, cu atât mai presante sunt întrebările legate de acceptabilitatea metodelor și procedurilor folosite și de responsabilitatea celor implicați în derularea experimentelor. Astfel, experimentele realizate pe animale sunt justificare din punct de vedere etic în măsura în care acestea:

- sunt utilizate pentru obținerea unor rezultate privind sănătatea umană sau animală;

- au scop profilactic, terapeutic sau de diagnostic;
- sunt utile în dobândirea de noi cunoștințe privind mecanismele fiziologice, fiziopatologice, sau chiar comportamentale;
- permit achiziția și aprofundarea cunoștințelor necesare înțelegerii unor fenomene biologice (Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM, Académie Suisse des Sciences Naturelles SCNAT) [7].

Așa cum remarcă cu justețe Lewis [8], în ciuda dezvoltării tehnicilor de biologie

moleculară și a tehnologiei, studiile care implică utilizarea animalelor de laborator rămân componenta esențială în cercetarea biomedicală și în dezvoltarea noii medicini. Bazele principiilor testării pe animale iau în considerare atât bunăstarea, cât și demnitatea animalelor, iar pe lângă considerațiile etice, protocoalele experimentale țin seama de beneficiile științifice aduse, dar și de costurile resurselor implicate privind întreținerea animalelor de laborator [9].

Principiul 3R ca fundament al atitudinii etice

În anul 1959, apare în literatura de specialitate prima definire a termenilor ce alcătuiesc principiul 3R (enumerați în ordinea crescătoare a impactului și semnificației lor etice): „rafinare/îmbunătățire" (**r**efinement), „reducere" (**r**eduction) și „înlocuire" (**r**eplace),acestea fiind descrise de către zoologul William Russel și microbiologul Rex Burch, în cartea numită *The Principles of Humane Experimental Technique*[10]. Principiile stabilite au fost adoptate și implementate cu succes, de-a lungul anilor, de comunitatea științifică globală, însă situația tinde să se schimbe rapid, ținând cont de impactul pe care îl are bunăstarea animalelor în ceea ce privește reproductibilitatea, fiabilitatea și trasabilitatea datelor provenite din studiile în care sunt folosite [7]. Fiecare R reprezintă o regulă pentru utilizarea etică a animalelor în experimente. Astfel, înlocuirea (*replace*) animalelor, ca ultimă dar de dorit soluție,face referire la substituirea lor în experimente prin utilizarea unor metode alternative (de exemplu pe celule în cultură). Atunci când se recurge la înlocuirea animalelor cu metode alternative, s-a dovedit că validarea unor astfel de metode și a rezultatelor acestora poate fi dificilă, mai ales privind datele statistice în toxicologie. Așa cum a observatși Flecknell [11], în unele cazuri, implementarea strategiei privind reducerea numărului animalelor poate duce la utilizarea unui număr prea mic al acestora, ceea ce va conduce,în mod inevitabil, la rezultate neconcludente. Chiar dacă experimentele pe animale au fost înlocuite cu modele matematice, pe țesuturi sau celule, reducându-se numărul de animale,alături de utilizarea unor tehnici mai puțin dureroase (rafinare/îmbunătățire), opiniile

critice ale publicului și exigențele autorităţilor responsabile pentru politica cercetării biomedicale privind experimentele pe animale sunt la fel de serioase, cercetătorii care nu se pot adapta reglementărilor internaționale riscând neacceptarea la finanțare a proiectelor și oprobiul public sau în *mass media*. Așa cum remarcă Lee și col. [9], această primă regulă (ca însemnătate), dintre cele trei, propune înlocuirea experimentelor *in vivo* cu cele *in vitro* sau utilizarea metodelor alternative.

Dacă nu se poate aplica regula privind înlocuirea animalelor în unele experimente, pot fi folosite celelalte două: „reducerea" (*reduction*) și „rafinarea/îmbunătățirea" (*refinement*), principiul 3R fiind un instrument flexibil, care poate fi ajustat pentru orice tehnică de laborator nouă ce intenționează să diminueze nivelul de inumanitate, păstrând calitatea științifică [12]. Totodată, secolul XXI aduce în prim plan dezvoltarea promițătoare a unor modele non-animale, de înaltă tehnologie, cum ar fi așa numitele *organs-on-a-chip* (cipurile de organe) sau diferitele modele de calcul matematic care sunt deja utilizate în experimentele biomedicale [13].

Cea de-a doua (ca însemnătate etică) regulă, cea privind „reducerea" (*reduction*),se referă la aplicarea metodelor care permit diminuarea numărului de animale utilizate în experimente. Studiul realizat de Taylor și Alvarez [14]a evidențiat faptul că, în anul 2015, în 37 de state (din care 30 din Europa), numărul procedurilor ce au implicat utilizarea animalelor de laborator a fost de 41,8 milioane, însemnând utilizarea unui număr de 192,1 milioane de animale (animale fără sau cu mutații genetice, animale utilizate pentru menținerea liniilor, animale crescute pentru utilizarea în laboratoare, dar nefolosite și sacrificate ulterior etc.). Autorii au subliniat faptul că a existat o creștere semnificativă a animalelor de laborator de la 115,2 milioane, în 2005, la 192,1 milioane,în anul 2015, iar numărul ridicat de animale utilizate ar trebui să fie un motiv de îngrijorare, în deosebi în ceea ce privește impactul dezvoltării metodelor alternative. Chiar dacă, majoritatea cercetătorilor sunt de acord cu faptul că modelele animalele implicate în experimentele științifice reprezintă piesa centrală în cercetare, există îndoieli privind fiabilitatea procedurilor și contribuția rezultatelor obținute la progresul științific și atingerea scopurilor. De exemplu, o problemă majoră o reprezintă faptul că 95% din medicamentele intrate în trialul clinic nu ajung pe piață în ciuda rezultatelor promițătoare obținute pe animalele de experiment [15, 16].

Un alt exemplu, privind principiul reducerii numărului de animale, este dat de modelele murine care sunt esențiale în transplantul măduvei întrucât un număr mare de șoareci sunt necesari pentru a obține suficiente celule necesare în transplant, ceea ce vine în contrast cu regula reducerii animalelor utilizate pentru experimente [17]. Gonciarov și Coman

[18] au evidențiat faptul că în România introducerea unor metode alternative în cercetare și diagnostic a condus către reducerea numărului de animale folosite în scopuri științifice, însă există probleme în dezvoltarea legislației privind autorizarea unităților de creștere a animalelor de laborator sau utilizarea unor țesuturi ca metode alternative,capabile să reducă, astfel, numărul real de animale utilizate în scopuri științifice.

A treia regulă se referă la „rafinarea/îmbunătățirea" (*refinement*) atât a condițiilor de viață și stării animalelor implicate pe parcursul experimentelor prin minimizarea stresului și suferinței cu posibilitatea îmbunătățirii stării de bine, cât și a metodelor și procedurilor experimentale. Se va încerca utilizarea, pe cât posibil, a unui număr cât mai mic de animale la care stresul și durerea să fie reduse cât mai mult cu putință. Trebuie subliniat că, deși cunoștințele acumulate prin experimentele pe animale sunt un beneficiu pentru societate, cercetătorii au datoria morală de a minimiza răul făcut animalelor pe parcursul utilizării acestora. Desigur, măsurarea suferinței animalelor poate fi dificilă, iar evitarea acesteia în timpul experimentelor poate duce la afectarea rezultatelor științifice și la utilizarea unui număr chiar mai mare de animale decât este necesar. De aceea, îngrijitorii, cercetătorii și veterinarii sunt obligați să monitorizeze animalele pentru durere, suferință și boală pe perioada experimentelor [8]. Referitor la regulaîmbunătățirii/perfecționării condițiilor animalelor, o mare atenție este îndreptată către rozătoare, în mod special asupra șoarecilor, a căror utilizare este în creștere pe măsură ce se generează din ce în ce mai multe modele modificate genetic, folosirea acestora în mod nejustificat în experimente și metodele de eutanasiere reprezentând probleme de rafinament care trebuie abordate, așa cum arată Zurlo și Hutchinson[19].

Chiar dacă adoptarea principiului 3R a îmbunătățit cercetarea medicală, trecerea de la 3R la 5R este posibilă,ceilalți 2R „soliditatea" (***r**obustness*), respectiv „reproductibilitatea" (***r**eproducibility*) putând oferi un cadru pentru ameliorarea noilor probleme privind specificitatea, transparența și raportarea experimentelor realizate pe animale de laborator [20].De asemenea, alți autori au propus un nou principiu (ajungându-se la 4R), adăugând„responsabilitatea" (***r**esponsability*) pentru îmbunătățirea beneficilor științifice în timpul minimizării durerii provocate animalelor de laborator. Unii autori subliniază că gestionarea animalelor pentru experimente și responsabilitatea pentru societate sunt mai importante decât faptul că experimentele pe animale, în sine, pot fi lipsite de etică[8, 21]. Prin urmare, este recomandat ca responsabilitatea să fie păstrată de către cercetători sub umbrela aplicării principiului 3R pentru experimentele *in vivo* [22]. Prescot și col. [23] au relevat faptul că una din barierele pentru implementarea principiului 3R este reprezentată de reticența unor cerce-

tători privind schimbarea de la metodele stabilite de ei,la adoptarea unor noi metode alternative privind utilizarea primatelor non-umane. Înaintea înlocuirii în experimente a metodelor clasice cu unele noi, cercetătorii trebuie să se asigure că acestea au fost testate și validate anterior pentru că nu toate inovațiile duc la o îmbunătățire, unele dintre acestea fiind respinse. De exemplu, investiția în testarea unor noi biomateriale pentru dispozitivele implantabile este mai ridicată, existând consecințe neprevăzute privind comportamentul materialului utilizat sau rezistența la infecții.

Deși înțelegerea etică a principiului 3R poate fi oarecum diferită de interpretarea legală, experimentele pe animale ar trebui să fie permisibile din punct de vedere moral pentru a ajuta cercetătorii să modifice un plan inițial de cercetare. De asemenea, tehnicienii și îngrijitorii animalelor de laborator joacă un rol important în bunăstarea, observarea și oferirea unor condiții mai bune îngrijirii animalelor [8]. Multe argumente științifice arată faptul că oprirea testării pe animale ar duce la o pierdere a personalului din domeniul cercetării biomedicale. O mare parte a Premiilor Nobel pentru Fiziologie sau Medicină a fost acordată unor descoperiri pentru care utilizarea modelelor animale a oferit elemente științifice decisive. Studierea unor căi sau mecanisme complexe implicate în funcțiile fiziologice sau în patologii (cercetări privind bolile neurodegenerative, studiul proceselor tumorale etc.) poate fi dificilă fără utilizarea concomitentă a animalelor vii și a metodelor *in vitro* sau a modelelor matematice [24].

Concluzii

În încheiere, se cuvine precizat că, deși fiecare societate,din diferite părți ale globului,are o cultură privind experimentele pe animale, principiile internaționale trebuie privite ca o valoare globală și trebuie respectate de cei care lucrează în domeniul biomedical. Totodată, trebuie precizat că dispariția totală a utilizării animalelor vii în cercetare este un obiectiv îndepărtat, dacă nu utopic. Cu toate acestea, proiectele științifice au început să se bazeze pe utilizarea mai multor metode ce includ atât modele animale, cât și metode alternative care pot să ofere răspunsuri complementare. În același timp, trebuie relevat faptul că aplicarea reglementărilor, legislației în vigoare și considerațiilor etice de către cei implicați în cercetarea științifică ce utilizează animale înregistrează progrese în ceea ce privește respectarea drepturilor animalelor și îmbunătățirea bunăstării acestora pe tot parcursul vieții lor.

De asemenea, există o datorie morală a celor din domeniul științelor biomedicale,aceea de a îmbunătăți condițiile de viață și de a reduce suferința și stresul animalelor implicate în experimente. Deși în zilele noastre manifestările organizațiilor non-guvernamentale privind bunăs-

tarea animalelor de laborator și utilizarea acestora în experimente sunt prezente în toată lumea, dezvoltarea unor noi modele animale utilizate în studiul unor boli importante este încă necesară și vitală pentru înțelegerea mai bună a mecanismelor patologice. Desigur, schimbarea privind reducerea utilizării animalelor de laborator în domeniul cercetării se poate face gradual, prin creșterea resurselor financiare pentru dezvoltarea unor noi tehnici și metode alternative șievaluarea cu acuratețe a utilizării animalelor în experimente, ca și a beneficiilor aduse de acestea prin rezultatele obținute.

În concluzie, trebuie subliniate necesitatea respectării principiilor etice și aplicarea regulilor celor trei R, care pot îmbunătăți rezultatele științifice obținute, relația cu opinia publică, cașitransferul de cunoștințe.

Bibliografie

1. Oparin, A.I. *The Origin of Life on the Earth*. 3rd Edition, Translatedby Anne Synge, New York: Academic Press, USA, 1957.
2. Lieschke, G.J., Currie, P.D. Animal models of humandisease: zebrafishswimintoview. *Nature Reviews Genetics*, 2007, vol.8, nr. 5, p.353-367. DOI: 10.1038/nrg2091.
3. Andersen, M.L., Winter, L.M.F. Animal models in biological and biomedical research - experimental and ethicalconcerns. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 2019,vol.91(Suppl. 1), e2017023.DOI: 10.1590/0001-3765201720170238.
4. Ernst, W. Humanized mice in infectiousdiseases. *Comparative Immunology, Microbiology&InfectiousDiseases*, 2016, vol.49,p.29-38. DOI: 10.1016/j.cimid.2016.08.006.
5. Aartsma-Rus Annemieke and van PuttenMaaike. The use of geneticallyhumanized animal models for personalized medicine approaches. *DiseaseModels&Mechanisms*,2020, vol.13, nr.2,dmm041673.DOI 10.1242/dmm.041673.
6. Couto, M., Cates, C. LaboratoryGuidelines for Animal Care. *Methods in Molecular Biology*, 2019, vol.1920, p.407-430. DOI: 10.1007/978-1-4939-9009-2_25.
7. Académie Suisse des SciencesMédicales ASSM, Académie Suisse des SciencesNaturelles SCNAT. *Principesd'éthique et directivespourl'expérimentation animale*, Disponibilla: https://www.unige.ch/recherche/expanim/files/3015/7599/5044/Principes_ethiques_ASSM_SCNAT.pdf (accesat: 21.03.2021).
8. Lewis, D.I. Animal experimentation: implementation and application of the 3Rs. *EmergingTopics in Life Sciences*, 2019, vol.3, nr.6, p.675-679. DOI: 10.1042/ETLS20190061.
9. Lee, K.H., Lee, D.W., Kang, B.C. The 'R' principles in laboratory animal experiments.*Laboratory Animal Research*,2020,vol.36, nr.1, 45. DOI: 10.1186/s42826-020-00078-6.
10. Russel W.M.S., Burch R.L., *The principles of humane experimental technique*. Wheathampstead: UniversitiesFederation for Animal Welfare, 1959.
11. Flecknell, P. Replacement, reduction and refinement. *ALTEX.Alternativesto animal experimentation*, 2002, vol.19, nr.2, p.73-78.PMID: 12098013
12. De Angelis, I., Ricceri, L., Vitale, A. The 3R principle: 60 yearstakenwell. Preface.

Annalidell'IstitutoSuperiore di Sanità, 2019, vol.55, nr.4, p.398-399. DOI: 10.4415/ANN_19_04_15.
13. Herrmann, K., Pistollato,F., Stephens, M. L. "Beyondthe 3Rs: Expandingtheuse of human-relevant replacementmethods in biomedical research", *ALTEX.Alternativesto animal experimentation*, 2019,vol.36, nr.3,p.343-352. DOI: 10.14573/altex.1907031.
14. Taylor, K., Alvarez, L.R. An Estimate of theNumber of AnimalsUsed for ScientificPurposesWorldwide in 2015. *AlternativestoLaboratoryAnimals*, 2019, vol.47, nr.5-6, p.196-213. DOI: 10.1177/0261192919899853.
15. Hartung, T. Food for thought; Look back in anger – whatclinicalstudies tell usaboutpreclinicalwork. *ALTEX.AlternativestoAnimal Experimentation*, 2013,vol.30, nr.3,p.275–291. DOI: 10.14573/altex.2013.3.275.
16. Green, S.B. Can animal data translate toinnovationsnecessary for a new era of patient-centred and individualisedhealthcare? Bias in preclinical animal research. *BMC MedicalEthics*.2015, vol.16, 53. DOI: 10.1186/s12910-015-0043-7.
17. Justin, M., Jež, M., Košir, A., Miceska, S., Rožman, P., Jazbec, K. Application of the 3R principles: Vertebrae as an additionalsource of murine bone-marrowcells. *LaboratoryAnimals,* 2020, vol.55, nr.1, p.43-52. DOI: 10.1177/0023677220922573.
18. Magda, Gonciarov, Cristin, Coman. General PrinciplesConcerningtheHarmonization of Romanian Legislationwiththe European Union in theField of Protection of AnimalsUsed for ScientificScope.*Agriculture and AgriculturalScienceProcedia*. 2015,vol.6,p.336-341. DOI: 10.1016/j.aaspro.2015.08.089.
19. Zurlo,J., Hutchinson, E. Refinement. *ALTEX.AlternativestoAnimal Experimentation*,2014, vol.31, nr.1, p.4-10. DOI: 10.14573/altex.1312191.
20. Aske, K.C., Waugh C.A.. Expandingthe 3R principles: More rigour and transparency in researchusinganimals. *EMBO Reports,* 2017, vol.18, nr.9, p.1490-1492. DOI: 10.15252/embr.201744428.
21. Ogden, B.D. Principles of animal research: replacement, reduction, refinement, and responsibility. *Animal Law Review, Lewis & Clark lawSchool*, 1996, vol.2, p.167-170.
22. Balls, M., Parascandola, J. The emergence and earlyfate of thethreeRs concept. *AlternativestoLaboratoryAnimals: ATLA*,2019, vol.47, nr.5–6, p.214–220. DOI: 10.1177/0261192919896352.
23. Prescott, M.J., Langermans, J.A., Ragan, I. Applyingthe 3Rs to non-human primate research: barriers and solutions. *Drug Discovery Today: DiseaseModels*,2017, vol.23, p.51–56.DOI: 10.1016/j.ddmod.2017.11.001.
24. Combrisson, H. Expérimentation animale, peut-on s'enpasser ? [Animal experiment, canwereplace?]. *TransfusionClinique et Biologique*. 2017,vol.24, nr.3, p.93-95. DOI: 10.1016/j.tracli.2017.06.005.

PRINCIPII ETICE PREVĂZUTE DE LEGISLAȚIA UNIUNII EUROPENE CE TREBUIE RESPECTATE DE PROIECTELE CE FOLOSESC ANIMALE ÎN PROCEDURI

Magda Gonciarov[1], **Alexandra Popa**[1,3]
[1]Universitatea de Științe Agronomice și Medicină Veterinară, Facultatea de Medicină Veterinară din București, Departamentul de Științe Preclinice
[2]Universitatea de Științe Agronomice și Medicină Veterinară, Facultatea de Medicină Veterinară din București, Departamentul de Producții Animaliere și Sănătate Publică
[3]Institutul Național de Cercetare- Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale „Victor Babeș”
magdagonciarov7@gmail.com

Scopul

Lucrarea de față își propune să detalieze protocolul de autorizare sanitară veterinară a proiectelor care implică utilizarea animalelor în proceduri, protocol ce reprezintă o noutate atât în cadrul legislativ românesc, cât și în cel european. Acest protocol își are originile practice în Directiva 2010/63/UE, care reglementează folosirea animalelor în proceduri, dar care și cere statelor membre să elaboreze legislația suplimentară privind implementarea acesteia. Dacă în celelalte state europene greutatea autorizării revine în seama administrațiilor veterinare centrale, în cazul României sarcina verificării, dacă sunt respectate principiile etice impuse de Directivă, revine Comisiilor de Etică instituite la nivelul unităților utilizatoare, crescătoare sau furnizoare.

Introducere

Deși experimentarea pe animale se realizează de foarte mult timp, reglementarea juridică în domeniu a apărut în urmă cu aproximativ treizeci de ani, ca urmare a presiunii opiniei publice și a organizațiilor nonguvernamentale care luptau și luptă pentru reducerea experiențelor pe animale, pe de o parte,și a presiunii societății științifice pentru crearea unui cadru unic de utilizare a animalelor de laborator, pe de altă parte. Scopul reglementărilor a fost, încă de la început,acela de a pune sub controlul unei autorități guvernamentale, utilizarea și creșterea animalelor de laborator, în vederea asigurării bunăstării acestei categorii de animale. Astfel, în anul 2010, este elaborată, la nivelul Uniunii Europene, Directiva 2010/63/UE, transpusă în dreptul intern românesc prin Legea 43/2014. După transpunerea directivei în dreptul intern, a trebuit să fie elaborată o legislație suplimentară referitoare la autorizarea unităților, autorizarea procedurilor, la înființarea unei bănci de țesuturi și organe, la autorizarea proiectelor prin procedura admi-

nistrativă simplificată și altele. Cea mai importantă normă dintre acestea a fost Ordinul Președintelui ANSVSA[1] nr. 97/2015, care are la bază principiile etice și morale ce guvernează evaluarea etică a proiectelor, evaluare impusă de Directivă, și care cere în acest sens constituirea Comisiilor de etică la nivelul unităților utilizatoare, crescătoare sau furnizoare, comisii ce sunt, la ora actuală, responsabile de evaluarea proiectelor care implică utilizarea animalelor în proceduri [1,2,3].

Conform Ordinului 97/2015, proiectele ce implică utilizarea animalelor în proceduri se desfășoară numai cu o autorizare prealabilă din partea autorității competente, în cazul nostru a Direcțiilor Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor Județene și a Municipiului București, mai concret a Direcției corespunzătoare județului unde este situată instituția care solicită autorizarea. Autorizarea proiectelor se realizează numai după primirea cererii de autorizare sanitară veterinară a proiectului, însoțită de avizul favorabil din partea Comisiei de etică înființate la nivelul centrelor universitare de specialitate sau al unităților utilizatoare, după caz, și trebuie să aibă în componență reprezentanți cu expertiză în domeniul utilizării animalelor în proiecte. Un alt element de noutate al acestui Ordin, este că proiectele se desfășoară numai în cadrul unor unități utilizatoare autorizate sanitar-veterinar[2,3].Pentru a fi autorizat, dosarul este obligatoriu să fie depus la autoritatea competentă înainte de a începe orice activitate care presupune utilizarea animalelor în proceduri. Consecutiv depunerii cererii de autorizare a unui proiect, este posibil ca un inspector, din cadrul autorității competente, să se deplaseze la instituția solicitantă pentru a verifica conformitatea anumitor aspecte declarate în cererea de autorizare [2,3].

Responsabilitatea obținerii autorizației proiectului, este a persoanei care coordonează activitățile științifice(director/responsabil de proiect). În mod normal, cine a gândit sau elaborat proiectul, trebuie să fie cel careîl și depune. În acest caz este important, să se facă diferența întredirectorul/responsabilul de proiect și responsabilul unității utilizatoare (biobazei). În cazul în care dosarul nu va fi depus de directorul/responsabilul de proiect, conducerea instituției poate desemna pe cineva, iar în acest caz acea persoana ar putea fi oricare angajat al unității utilizatoare, în calitate de reprezentant (prin împuternicire). Dosarul trebuie să conțină următoarele documente:

- cererea tip (întocmită conform modelului din Anexa 1 la Ordinul 97);
- rezumatul cu caracter non-tehnic al proiectului;
- Avizul Comisiei de etică;

[1] Autoritatea Națională Sanitară Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor.

- o declarație pe propria răspundere, din care să reiasă că proiectul nu a mai fost realizat;
- o copie după decizia de înființare a Comisiei de etică, care a evaluat și emis Avizul de etică;
- o copie după decizia de numire a persoanei responsabile cu bunăstarea animalelor din cadrul instituției unde se va desfășura proiectul[2,3].

Cererea de autorizare a proiectului va cuprinde denumirea proiectului (titlul trebuie să fie identic cu cel menționat în avizul comisiei de etică), perioada de desfășurare a proiectului(de regulă este de 5 ani în cazul proiectelor multiple generice; trebuie să fie cel puțin egală cu perioada necesară efectuării acestuia în cazul unui proiect de cercetare, dar nu mai mult de 5 ani).Rezumatul cu caracter non-tehnic al proiectului se anexează la cerere și cuprinde următoarele elemente:

- informații privind obiectivele proiectului, inclusiv răul adus animalelor și beneficiile preconizate, numărul și tipurile de animale care urmează să fie utilizate;
- conformitatea proiectului cu cerințele privind înlocuirea, reducerea și îmbunătățirea utilizării animalelor în proceduri. Rezumatul cu caracter non-tehnic al proiectului este anonim și nu conține nume și adrese ale utilizatorilor și ale personalului acestora. De asemenea, autoritatea competentă (DSVSAJ/MB), poate impune ca rezumatul cu caracter non-tehnic al proiectului să menționeze dacă acesta urmează să fie supus evaluării retrospective, precum și termenul-limită pentru aceasta. În acest sens, autoritatea competentă se asigură, prin controalele efectuate de personalul de specialitate, că rezumatul cu caracter non-tehnic al proiectului este actualizat în funcție de rezultatele evaluării retrospective. În plus, autoritatea competentă publică pe propriul site, rezumatele cu caracter non-tehnic ale proiectelor autorizate, cât și toate actualizările acestora. Următoarele informații administrative trebuie să apară obligatoriu în rezumatul cu caracter non-tehnic: titlul proiectului, durata proiectului, maxim 5 cuvinte-cheie, încadrarea proiectului din punctul de vedere al scopului în una din cele 8 variante existente(cercetare de bază; bioechivalență, cercetare translațională și cercetare aplicată; utilizare regulată și producții de rutină; protecția mediului înconjurător în interesul sănătății și bunăstării oamenilor sau animalelor; conservarea speciilor; învățământ superior și instruire; anchete medico-legale; menținerea coloniilor cu animale modificate genetic, care nu sunt utilizate în alte proceduri) [2,3,4].

În ceea ce privește informațiile administrative, se completează: denumirea unității unde se va desfășura proiectul și numărul autorizației sanitare veterinare a acesteia;numărul deciziei de înființare a Comisiei de etică;persoana responsabilă de proiect;descrierea competenței personalului implicat în desfășurarea proiectului; și, de asemenea, o serie de informații despre proiect:

- se alege unde se încadrează proiectul din punctul de vedere al obiectivului;
- trebuie să se descrie *in extenso* toate acțiunile care au legătură directă cu animalul de laborator (metode, tehnici, proceduri);
- se justifică numărul și specia de animale utilizate și dacă proiectul utilizează primate neumane;
- se completează dacă animalele utilizate în proiect sunt capturate din sălbăticie;
- se precizează motivele pentru care trebuie utilizate animalele și de ce rezultatele nu pot fi obținute prin utilizarea unor țesuturi și/sau organe;
- se precizează locul de naștere a animalelor;
- se alege o categorie de severitate;
- se precizează dacă animalele sunt reutilizate sau utilizate pentru prima dată și ce se întâmplă cu animalele la sfârșitul proiectului;
- se descrie modul prin care se aplică principiul 3R [2,3].

Prima etapă în evaluarea proiectelor care implică utilizarea animalelor în proceduri este realizată de către Comisiile de etică înființate la nivelul centrelor universitare de specialitate sau al unităților utilizatoare, după caz, și au în componență reprezentanți cu expertiză în domeniul utilizării animalelor în proiecte. Evaluarea este una complexă și urmărește [2,3,5]:

1. Verificarea condițiilor pe care trebuie să le îndeplinească proiectul, în sensul că:

- proiectul este justificat din punct de vedere științific sau educațional ori cerut potrivit legii(aceasta deoarece animalele au în sine o valoare intrinsecă care trebuie respectată);există, de asemenea, rațiuni de ordin etic ale opiniei publice care privesc utilizarea animalelor în proceduri;prin urmare, animalele ar trebui întotdeauna tratate ca ființe sensibile, iar utilizarea lor în proceduri ar trebui restricționată la domenii care, în ultimă instanță, pot aduce beneficii sănătății umane, sănătății animale sau mediului înconjurător;astfel, utilizarea animalelor în scopuri științifice sau educative ar trebui luată în considerare doar în cazurile în care nu există o metodă alternativă care să nu le folosească;

- scopurile proiectului justifică utilizarea animalelor;ca urmare, trebuie să se dezvolte metodele alternative, care ar putea asigura cel puțin același nivel de încredere ca cel obținut prin procedurile efectuate pe animale, dar care nu presupun utilizarea de animale, sau utilizează mai puține animale, sau implică proceduri mai puțin dureroase;
- proiectul este astfel conceput, încât să permită efectuarea procedurilor într-o manieră cât mai umană posibil și cu respectarea condițiilor de mediu;metodele selectate ar trebui să evite, pe cât posibil, moartea ca punct final, datorată suferinței severe simțite în perioada care precedă moartea;acolo unde este posibil, punctul final ar trebui umanizat prin luarea în considerare a semnelor clinice care indică moartea iminentă, permițând astfel ca animalul să fie ucis fără alte suferințe [2,3,4].

2. O estimare a obiectivelor proiectului, a posibilelor beneficii științifice sau a valorii sale educative. Este esențial, atât din punct de vedere moral, cât și din punct de vedere științific, să se ia măsuri care să garanteze că utilizarea unui animal este atent evaluată în ceea ce privește validitatea științifică sau educațională, utilitatea și pertinența rezultatelor preconizate. Trebuie avut în vedere un echilibru între vătămările eventuale cauzate animalului și beneficiile preconizate în urma proiectului. Prin urmare, trebuie efectuată o evaluare imparțială a proiectului, independentă de cei implicați în studiu, ca parte a procesului de autorizare a proiectelor care necesită utilizarea animalelor vii. Punerea în aplicare a unei evaluări eficiente a proiectului, trebuie să permită în același timp o evaluare adecvată a utilizării unor tehnici experimentale noi, pe măsură ce acestea sunt disponibile [2,3,5].

3. O estimare a conformității proiectului cu cerințele privind înlocuirea, reducerea și îmbunătățirea utilizării animalelor în proceduri.

4. O estimare a clasificării severității procedurilor și atribuirea clasificării corespunzătoare. Pentru a îmbunătăți transparența, a facilita autorizarea proiectelor și pentru a furniza instrumente monitorizării conformității, Directiva 63/2010, introduce o clasificare a severității procedurilor, bazată pe nivelul estimat al durerii, al suferinței, al stresului și al vătămărilor de durată cauzate animalelor. Din punct de vedere etic, trebuie să existe o limită superioară a durerii, a suferinței și a stresului, limită peste care animalele nu ar trebui să fie expuse în cadrul procedurilor științifice. În acest sens, trebuie interzisă efectuarea de proceduri ce cauzează durere, suferință sau stres severe, care tind să fie de lungă durată și care nu pot fi ameliorate[1,2,5,6].

5. O analiză prejudiciu-beneficiu a proiectului, pentru a evalua dacă răul cauzat animalelor sub aspectul suferinței, durerii și stresului este

justificat de rezultatul scontat, ținând seama de considerentele etice, și dacă ar putea fi, în final, în beneficiul oamenilor, animalelor sau mediului. Alegerea metodelor și a speciilor care vor fi utilizate are un impact direct atât asupra numărului de animale utilizate, cât și asupra bunăstării acestora. Alegerea metodelor trebuie, prin urmare, să asigure selectarea acelei metode care să furnizeze rezultatele cele mai satisfăcătoare și să producă cât mai puțină durere, suferință sau stres. Metodele selectate trebuie să utilizeze numărul minim de animale care ar furniza rezultate fiabile și să impună utilizarea speciilor cu cea mai mică capacitate de a simți durere, suferință sau stres sau de a prezenta vătămări de durată și care sunt optime pentru extrapolarea la speciile țintă [2,3].

6. O estimare a oricărei justificări, atunci când:

- Se utilizează animale capturate din sălbăticie.
- Se utilizează primate neumane. Utilizarea maimuțelor mari, acestea fiind cele mai apropiate ca specie de cea umană, cu cele mai avansate aptitudini sociale și comportamentale, trebuie permisă numai în cazul cercetărilor efectuate în scopul conservării respectivelor specii.
- Se utilizează animale sau păsări din specii pe cale de dispariție. Utilizarea animalelor în proceduri nu trebuie să reprezinte un pericol pentru biodiversitate. Prin urmare, utilizarea în proceduri a speciilor pe cale de dispariție trebuie limitată strict la minimul necesar [2,3].
- Se utilizează animale rătăcite și semisălbăticite din speciile domestice. Fiecare crescător, furnizor și utilizator trebuie să țină o evidență exactă a datelor privind numărul animalelor, originea și soarta acestora. Câinii și pisicile trebuie să aibă un registru cu istoricul lor pentru a putea beneficia de îngrijire, adăpostire și tratament în funcție de nevoile și caracteristicile individuale.
- Pentru realizarea procedurilor este necesară utilizarea anesteziei.
- Se reutilizează animale în proceduri [2,3].

7. Specificarea circumstanțelor și a momentului în care proiectul trebuie, după caz, evaluat retrospectiv.

8. Comisia de etică ce efectuează evaluarea proiectelor, ia în considerare, în special, expertiza personalului implicat în desfășurarea proiectului, în domeniile de activitate științifică pentru care se utilizează animalele, inclusiv înlocuirea, reducerea și îmbunătățirea utilizării acestora în proceduri, în domeniile respective. Pentru a asigura o supraveghere continuă a cerințelor de bunăstare a animalelor, trebuie asigurată în permanență îngrijirea veterinară corespunzătoare și, în fiecare unitate, un membru al personalului trebuie să fie responsabil cu îngrijirea și bunăstarea animalelor [1,2,3].

Procesul de evaluare a proiectelor trebuie să fie unul transparent. Sub

rezerva protejării drepturilor de proprietate intelectuală și a informațiilor confidențiale, evaluarea proiectelor trebuie să se efectueze într-o manieră imparțială. De asemenea, pentru a se garanta că publicul este corect informat, este important să se publice informații obiective privind proiectele în care se utilizează animalele vii. Publicarea respectivelor informații trebuie să nu încalce drepturile de autor,respectiv să nu divulge informații confidențiale. Prin urmare, utilizatorii trebuie să furnizeze rezumate anonime cu caracter non-tehnic ale respectivelor proiecte, care trebuie să fie publicate, iar detaliile publicate trebuie să nu aducă atingere anonimatului utilizatorilor. Autoritatea competentă publică, pe propriul site, rezumatele cu caracter non-tehnic ale proiectelor autorizate, precum și toate actualizările acestora [2,4].

Autorizația de proiect este acordată de către autoritatea competentă, numai după obținerea rezultatului evaluării acestuia de către Comisia de etică și se acordă pentru o perioadă de maximum 5 ani. De asemenea, orice modificare semnificativă a proiectului care ar determina un efect negativ asupra bunăstării animalului, trebuie notificată autorității competente, în termen de 30 de zile, și impune acordarea unei noi autorizații de proiect, sub rezerva unui rezultat favorabil al evaluării proiectului. În cazul în care se constată că proiectul nu se desfășoară conform autorizației de proiect, autoritatea competentă poate retrage această autorizație. De asemenea, în cazul în care unitatea utilizatoare nu mai poate obține autorizarea sanitară veterinară, proiectul se transferă, în vederea desfășurării, în altă unitate autorizată, cu notificarea prealabilă a autorității competente. Întreaga documentație relevantă, inclusiv autorizațiile de proiect și rezultatul evaluării proiectului, trebuie păstrată timp de cel puțin 3 ani de la data expirării autorizației de proiect(și trebuie pusă la dispoziția autorității competente, la solicitarea acesteia), cu excepția documentației proiectelor care necesită evaluare retrospectivă, care se păstrează până la finalizarea evaluării retrospective [2,3].

Concluzii

1. În anul 2010, a fost elaborată la nivelul Uniunii Europene Directiva 2010/63/UE, transpusă în dreptul intern românesc prin Legea 43/2014. După transpunerea directivei în dreptul intern, a trebuit să fie elaborată o legislație suplimentară referitoare la autorizarea unităților, autorizarea procedurilor, la înființarea unei bănci de țesuturi și organe, la autorizarea proiectelor prin procedura administrativă simplificată și altele. Cea mai importantă normă dintre acestea a fost reprezentată de Ordinul Președintelui ANSVSA nr. 97/2015, care are la bază principiile etice și morale care guvernează evaluarea etică a proiectelor, evaluare impusă de Direc-

tiva UE, și care cere, în acest sens, constituirea Comisiilor de etică la nivelul unităților utilizatoare, crescătoare sau furnizoare, comisii ce sunt, la ora actuală, responsabile de evaluarea proiectelor care implică utilizarea animalelor în proceduri [3,7].

2.Pe lângă noutatea normativă menționată la punctul anterior, un alt element de noutate este că proiectele se desfășoară numai în cadrul unor unități utilizatoare autorizate sanitar-veterinar.

3. Prima etapă în evaluarea proiectelor, care implică utilizarea animalelor în proceduri, este realizată de către Comisiile de etică, ce acordă un Aviz etic necesar obținerii Autorizației de proiect. Comisiile au în componență reprezentanți cu expertiză în domeniul utilizării animalelor în proiecte.

4. Autorizația de proiect este acordată, de către autoritatea competentă, numai după obținerea rezultatului evaluării acestuia de către Comisia de etică și se acordă pentru o perioadă de maximum 5 ani. De asemenea, orice modificare semnificativă a proiectului care ar determina un efect negativ asupra bunăstării animalului, trebuie notificată autorității competente, în termen de 30 de zile, și impune acordarea unei noi autorizații de proiect. În cazul în care se constată că proiectul nu se desfășoară conform autorizației de proiect, autoritatea competentă poate retrage această autorizație [2].

Bibliografie

1. Directiva 2010/63/EU a Parlamentului European și a Consiliului European, privind protecția animalelor utilizate în scopuri științifice. Disponibil la: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010L0063&from=EN (în limba română);https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:276:0033:0079:en:PDF(în limba engleză) (accesat: 12 iunie 2021)
2. Ordinul Președintelui Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 97/2015, pentru aprobarea Normei sanitare veterinare privind procedura de autorizare sanitară veterinară a unităților utilizatoare, crescătoare și furnizoare de animale utilizate în scopuri științifice, pentru aprobarea Normei sanitare veterinare privind procedura de autorizare sanitară veterinară a proiectelor care implică utilizarea animalelor în proceduri, precum și pentru modificarea Normei sanitare veterinare privind procedura de înregistrare/autorizare sanitar-veterinară a unităților/centrelor de colectare/exploatațiilor de origine și a mijloacelor de transport din domeniul sănătății și al bunăstării animalelor, a unităților implicate în depozitarea și neutralizarea subproduselor de origine animală care nu sunt destinate consumului uman și a produselor procesate, aprobată prin Ordinul președintelui Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 16/2010. Disponibil la: http://www.arsal.ro/wp-content/uploads/2017/02/Ordinul-97-privind-autorizarea-biobazelor-si-a-proiectelor-1.pdf (accesat: 12 iunie 2021)
3. Coman, C., Gonciarov, M., Marinescu,B. *Evaluarea etică si autorizarea proiec-*

*telor ce utilizează animale în proceduri experimentale.*București: Ed. Printech, 2017. ISBN 978-606-230-745-5
4. Ordinul Președintelui Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 156/2020, privind modificarea și completarea anexei nr. 2 la Ordinul Președintelui Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor nr. 97/2015.
5. Legea nr. 43 din 11 aprilie 2014 privind protecția animalelor utilizate în scopuri științifice;
6. Gonciarov, M.*Legislație sanitară veterinară și pentru siguranța alimentelor*, București: Ed. Printech, 2008. ISBN978-606-521-097-4
7. Gonciarov, M. *Elemente,noțiuni și norme sanitare veterinare*, București: Ed. Printech, 2008. ISBN 978-606-521-047-9

O EXPERIENȚĂ ÎN CREAREA CODURILOR DE ETICĂ. *DE LA AMATORISM LA PROFESIONALISM*

Mircea Leabu
Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale „Victor Babeș", București
Centrul de Cercetări în Etică Aplicată, Facultatea de Filosofie, Universitatea din București
mircea.leabu@ivb.ro, mircea.leabu@gmail.com

Preambul

În societățile cu tradiție democratică, preocuparea și gradul ridicat de sensibilitate față de etica cercetării științifice au intrat în obișnuință. La noi, grija pentru apropierea unui comportament moral în activitatea de cercetare (de la activitatea experimentală, până la valorificarea rezultatelor și publicare) de-abia a trecut de faza formal-declarativă, aflându-se în faza de conformare mai mult sau mai puțin asumată liber. Avem câteva acte legislative confuze prin evazivitatea și insuficiența lor, iar în unele aspecte chiar prin incoerență. Ele au impus, iar acesta este un aspect pozitiv, înființarea de comitete și comisii instituționale de etică, la toate nivelurile de organizare administrativă, ca și redactarea de Coduri de etică.

Această lucrare își propune să împărtășească din experiența personală a autorului, referitoare la implicarea în conceperea și redactarea unei prime forme a „Codului de etică a cercetării în științele legate de lumea viului", experiență căpătată prin activitatea sa într-o asemenea comisie de etică, e drept a unui organism național. Au existat în acea comisie câțiva membri care chiar au luat în serios munca pentru care comisia fusese creată și pe care ei și-o asumaseră, acceptând poziția pentru care fuseseră solicitați. Acest eseu se constituie ca un document de

transparență asupra activității comisiei, prezentată prin prisma subiectivă a unuia dintre membri. Voi împărtăși aspecte legate de: (i) autoinstruirea membrilor comisiei pentru desfășurarea unei activități cât mai competente, (ii) interacțiunea cu viitorii beneficiari ai codului, ca una dintre abordările metodologice, (iii) colaborarea cu stăpânii conceptelor teoriei etice, filosofii moralei şi (iv) crearea primei forme a codului etic din domeniul de interes al comisiei.

Voi încerca dezvăluirea, într-o viziune subiectivă, dar instructivă și educativă,a parcursului prin care o nevoie, impusă de eforturile româneşti de a acomoda exigențele civilizației pentru activitatea de cercetare biomedicală, a făcut un pas timid de la idee la faptă, adică de la formă la fond.

Motivarea

Omul va face saltul de la animalitate la umanitate atunci când comportamentul moral îi va intra în reflex. Societatea contemporană a devenit din ce în ce mai complexă, ceea ce determină complicarea relațiilor inter-individuale, respectiv între sau în interiorul diferitelor grupuri sociale sau profesionale. Pentru ținerea sub controlul rațiunii a realității complicării vieții sociale și profesionale, preocuparea pentru etică se reașază în pozițiile de frunte ale interesului uman. Se întâmplă asta și în privința eticii profesionale inclusiv, sau mai ales, în etica activității medicale (educație, cercetare, clinică). Acest eseu a luat o primă formă acum mai bine de un deceniu, când organizatorii Conferinței de etică aplicată, București 2009, m-au solicitat să împărtășesc din experiența Comisiei 2, Științe legate de lumea viului, a Consiliului Național de Etică a Cercetării Științifice, Dezvoltării Tehnologice şi Inovării, din cadrul Autorității Naționale pentru Cercetare Științifică (ANCS), experiență legată de conceperea şi redactarea unei prime forme a Codului etic al cercetării în științele legate de lumea viului. M-am simțit în momentul acelei invitații ca un fotbalist aflat în ofsaid. M-am întrebat, instantaneu și cu perplexitate, în sinea mea: „Cu ce aș putea eu să contribui la o conferință organizată de eticienii de profesie?" Pe vremea aceea nu conștientizam că preocupările în care mă avântam, ca membru al comisiei amintite, vor constitui nu doar un „hobby", ci o preocupare atrăgătoare, responsabilă și paralelă cu activitatea mea profesională de bază, cercetarea biomedicală. Revenind la invitația de care vorbeam, afost pentru prima dată când m-am îndoit de justeţea deciziei luată atunci când am fost anunţat că fac parte din comisie, aceea de a accepta poziția. Că membrii comisiei au mai considerat atunci că tocmai eu ar trebui să fiu şi preşedinte, treacă-meargă, dar să ajung să trebuiască să împărtăşesc experienţa, bună-rea, unor specialişti în etică nu am putut anticipa. Reacția de surpriză și uimire din

primul moment,față de solicitarea de a ține o prezentare, a trecut, m-am redresat mintal şi am simțit invitația ca pe o provocare. Am acceptat. Prezentarea nu a dezamăgit, iar gândurile de atunci le-am așternut într-un text. Acel text stă la baza acestei lucrări.

Un început (neașteptat) de drum, cu schimbare de direcție

Reiau ideea provocării și filosofia acceptării ei. Un sentiment asemănător, că destinul mă provoacă,am trăit atunci când am fost înștiințat de calitatea de membru şi convocat la prima întâlnire a Consiliului din structura căruia face parte comisia amintită. M-am dus din curiozitate, mai degrabă, ca să îmi fac o idee despre ce ar putea fi vorba, fără convingerea că voi accepta să mă înham la o nouă responsabilitate. Aflând că este vorba de conceperea şi redactarea unui cod de etică al activității care reprezintă chintesența preocupărilor mele profesionale(cod pe care oricum va trebui să mi-l însușesc), aplicând principiul cu minimul de efort, maximul de eficiență, m-am auto interogat: nu este mai simplu să mi-l însușesc participând activ la crearea sa? Aşa că, am acceptat provocarea! Dar, tot așa, aplicând principii structurale ale comportamentului meu, a urmat (mi-am impus) respectarea unui proverb pe care îmi permit să-l parafrazez: „Dacă intri în horă joacă până la capăt, chiar de ar fi să-ți dai duhul!"

Punctez pe scurt ce a urmat, din aceasta reieșind și metoda de lucru adoptată. Ne-am pus pe treabă. Numai două persoane din comisie aveau experiență în domeniul eticii profesionale. Ambele profesori din domeniul medicinii veterinare. Tot a fost bine, deoarece dumnealor au impus o anumită conduită, dincolo de faptul că au preluat responsabilitatea aspectelor legate de etica cercetărilor pe animale de laborator.

Pentru a insufla o dinamică susținută activității, am stabilit să ne întâlnim periodic, în ultima zi de vineri a fiecărei luni, pentru a discuta progresele activităţii fiecăruia, de fapt ale fiecărui grup de lucru. Vorbesc de grupuri de lucru deoarece am stabilit, de comun acord, preocupări pe direcţii specifice cercetării ştiinţifice în ştiinţele legate de lumea viului. Alcătuirea grupurilor a mai fost modificată pe parcurs, deoarece componența comisiei a cunoscut transformări, dar am urmărit ca fiecare membru din comisie să se implice în echipe care se ocupau de direcții ce le erau la îndemână, prin preocupările lor de bază. În afară de colegii cu experiență în etica experimentării pe animale de laborator, alte două persoane,ambele medici umani şi profesori universitari s-au ocupat, fără a duce la bun sfârşit îndatoririle, de aspectele etice ale cercetării ce implică subiecţi umani. Pentru partea privind etica cercetării cu, sau pe orga-

nisme modificate genetic a trebuit să se ocupe un doctor în agronomie şi profesor universitar, alături de un doctor în ştiinţe biologice şi profesor universitar, de asemenea. Un membru al comisiei care era și angajat al ANCS şi cu mine, autorul acestei povestiri,ne-am ocupat de partea generală a codului, vizând principiile etice specifice activităţii căreia îi este menit documentul şi punerea în acord cu legislaţia naţională şi normativele internaţionale.

În primul an al activității comisiei, persoanele din ANCS, care erau la curent cu activitatea noastră şi cu întâlnirile lunare, au rămas surprinse că noi chiar ne-am luat angajamentele în serios. Cu atât mai mult cu cât nici o altă comisie a consiliului (existau încă două în componenţă) nu se mai întrunea. Mai mult, când primul preşedinte al Consiliului şi-a dat demisia, noul preşedinte, încercând să se familiarizeze cu situaţia, a constatat că la celelalte comisii membrii nici nu mai ştiau pe cine au ales preşedinţi şi vicepreşedinţi, deşi aceste alegeri au fost făcute în aceeași zi a primei întâlniri a Consiliului, în care şi Comisia 2 şi-a ales oamenii pe funcţii. Trăiam un amestec de mândrie şi dezamăgire: mândrie pentru că noi ne făceam treaba, dezamăgire pentru că ceilalți doar se mulţumeau cu faptul că s-au ales cu o poziție într-un organism central. Dă bine la CV, nu-i așa?

Un efort binemeritat: autoinstruirea

Am menționat că numai doi membri aveau experiență în ceea ce privea activitatea comisiei, etica profesională a domeniului științele viului. Toți ceilalți ne-am trezit în ipostaza de autodidacţi. Firesc, nu ne-am speriat întrucât cercetarea implică experiență de autodidact, așadar eram rodați. Am început să căutăm, în lumea largă, coduri de etică a cercetării din domeniul nostru. Am conștientizat, odată în plus, cât de util poate fi internetul (eram în 2007-2008). Ne-am străduit să acoperim, geografic, toate zonele reprezentative de pe glob. Am început studiul codurilor identificate și accesibile, am compilat şi ne-am așezat pe crearea unuia care să corespundă realităților românești, fără să contravină standardelor internaționale. În ceea ce mă privește, m-am inspirat, în principal, dintr-un Cod canadian [1][1], din Codul Centrului Medical Academic al Universităţii din Amsterdam [2][2] și dintr-un Cod indian [3].Studiul m-a

[1] În anul 2008, trimiterea bibliografică era: Canadian Institutes of Health Research, Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. ***Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans***. August 1998 (with 2000, 2002, 2005 amendments). În bibliografia acestei lucrări, la lunctul [1]se face trimitere un document actualizat disponibil și pe internet.

[2] Codul la care facem referire se poate identifica pe internet și descărca sub formă de fișier „.pdf”,

făcut să constat că doar o combinare a diferitelor prevederi din toate aceste coduri s-ar potrivi realității (citește situației economico-sociale şi mentalităţilor) româneşti.

Inspirația ca rezultat al interacțiunii cu viitorii beneficiari ai codului

Autoinstruirea nu a reprezentat singura modalitate de a dezvolta un cod de etică a domeniului, care să fie agreat, asumat și aplicat de cercetători. Concomitent cu eforturile de autoiniţiere în principiile, normele şi regulile de etică a cercetării în vederea redactării unui manuscris al codului, am considerat utilă interacţiunea cu un număr cât mai mare dintre viitorii beneficiari ai documentului, cu scopul de a-i obișnui cu ideea că urmează să se sensibilizeze față de etica profesională și pentru a ne îmbogăți cu punctele lor de vedere. Am încercat să folosim orice oportunitate pentru asemenea interacţiuni, ca să lărgim cât de mult sfera celor care ar fi putut să reacționeze la ce ne propuneam noi, membrii comisiei. Amintesc aici următoarele acțiuni menite a facilita comunicarea membrilor Comisiei 2 cu cercetătorii din domeniu:

1. Dezbatere cu tema „Consimţământul informat: aspecte etice şi legislative", 25 ianuarie 2008, Institutul „Cantacuzino", București;
2. Atelier de lucru cu tema „Consimţământul informat", 1 februarie 2008, ANCS;
3. Dezbatere cu tema „Cercetarea privind celulele stem: aspecte etice şi legislative", 27 februarie 2008, sediul Comisiei Naţionale UNESCO Romania, Bucureşti;
4. Curs de etică pentru tinerii cercetători „Etica în biotehnologie", 6 martie 2008, Institutul „Cantacuzino", Bucureşti (lectorii au fost din străinătate);
5. Simpozion cu tema „Aspecte de etică în cercetarea şi educaţia biotehnologică", 6 martie 2008, Institutul „Cantacuzino", Bucureşti;
6. Conferinţă cu titlul „Principiul precauţiei", Matthias Kaiser, preşedinte, Consiliul Naţional de Etică pentru Cercetare din Norvegia, 7 martie 2008, Universitatea din Bucureşti;
7. Atelier de lucru cu tema „Etica şi integritatea în cercetarea ştiinţifică", 28 martie 2008, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca;
8. Simpozion cu tema „Etica şi cercetarea pe animale", 16 aprilie 2008, Universitatea de Ştiinţe Agricole şi Medicină Vererinară a Banatului, Timişoara;
9. Masă-rotundă cu tema „Evaluarea etică a proiectelor de cercetare",14 iunie 2008, Universitatea „Babeş-Bolyai", Cluj-Napoca (în cadrul celei

căutând pe „Google" prin folosirea denumirii menționateîn trimiterea bibliografică [2].

de a 26-a Sesiuni Ştiinţifice a Societăţii Române de Biologie Celulară).

Consider onest să mărturisesc aici cât de uimit am fost, personal, de analiza critică făcută asupra legii nr. 206, din 27 mai 2004, privind buna conduită în cercetarea ştiinţifică, dezvoltarea tehnologică şi inovare, la atelierul de lucru amintit mai sus la poziţia 7. Această critică m-a făcut să percepem perfecțiunea legii, iar apoi am constatat dezinteresul pentru îmbunătăţirea ei când au fost disipate ecourile acțiunii, ceea ce m-a indispus, ca să nu spun că m-a revoltat de-a dreptul. Nu am dezarmat și am încercat să concepem un material cât mai util, în ciuda contextului.

Interacțiunile enumerate mai sus au relevat și un aspect încurajator: există interes între cercetători pentru etica activității profesionale. Pe de altă parte, opiniile cercetătorilor din domeniile de activitate ce cădeau sub incidenţa comisiei erau eterogene, aşa cum era de aşteptat, dealtfel. Mai mult, se puteau încadra foarte bine în categoriile de stadii definite de Valentin Mureşan [4]:

- stadiul imoralităţii, identificat la unele persoane care considerau că un cod al eticii în activitatea lor va constitui o corvoadă ce va determina frânări în activitate;
- stadiul reactiv, se vor găsi soluţii de rezolvare formală a exigenţelor impuse de cod;
- stadiul conformităţii, dacă nu vom avea încotro va trebui să ne conformăm;
- stadiul integrităţii, este necesară introducerea unor asemenea reguli care să contribuie la adoptarea unei mentalităţi adecvate, acceptată internaţional în cercetarea bio-medicală;
- stadiul alinierii totale, implicând intrarea în reflex a atitudinii etice în activitatea de cercetare.

Trebuie să menționez că, în toate aceste întâlniri, membrii comisiei au anunțat programatic disponibilitatea (însușită ca datorie) pentru eforturi în direcţia creării unui cod care să fie uşor de însuşit şi aplicat, tocmai pentru că erau membri ai aceleiași comunităţi ştiinţifice şi nu nişte funcţionari înregimentaţi în rezolvarea, fără implicare, a problemei. Am mizat pe faptul că o asemenea abordare va fi utilă creatorilor codului,atât pentru sondarea opiniei beneficiarilor prin încurajarea obținerii unor reacții oneste (sincere, ca între colegi), cât şi pentru viitoarea utilizare prin aplicare asumată a documentului.

Primele rezultate: între încurajare și deziluzie

Activitatea cea mai eficientă a fost a colegilor care s-au ocupat cu secţiunea codului referitoare la cercetările pe animale de laborator. Erau în temă și au știut cu claritate ce au de făcut, finalizând rapid secțiunea respectivă a codului.

Secțiunea generală, referitoare la principiile etice ale activităţii de cercetare în ştiinţe legate de lumea viului, a fost cea de-a doua finalizată printr-ociornă. Această parte generală, încropită aşa cum credeau autorii că este mai bine, a fost supusă apoi dezbaterii în întâlnirile cu eticienii de profesie. A fost o idee deosebit de inspirată şi utilă a membrei comisiei care era și angajata ANCS. Ea a facilitat legătura cu echipa profesorului Valentin Mureșan[3] de la Facultatea de Filosofie a Universității din București.(Despre efectul interacțiunilor cu eticienii de profesie voi vorbi succint în secțiunea următoare a acestui eseu.)

Redactarea schiţelor celorlalte secţiuni a trenat, dovedind că cei responsabili să le creeze au plătit (pot spune în tradiție balcanică)tribut obiceiului „încremenirii în proiect", ca să citez din creaţia orală a lui Nicolae Manolescu, criticul literar și politicianul temporar (dacă nu greșesc în atribuirea paternităţii). De la cei doi încărcaţi de responsabilitatea secţiunii referitoare la cercetarea implicând subiecţi umani am primit materiale care reprezentau mai degrabă inventarieri de lacune legislative şi normative. Când le-am cerut să transforme totul în nişte texte care să dea soluții, care să propună conduite etice cu aplicabilitate practică, colegii „s-au dat la fund". Cât privește activitatea celor desemnaţi pentru conceperea secţiunii referitoare la cercetările cu, sau pe organisme modificate genetic, rezultatul a fost mult mai simplu: nimic!

Mărturisesc că, de fapt, termenul deziluzie din titlul secțiunii este un fel de răsfăț, de exagerare. Nu de deziluzie a fost vorba, dar de o oarecare descumpănire, da. Am trecut relativ repede peste aceasta și am căutat soluții, ajutat de profesioniști.

Corolarul implicării: colaborarea cu stăpânii conceptelor teoriei etice

Mândri de creația noastră (mai degrabă de făurirea noastră, ca să dau lui Petre Țuțea tributul necesar [5], el spunând că omul nu este creator, ci făuritor),am supus-o analizei critice a profesioniștilor de la „Centrul de cer-

[3] Valentin Mureșan (1951-2020) a fost un filosof al moralei dedicat eticii aplicate și studiului managementului eticii în organizații, profesor de filosofie. În vremea când se derulau activitățile rememorate în această poveste era directorul „Centrului de cercetare în etică aplicată", de pe lângă „Facultatea de filozofie" a Universității din București. A fost o persoană apreciată și stimată atât de colegi, cât și de studenți, dar și de profesioniști din alte domenii de activitate (seniori sau juniori) pentru claritatea ideilor și soluțiile pe care le identifica și căuta să le aplice. A trecut în eternitate, în 2 februarie 2020, în urma complicațiilor rezultate dintr-un accident casnic stupid, lăsând în urmă o puternică emulație în cei care îi urmează calea intelectuală și îi cinstesc memoria. În ceea ce mă privește, îi datorez încurajarea de a mă apropia mai cu nonșalanță de preocupările pentru etica profesională și pătrunderea pe calea filosofiei, care nu îmi displăcea încă din timpul liceului. A fost magistrul meu de bătrânețe, diferența de vârstă dintre noi fiind de numai doi ani (eu cel mai tânăr). Cu multă căldură m-a încurajat, chiar de când cu invitația de care am amintit, pentru prezentarea de la Conferința de etică aplicată, București 2009. Am stabilit împreună o prietenie pe care o voi purta în sufletul meu până îl voi urma în veșnicie.

cetare în etică aplicată" (CCEA), din cadrul „Facultății de filosofie" a Universității din București. Ceea ce s-a întâmplat cu documentul părții generale, redactat de noi, în cursul întâlnirilor cu filosofii moralei și eticienii de profesie (botezați de mine stăpânii conceptelor), întâlniri care s-au derulat aproape săptămânal pe parcursul a cel puțin trei luni, poate fi asemuit cu aruncarea bogăției unei recolte de struguri într-un teasc, pentru zdrobire și extragere a esențelor;aparentă distrugere, urmată de fermentare și maturare, acțiune enzimatică prin care, cu minimul de efort (energie), se naște maximul de eficiență, iar „inutilul" de decantează. Rezultatul a fost formularea unui număr de cinci principii care să fundamenteze codul. Denumite poate într-un mod surprinzător pentru teoreticienii eticii, cu scopul de a sugera aspectul utilitar al lor, acestea sunt:

1. Principiul urmăririi binefacerii;
2. Principiul respectării demnităţii fiinţei umane;
3. Principiul respectării integrităţii profesionale;
4. Principiul protejării fiinţelor vulnerabile;
5. Principiul corectitudinii şi dreptăţii.

Toate celelalte exigenţe de natură etică necesare activităţii de cercetare în stiinţele legate de lumea viului, exigenţe ridicate de noi, novicii, la rang de principii, au fost incluse în cod sub formă de reguli şi norme morale specifice, subsidiare acestor principii enumerate. Totul a fost distilat, transformându-se într-un material clar, bine structurat. Meritele acestei distilări intelectuale revin, în primul rând, membrilor CCEA.

O primă formă a codului se naște (administrativ, degeaba)

Astfel, către sfârșitul verii anului 2008, aveam practic două secțiuni ale codului rezolvate. Am început „presiunile" asupra celor care ar fi trebuit să conceapă şi să redacteze celelalte două secţiuni, cu precădere asupra colegilor din comisie preocupaţi de aspectele etice ale cercetărilor cu participanți umani sau cu probe prelevate de la pacienți. Schimbul de mesaje, deoarece se trecuse la munca individuală din cauza dificultăților de acoperire a cheltuielilor de deplasare necesare întâlnirilor lunare, a fost lipsit de succes în privinţa mobilizării responsabililor cu secţiunile neacoperite. După acordarea a două termene,celor doi membri ai comisiei însărcinaţi cu secţiunea cercetărilor cu participanți umani, pentru trimiterea unui text utilizabil într-un cod, am procedat la un termen ultimativ cu specificarea că nerespectarea lui mă va obliga să renunţ la colaborarea cu ei şi să îmi asum conceperea și redactarea secțiunii. Asta am şi făcut, până la urmă, solicitările imperative negăsindu-şi răspuns. Cât privește secțiunea de etică a cercetărilor cu, sau pe organisme modificate genetic, am considerat că reprezintă un domeniu slab reprezentat în acest moment în România

(deși în agricultură asemenea cercetări se desfășurau de câteva decenii, cu mijloace mai „naturale", însă), iar prima formă a codului poate fi lipsită de un asemenea capitol. În felul acesta, la 18decembrie 2008, prima formă a codului era adusă la cunoştinţa preşedintelui Consiliului Naţional de Etică a Cercetării Ştiinţifice, Dezvoltării Tehnologice și Inovării. Cum şi dumnealui dorea finalizarea eforturilor, demersurile sale fiind către toate comisiile pe domenii, a procedat imediat la distribuirea documentului către toți membrii Consiliului Naţional (mizând pe faptul că va fi şi un imbold pentru celelalte comisii în a se mobiliza și achita de datoria de a concepe şi redacta codurile pe domeniile proprii). Termenul pentru trimiterea de comentarii şi sugestii de îmbunătăţire a propunerii de cod a fost 15 ianuarie 2009, cu menţiunea că lipsa de reacție, până la acea dată, va fi considerată un accept tacit. Preşedintele însuşi a citit cu atenţie documentul şi a făcut câteva observaţii utile în aspecte legate de conformitatea cu legislaţia în vigoare. După efectuarea tuturor intervenţiilor sugerate de dumnealui (nici un alt membru al Consiliului Naţional nu a dovedit,prin vreo reacție, receptivitate la demers și responsabilitate pentru poziția ocupată), în a treia decadă a lunii ianuarie 2009, „Codul de etică a cercetării în științele legate de lumea viului" era înaintat spre avizare. Ce s-a întâmplat cu documentul redactat de noi, nu mai știu. O fi zăcând și acum prin vreun sertar al unui funcționar obtuz, lipsit de responsabilitate și de inițiativă, care fără dispoziții de la șefi nu face nimic. Structurile administrative sunt încă impregnate de asemenea specimene. Ce știu este că, după terminarea mandatului nostru, alte persoane au venit în componența comisiei având aceleași sarcini, iar și iar. Pentru comisia în componența care ne-a succedat am și pus la dispoziție propunerea noastră de cod. Problema a fost ca și înmormântată, înainte de a se finaliza procedura de validare și autorizare. În 2019, Consiliul Național de Etică a Cercetării Științifice, într-o nouă alcătuire, a avut o tentativă de a crea un cod cadru pentru cercetarea științifică, la modul general. Demersul s-a dovedit pe cât de îndrăzneț, pe atât de dificil (e greu de redactat un document cu valabilitate universală, aplicabil tuturor științelor pe de-a-ntregul).Materialul supus dezbaterii beneficiarilor dovedea o viziune atât de limitată și unilaterală, încât ștergea cu buretele complexitatea problemelor de etică profesională, neacoperind nici măcar toate aspectele care ar fi putut fi considerate cu impact general, aplicabile tuturor științelor. Din punctul de vedere exprimat de Consiliul director al CCEA[6], se pot vedea limitele materialului supus dezbaterii.

Învățămintele ce pot fi extrase

Toată preocuparea pentru a mă achita de responsabilitățile asumate ca preşedinte al Comisiei 2 poate fi sintetizată în câteva învăţăminte per-

sonale, sau confirmări ale atitudinii mele în viaţă. Acestea pot fi împărtăşite aici; poate vor fi de folos şi altora.

În primul rînd, este bine să nu te eschivezi în faţa provocărilor vieţii. Nu am făcut-o nici în contextul povestit aici (deși primul pas a fost unimpuls datorat curiozității) şi nu regret!

„Etica nicomahică" a lui Aristotel începe astfel [7]:

> *„Orice artă şi orice investigaţie, ca şi orice acţiune şi orice decizie, par să tindă spre un anume bine; de aceea, pe bună dreptate s-a afirmat că binele este cel spre care aspiră toate.*
> *Apare însă o deosebire în ceea ce priveşte scopurile urmărite"...*

Aici opresc citatul! În textul aristotelic, este strecurată motivaţia nevoii unor documente de reglementare etică, deci este nevoie de coduri de etică. Asemenea documente sunt reclamate în societatea actuală mai mult decât în vremea lui Aristotel, poate. Aşadar, dacă este nevoie de coduri etice,înseamnă că membrii comisiei, cei care s-au implicat, printre care şi eu, au făcut un lucru util, chiar dacă imperfect. Ceva, chiar imperfect fiind, este mai bun decât nimic.

Mai mult decât imperfecţiunea Codului, interpretarea sa poate fi problematică. Aş putea exemplifica prin două versuri din Eminescu: „Ce e rău şi ce e bine / Te întreabă şi socoate". Ei bine, dacă cel de-al doilea vers nu poate fi interpretabil, adică nu îşi poate schimba mesajul (după părerea mea de exeget neexperimentat), rămâne un îndemn, primul poate fi astfel interpretat de un bun actor, încât sensul poate fi semnificativ altul, decât a intenţionat poetul. Putem da doar o interpretare interogativă: „Ce, e rău? Şi ce, e bine?" ca să vedem că sensul este deosebit de actual pentru societatea românească a începutului de mileniu trei. Este drept că trebuie folosite şi nişte semne de punctuaţie neutilizate de autor. Un bun actor își poate, însă, permite să o facă, pentru a trece dincolo de scenă!

Dacă interpretarea poate schimba sensul mesajului unui text se pune întrebarea: Cum putem redacta un Cod neinterpretabil? Din interacţiunea cu stăpânii conceptelor teoriei etice am învăţat că este deosebit de greu, dar eu, ca un pragmatic, cred că merită efortul.

De un singur lucru nu sunt dumirit. S-a urmărit la înființarea Consiliului Naţional de Etică a Cercetării Ştiinţifice, Dezvoltării Tehnologice şi Inovării, respectiv a celor trei comisii pe domenii şi o finalitate? A fost doar o ambiție a unui inițiator, abandonată imediat după ce a pus-o în fapt? Am condus singura comisie care şi-a luat în serios treaba. Prima formă a Codului Comisiei 2 așteaptă, fără vreo șansă de reușită, avizarea forurilor decizionale abilitate, sau solicitarea amendării ei. Chiar eu, unul dintre făuritorii activi, știu că și am și idei de cum ar trebui amendat. Din

nou încremenirea în proiect? În utopia mea, sunt împăcat: mi-am făcut datoria (am o țâră de structură kantiană în vâna mea). Mai mult, imperfecţiunile sunt asumate atâta timp cât Codul în „Capitolul al VI-lea. Prevederi finale", precizează:

> „*Prezentul cod este o construcţie care necesită o permanentă revizuire şi/sau completare pentru punerea în acord cu noutăţile care apar în domeniul cercetării ştiinţifice legate de lumea viului. Revizuirile sau completările se vor efectua ori de câte ori membrii comisiei vor considera necesar, sau se vor primi, din partea membrilor comunităţii ştiinţifice, propuneri sau sesizări de apariţie a unor neconformităţi. Periodicitatea maximă cu care se fac revizuirile sau completările este de patru ani, fiecare nou numită comisie având obligaţia să procedeze la analizarea şi îmbunătăţirea codului.*"

Mai sus, la secţiunea intitulată autoinstruire, vorbeam de preocuparea membrilor comisiei (cei mai puţin experimentaţi în problemele eticii aplicate) de a se comporta cu profesionalism în rezolvarea sarcinilor legate de conceperea şi redactarea codului. Se poate deduce, din experienţa mea de muncă în comisie, că prima condiţie în a atinge profesionalismul este pasiunea. S-au găsit câţiva pasionaţi în Comisia 2. Pasiunea este însă legată de a-ţi plăcea ce faci. Nu întotdeauna, totuşi, poţi intui bucuria de a face ceva, înainte de a fi nevoit să şi acţionezi. Mă gândesc acum la un alt proverb românesc: „Pofta vine mâncând." A intra în acțiune împotriva unei prime reacţii de reţinere, ţine de ceea ce aminteam la începutul acestei secţiuni: acceptarea provocării. Apoi, ţine de moralitatea individuală dea-ți propune profesionalismul și de a te achita de responsabilități asumate. Francezii spun „**vouloir c'est pouvoir**". Se prea poate ca ceea ce recomandă acest proverb să fie necesar, dar mă întreb deeste şi suficient. Dacă adăugam şi proverbul englezesc „**knowledge is power**", adaptat după Francis Baconcu al său „**for knowledge itself is power**", din eseul „Despre erezie", echivalentul maximei latine „*scientia potentia est*", am putea ajunge la o afirmaţie cu caracter necesar şi suficient: „**Dacă vrei şi ştii cum, poţi!**". Aşadar: ***am vrut***, ne-am instruit pentru a vedea ce au făcut alţii, am analizat totul în raport cu realitatea românească legată de domeniu și scop, ca ***să știm cum***, am căutat să avem şi un aport creator prin colaborarea dintre specialiştii domeniului şi eticienii de profesie şi am elaborat o primă formă a codului. Toate acestea nu se puteau realiza coerent fără colaborare interdisciplinară. Membrii comisiei, cunoscători ai domeniului legat de cercetările în ştiinţele legate de lumea viului, nu puteau dovedi profesionalism în aspecte vizând etica profesiunii, fără contribuţia eticienilor de profesie, după cum numai

eticienii de profesie nu puteau aplica într-un mod profesional etica în domeniul de interes al Comisiei 2.

Inconștiență sau optimism? Ai reușit, continuă; n-ai reuşit continuă!

Să facem o rememorare. Cât ne-a trebuit, ca să realizăm pasul modest pentru trecerea de la idee la faptă, adică de la formă la fond? Prima întrunire a Consiliului Naţional de Etică a Cercetării Ştiinţifice, Dezvoltării Tehnologice şi Inovării a avut loc în 20 martie 2007, când au fost aleşi titularii funcţiilor în comisii. După aproape doi ani se năştea prima formă a Codului Comisiei 2. Câtă vreme (s-ar putea exclama) pentru naşterea unui prunc menit să ne supravieţuiască nouă şi generaţiilor de cercetători care ne vor urma (iluzie: a fost înmormântat după naștere!), dar menit și să se perfecționeze continuu. Este firesc, pruncul are soarta cunoaşterii: continua dezvoltare, continua adâncire, continua metamorfoză.

Aş putea spune, într-o eliberare de tensiune, că noi am făcut ce a fost mai uşor. Spun că a fost uşor pentru că, deşi a fost o muncă de pionierat, golul nu a fost umplut, codul nu a fost creat din neant, ci din ceea ce exista pe alte meleaguri. Domeniul cercetării bio-medicale este însă plin de neprevăzut. Urmăreşte să descopere şi să stăpânească secretele vieţii. Să însemne asta atingerea demiurgicului? Stăpânim şi reuşim să reparăm orice maşinărie (automobil, instalaţie industrială, sistem computerizat, etc.) deoarece este creată de noi. Viaţa nu este creată de noi, aşa că ne este foarte dificil să o readucem în limitele normalului, după ce o ia razna. Vom putea să descoperim secretele vieţii, adică să devenim proprii noştri demiurgi? Nu ştiu, dar spun iarăşi pragmatic: merită efortul dea încerca! Va fi o strădanie care, chiar prin neajungerea la reuşită, trebuie că ne va răsplăti. Cu condiţia să rămânem morali! A rămâne morali nu este, însă, chiar aşa de simplu. De ce? Ei bine, medicina actuală luptă împotriva selecţiei naturale. Prin medicaţie, prin tratament, prin intervenţie de multe feluri poate ţine în viaţă pacienţi care, altfel, ar fi fost condamnaţi biologic. Este uman! Dar, este moral? Constantin Noica afirma [8]: „Dacă faci pentru individ, moare speţa.” Adică, tradus în termeni biologici, dacă faci pentru individ, afectezi specia, punând-o, pe termen mai mult sau mai puțin îndelungat, în pericol (de moarte). Înclin să îi dau dreptate; şi nu numai din punct de vedere filosofic. Este moral să contribui la amenințarea unei specii? Nu îmi propun aici nici să dau sentinţe, adică răspunsuri unor asemenea dileme, nici să deschid o cutie a Pandorei. Putem însă medita asupra unor asemenea aspecte. Singurul lucru pe care îl urmăresc, invocând asemenea provocări, este acela de a crea, celor interesaţi, convingereacă ceeace urmează nu este deloc simplu. Va trebui ca etica să vegheze la a se face ceva pentru

individ, fără afectarea speciei. Iar ca argument în favoarea acestei perspective ca soluție, citez din David Hume[9] (în traducere proprie): „[...] odată ce fiecare om ține cont de binele propriei sale comunități, considerăm că interesul general al omenirii este mai bine promovat, decât prin orice opinie vagă și nedeterminată privind binele speciei, din care nu va putea rezulta vreodată vreo acțiune benefică, pentru vreun scop corespunzător dorit prin care ar putea să se exercite."[4] Înțelepciunea umană, către care trebuie să tindem, presupune echilibrul între interesul individual și cel al speciei, iar, în zilele noastre,interesul speciei include interesul mediului în care există; și Noica, și Hume au dreptate. Noi trebuie să ținem cont de dreptatea fiecăruia și să acționăm în consecință, echilibrându-le.

Nu ştiu dacă prima formă a codului este o reuşită. Ştiu însă că munca trebuie continuată!

Bibliografie

1. Canadian Instututes of Health Research, Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. *Tri-Council Policy Statment: Ethical Conduct for Research Involving Humans.* December2010. Disponibil la: http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/ger-pre/MR21-18-2010-eng.pdf (accesat: 12 iunie 2021)
2. *Independence in Scientific Research. Research Code AMC. Editor M.E.A. Stouthard.* Ediția a II-a, septembrie 2004.
3. *Ethical Guidelines for Biomedical Research on Human Subjects.* Indian Councilof MedicalResearch, New Delhi, 2000. Disponibil la: https://www.kem.edu/wp-content/uploads/2019/12/ICMR_ethical-guidelines-2000.pdf (accesat: 12 iunie 2021)
4. Mureşan V. *Situația managementului etic în România.* Accesibil la: https://www.ccea.ro/situatia-managementului-etic-in-romania/ (consultat în 6 februarie 2021).
5. Petre Țuțea. *Reflecții religioase asupra cunoașterii.* București: Eikon, 2015.
6. Consiliul director al CCEA. Perspectiva CCEA asupra codului național de etica cercetării. Accesibil la: https://www.ccea.ro/etica-cercetarii/ (consultat în 6 februarie 2021).
7. Aristotel. *Etica nicomahică* (Traducere, studiu introductiv, comentarii şi index

[4] În original pasajul, aflat într-o notă de subsol a secțiunii V, din „Cercetare asupra principiilor moralei", este: "[...] while every man consults the good of his own community, we are sensible that the general interest of mankind is better promoted, than by any loose indeterminate views to the good of a species, whence no beneficial action could ever result, for want of a duly limited object on which they could exert themselves." (Hume, David. The Philosophical Works of David Hume. Including all the Essays, and exhibiting the more important Alterations and Corrections in the successive Editions by the Author. Vol. 4, Edinburg: Adam Black and William Tait, 1826.p. 299.)

de Stella Petecel). Colecția „Clasicii filosofiei universale”, București: Editura Științifică și Enciclopedică, 1988.
8. Constantin Noica. *Mathesis sau bucuriile simple*. București: Humanitas, 1992.
9. David Hume. *The Philosophical Works of David Hume. Including all the Essays, and exhibiting the more important Alterations and Corrections in the successive Editions by the Author.* Vol. 4, Edinburg: Adam Black and William Tait, 1826.

ROLUL COMITETELOR DE ETICĂ ÎN EXPERIMENTAREA PE ANIMALE

Cristin Coman[1,2], Gheorghița Isvoranu[3], Diana Ancuța[1,4]
[1]Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară „Cantacuzino”
[2]Universitatea ,,Spiru Haret”, Facultatea de Medicină Veterinară
[3]Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Domeniul Patologiei și Științelor Biomedicale „Victor Babeș”
[4]Institutul de Agronomie și Medicină Veterinară București, Facultatea de Medicină Veterinară
comancristin@yahoo.com

Utilizarea animalelor în scopuri științifice, denumită și experimentare pe animale, este strict legiferată prin acte normative care limitează și reglementează desfășurarea proiectelor ce folosesc animale în proceduri. Actele normative au apărut ca urmare a presiunii opiniei publice şi a organizaţiilor non-guvernamentale care luptă pentru reducerea și chiar interzicerea utilizării animalelor în scopuri științifice, pe de o parte şi a presiunii comunității ştiinţifice care dorește crearea unui cadru unic de utilizare a animalelor de laborator, pe de altă parte. Scopul reglementărilor referitoare la protecţia animalelor utilizate în scopuri ştiinţifice este acela de a pune sub controlul unei autorităţi guvernamentale creșterea, furnizarea și utilizarea animalelor de laborator în vederea asigurării bunăstării și protecției acestei categorii de animale. În cadrul acestor reglementări un rol aparte revine comitetelor de etică care trebuie să evalueze proiectele de cercetare în care se fac experimente pe animale. Prezenta lucrare descrie succint cadrul legal al formării comitetelor de etică, rolul lor și implicarea în experimentarea pe animale.

Legislație

Deși utilizarea animalelor în experimente în mod sistematic se realizează de peste 100 de ani, legislația în Europa a apărut în ultimii 50 de ani, întâi la nivelul unor țări apoi la nivelul Consiliului Europei și al Uniunii

Europene. În cadrul Consiliului Europei, este elaborată şi adoptată „Convenţia Europeană pentru protecţia animalelor utilizate în experimente sau alte scopuri ştiinţifice", în anul 1983, document care va sta la baza tuturor actelor normative elaborate ulterior în Uniunea Europeană în acest domeniu şi adoptate de către toate statele membre [1]. În anul 2010, Parlamentul European împreună cu Consiliul Uniunii Europene, adoptă Directiva 63/2010/UE privind protecţia animalelor utilizate în scopuri ştiinţifice, cu un conţinut de aproximativ cinci ori mai amplu decât al primei directive, adoptată în 1986,şi mai restrictivă decât aceasta, fiind mult mai explicită în ceea ce este permis sau nu în acest domeniu [2]. Dominată de un profund caracter etic, Directiva 63/2010 ia pentru prima dată în discuţie, ca act normativ, aspectele etice şi morale ce guvernează experimentarea pe animale. Astfel, încă din articolul 1, este specificat scopul directivei, îndreptat îndeosebi în direcţia *"protecţiei animalelor utilizate în scopuri ştiinţifice sau educative*", iar ca obiective, îşi propune să stabilească norme obligatorii, în ceea ce priveşte: *"înlocuirea şi reducerea utilizării animalelor, îmbunătăţirea metodelor de creştere, adăpostire,* îngrijire şi utilizare a animalelor în proceduri"', cât şi *"evaluarea şi autorizarea proiectelor ce implică utilizarea animalelor în proceduri".*

Directiva 63/2010 nu solicită imperativ crearea de comitete de etică însă prin condițiile de evaluare a proiectelor le sugerează. Astfel articolul 38 din Directivă, paragraful 2, precizează că:

„(2) Evaluarea proiectelor constă în special în următoarele:

a) o evaluare a obiectivelor proiectului, a posibilelor beneficii științifice sau a valorii sale educative;

b) o evaluare a conformității proiectului cu cerințele privind înlocuirea, reducerea și îmbunătățirea;

c) o evaluare a clasificării severității procedurilor și atribuirea clasificării corespunzătoare;

d) o analiză prejudiciu-beneficiu a proiectului, pentru a evalua dacă răul cauzat animalelor sub aspectul suferinței, durerii și stresului este justificat de rezultatul scontat, ținând seama de considerente etice, și dacă ar putea fi, în final, în beneficiul oamenilor, animalelor sau mediului înconjurător;

e) o evaluare a oricărei justificări menționate la articolele 6-12, 14, 16 și 33; și

*f) specificarea circumstanțelor și momentului în care proiectul ar trebui evaluat retr*oactiv."

Toate criteriile menționate în articolul 38 sunt de fapt principii etice care nu pot fi analizate decât dacă există o anumită pregătire din partea evaluatorilor, într-un cadru oferit de un comitet de etică. Legislaţia

română reflectă acum complet legislaţia europeană, bazată pe Convenţia europeană pentru protecţia animalelor vertebrate utilizate în experimente şi alte scopuri ştiinţifice. Astfel, Directiva 63/2010/UE a fost transpusă în dreptul intern românesc prin Legea 43/2010 [3], care, în proporţie de 75%, reprezintă o simplă traducere a normativului UE, mai ales acolo unde se referă la condiţiile de adăpostire şi hrănire ale animalelor folosite în proceduri, iar pentru restul de 25% trebuind să fie elaborată o legislaţie suplimentară referitoare la autorizarea unităţilor, autorizarea procedurilor, la înfiinţarea unei bănci de ţesuturi şi organe, la autorizarea proiectelor prin procedura administrativă simplificată şi altele, toate aceste aspecte fiind cerute în mod expres de actul UE. Directiva a fost transpusă în prezent în totalitate printr-o legislație națională secundară complexă care acoperă toate aspectele menționate acolo. Ca importanță, Ordinul Preşedintelui Autorităţii Naţionale Sanitar-Veterinare şi pentru Siguranţă Alimentelor (ANSVSA) nr. 97/2015 pentru aprobarea "Normei sanitare veterinare privind procedura de autorizare sanitară veterinară a unităţilor utilizatoare, crescătoare şi furnizoare de animale utilizate în scopuri ştiinţifice, şi pentru aprobarea Normei sanitare veterinare privind procedura de autorizare sanitară veterinară a proiectelor care implică utilizarea animalelor în proceduri"reglementează autorizarea biobazelor și a proiectelor de cercetare ce utilizează animale în proceduri [4].

Legea 43/2014 prevede,în articolul 37,că evaluarea etică a proiectelor se va realiza de către autoritatea competentă, care este Autoritatea Naţională Sanitară Veterinară şi pentru Siguranţa Alimentelor (ANSVSA), prin direcţiile sanitar-veterinare şi pentru siguranţa alimentelor aflate în subordinea acesteia (județene și a municipiului București). Autoritatea competentă şi-a dat seama că nu are structurile necesare şi nici timpul necesar pentru a crea structuri capabile să evalueze din punct de vedere etic proiectele ce folosesc animale în scopuri ştiinţifice, cu atât mai mult cu cât etica profesională și etica relației om-animal nu este încă o materie de bază în facultățile de profil veterinar și nici o componentă a educației veterinare continue. De aceea prin ordinul nr. 97/2015 autoritatea componentă stabileşte ca evaluarea etică să aibă loc în comisiile de etică ce se vor înființa în centrele universitare de specialitate sau la nivelul unităţilor utilizatoare. Acest ordin prevede că autorizarea rămane tot în sarcina autorităţii competente, însă evaluarea proiectelor va fi realizată de către comisiile de etică, conform anexei 2, capitolul 2, articolul 3, aliniat 4 și 5, așa cum citatul de mai jos o confirmă:

„*CAPITOLUL II*

Condiții referitoare la solicitarea autorizării proiectelor, evaluarea și autorizarea acestora

ARTICOLUL 3
Solicitarea autorizării proiectelor
……

(4) Evaluarea proiectelor care implică utilizarea animalelor în proceduri este realizată de Comisia de etică.

(5) Comisia de etică se înființează la nivelul centrelor universitare de specialitate sau al unităților utilizatoare, după caz, și are în componență reprezentanți cu expertiză în domeniul utilizării animalelor în proiecte."

Acest act normativ, impune ca evaluarea proiectelor să se realizeze de către o comisie de etică, deoarece autoritatea competentă a realizat că nu poate efectua ea direct evaluarea proiectelor. Iar autoritatea competentă, pe baza avizului eliberat de către comisia de etică evaluatoare, precum și a altor 3 documente poate să autorizeze proiectul.

Înființarea și organizarea comitetelor de etică

Ordinul ANSVSA 97/2015 stabilește anumite criterii de evaluare etică conform Directivei 63/2010, însă înființarea comisiilor de etică a fost lăsată la latitudinea fiecărei unități crescătoare/furnizoare/utilizatoare de animale folosite în scopuri științifice. Înființarea comisiilor de etică la nivelul unităților utilizatoare a creat premizele unei evaluări rapide, însă pe alocuri evaluările pot fi subiective, fiind vorba de evaluări făcute proiectelor depuse de colegi. România încă nu are componente structurale etice solide, ținând cont că venim după o perioadă de 50 de ani de comunism în care singura etică acceptată era etica și morala socialistă, de aceea au existat mai multe orientări în formarea și funcționarea comisiilor de etică. Legislația nestabilind cum să se organizeze comitetele de etică, în cadrul unităților utilizatoare au existat mai multe căi de formare a comitetelor de etică [5]:

- Instituțiile care aveau deja comisii de etică doar au modificat atribuțiunile, astfel încât să le includă și pe acelea stabilite de legislația referitoare la utilizarea animalelor în scopuri științifice.
- Instituțiile care nu aveau comisii de etică fie le-au înființat, fie au apelat pentru evaluarea proiectelor la comisiile de etică, constituite conform actualelor prevederi legale, ale altor instituții.
- Unele instituții au creat o comisie de bioetică unică cu 2 subcomisii, una pentru experimentarea pe animale, alta pentru cercetarea pe subiecți umani.
- Recomandăm ca membrii pentru comisiile de etică care evaluează proiecte de experimentare pe animale să aparțină în principal următoarelor categorii:
- Un medic veterinar sau un expert în domeniu cu experiență relevantă

pentru activitățile instituției sau care are capacitatea de a dobândi cunoștințe relevante.

- O persoană calificată corespunzător, cu o experiență substanțială și recentă în utilizarea animalelor în scopuri științifice relevante pentru instituție și activitatea comisiei de etică. Aceasta trebuie să aibă un grad superior în cercetare sau experiență echivalentă. Dacă activitatea se referă la utilizarea animalelor numai pentru educație și instruire, poate fi numit un profesor cu experiență substanțială și recentă.
- O persoană cu un angajament demonstrabil și o experiență stabilită în promovarea bunăstării animalelor, care nu este angajată sau asociată în alt mod cu instituția și care nu este implicată în prezent în îngrijirea și utilizarea animalelor în scopuri științifice. Medicii veterinari cu experiență specifică în domeniul bunăstării animalelor pot îndeplini cerințele acestei categorii. Deși nu reprezintă o organizație pentru bunăstarea animalelor, persoana ar trebui, acolo unde este posibil, să fie selectată pe baza apartenenței active și a aprobării unei astfel de organizații.
- O persoană care nu este angajată sau nu este asociată cu instituția și care nu a fost niciodată implicată în utilizarea animalelor în scopuri științifice sau educative. Acești membri ar trebui considerați ca aducând o viziune complet independentă asupra comisiei de etică și nu trebuie să se potrivească cerințelor oricărei alte categorii, putând fi avocați, teologi, filozofi etc. [6].
- Pot fi cooptați membri suplimentari care să asiste comisia de etică să funcționeze eficient:
- O persoană responsabilă cu îngrijirea zilnică a animalelor din cadrul instituției.
- Membri cu experiență și competență valoroasă pentru comisia de etică.

Comisia de etică poate invita persoane cu expertiză specifică să ofere consultanță și sfaturi, dacă este necesar.

Rolul comisiei de etică

Comisiile de etică sunt responsabile pentru avizarea experimentelor pe animale în cadrul unităților de cercetare acreditate. Nici un experiment pe animale nu poate fi efectuat fără aprobarea comisiilor de etică. Acestea trebuie să ia în considerare și să evalueze cererile pentru efectuarea procedurilor pe animale pe baza răspunsurilor cercetătorilor la un set cuprinzător de întrebări, inclusiv justificarea utilizării animalelor pentru cercetare, impactul probabil al experimentării asupra animalelor și procedurile de prevenire sau ameliorare a durerii și suferinței [7].În numele instituției, comisiile de etică ar trebui să aibă puterea de a opri cercetările necorespunzătoare și de a disciplina cercetătorii prin retragerea avizelor acordate. Comisia de etică poate solicita îngrijirea adecvată, inclusiv îngrijirea de

urgență, pentru animale. De asemenea, comisiile de etică oferă îndrumare și sprijin cercetătorilor cu privire la aspecte relevante pentru bunăstarea animalelor, prin mijloace precum pregătirea liniilor directoare în evaluarea proiectelor și diseminarea literaturii științifice relevante.

Componența comisiilor de etică și expertiza colectivă în probleme etice și științifice, ca metode de lucru și funcționare generală, trebuie să ofere asigurarea că acestea pot îndeplini responsabilitățile în mod eficient și independent. De asemenea comitetele de etică trebuie să își asume și roluri adiționale cu scopul de a îmbunătăți cultura generală a personalului din cercetare, îmbunătățirea comunicării între cercetători, respectiv instituțiile de cercetare și societate, ca și creșterea gradului de conștientizare a problemelor etice în cercetarea biomedicală și în experimentarea pe animale. De exemplu, comitetele de etică se pot implica în dialogul public cu privire la probleme etice sausă-și asume un rol educativ în ceea ce privește politica de etică a utilizării animalelor în scopuri științifice și luarea deciziilor [8].

Evaluarea etică a proiectelor

Ordinul Preşedintelui Autorităţii Naţionale Sanitar-Veterinare şi pentru Siguranţă Alimentelor (ANSVSA) nr. 97/2015 [4] stabilește, în articolul 4, criteriile de evaluare a unui proiect ce utilizează animale în experimentare precizând:

„Evaluarea proiectelor

Evaluarea proiectelor care implică utilizarea animalelor în proceduri, menționate la art. 3 alin. (4), constă în:

1. verificarea condițiilor pe care trebuie să le îndeplinească proiectul, astfel:

a) proiectul este justificat din punct de vedere științific sau educațional ori cerut potrivit legii;

b) scopurile proiectului justifică utilizarea animalelor;

c) proiectul este astfel conceput, încât să permită efectuarea procedurilor într-o manieră cât mai umană posibil și cu respectarea condițiilor de mediu;

2. o estimare a obiectivelor proiectului, a posibilelor beneficii științifice sau a valorii sale educative;

3. o estimare a conformității proiectului cu cerințele privind înlocuirea, reducerea și îmbunătățirea utilizării animalelor în proceduri;

4. o estimare a clasificării severității procedurilor și atribuirea clasificării corespunzătoare;

5. o analiză prejudiciu-beneficiu a proiectului, pentru a evalua dacă răul cauzat animalelor sub aspectul suferinței, durerii și stresului este justificat de rezultatul scontat, ținând seama de considerente etice și dacă ar

putea fi, în final, în beneficiul oamenilor, animalelor sau mediului;

6. o estimare a oricărei justificări, atunci când:

a) se utilizează animale capturate din sălbăticie;

b) se utilizează primate neumane;

c) se utilizează animale sau păsări din specii pe cale de dispariție;

d) se utilizează animale rătăcite și semisălbăticite din specii domestice;

e) pentru realizarea procedurilor este necesară utilizarea anesteziei;

f) se reutilizează animale în proceduri;

g) sunt solicitate derogări de la prevederile art. 32 din Legea nr. 43/2014 privind protecția animalelor utilizate în scopuri științifice, cu modificările ulterioare;

h) sunt solicitate derogări de la prevederile art. 8 alin. (1) și/sau (5) din Legea nr. 43/2014, cu modificările și completările ulterioare.

(la 07-11-2019, Punctul 6. din Articolul 4 , Capitolul II a fost completat de Punctul 4, Articolul I din ORDINUL nr. 122 din 16 octombrie 2019, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 900 din 07 noiembrie 2019)

7. specificarea circumstanțelor și a momentului în care proiectul ar trebui evaluat retrospectiv.

8. la evaluarea proiectelor, Comisia de etică, înființată la nivelul centrelor universitare de specialitate sau a unităților utilizatoare, după caz, care efectuează evaluarea proiectelor, ia în considerare, în special, expertiza personalului implicat în desfășurarea proiectului, în următoarele domenii:

a) domeniile de activitate științifică pentru care se utilizează animalele, inclusiv înlocuirea, reducerea și îmbunătățirea utilizării animalelor în proceduri, în domeniile respective;

b) conceperea de proceduri, inclusiv statistici, acolo unde este necesar;

c) practica veterinară în știința animalelor de laborator sau, după caz,

d) practica veterinară în știința faunei sălbatice;

creșterea și îngrijirea animalelor din specia care urmează să fie utilizată.

9. procesul de evaluare a proiectelor trebuie să fie transparent. Sub rezerva protejării drepturilor de proprietate intelectuală și a informațiilor confidențiale, evaluarea proiectelor se efectuează într-o manieră imparțială.

În afară de cele precizate în reglementările legale, evaluarea etică poate să conțină și alte principii etice stabilite de către comisiile de etică [9, 10].

Observând dificultatea implementării evaluării etice a proiectelor de experimentare pe animale și diferențele de la țară la țară, Comisia Europeană a instituit un grup de lucru la nivel de experți pentru a redacta un

ghid pentru evaluarea proiectelor în faza de concepție, dar și pentru evaluarea retrospectivă a proiectelor, ghid destinat să faciliteze punerea în aplicare a Directivei 2010/63/UE privind protecția animalelor utilizate în scopuri științifice. Toate statele membre și principalele organizații ale părților interesate au fost invitate să desemneze experți care să participe la lucrările grupului. Principalele obiective ale grupului de lucru la nivel de experți au constat în dezvoltarea de orientări și principii privind evaluarea proiectelor și evaluarea retrospectivă în conformitate cu articolele 38 și 39 din directivă, care să vină în sprijinul tuturor celor implicați în pregătirea,analizarea și evaluarea proiectelor. Grupul de lucru la nivel de experți a redactat un document care a fost aprobat de autoritățile naționale competente pentru punerea în aplicare a Directivei 2010/63/UE. Acest document este un instrument de mare ajutor comisiilor de etică în evaluarea proiectelor de cercetare care utilizează animale de laborator [11].

Concluzii

Comisiile de etică reprezintă organisme vitale în creșterea încrederii populației în cercetarea științifică, în general, și în experimentarea pe animale, în special. Ele reprezintă și o garanția a cheltuirii umane și responsabile a banilor publici din care sunt finanțate proiectele de cercetare.

Membrii comisiilor de etică trebuie să fie independenți și capabili în mod demonstrabil să ia decizii fără criterii nejustificate,influențe profesionale, instituționale sau de piață. Această cerință crucială ar trebui reflectată în mod corespunzător în procedurile de numire a membrilor comisiilor de etică, în cerințele de cooptare în comisiile de etică și în procedurile pentru tratarea potențialelor conflicte de interese.

Evaluarea de către o comisie de etică independentă contribuie la transparență tocmai prin existența unei evaluări etice, asigurându-se totodată că nu prezintă un risc și un prejudiciu mare pentru animal și garantându-se realizarea rezultatelor științifice exploatabile. În plus, și am văzut-o și în timpul recentei pandemii, informațiile, uneori false (fakenews), se diseminează rapid și informația științifică își pierde valoarea. Prin urmare, pare fundamental să se integreze în conceperea proiectelor de experimentarea pe animale evaluarea etică. Dacă este necesar, atunci să răspundem la întrebările provocate de concepțiile greșite diseminate, pentru că sfatul și sprijinul unei comisii de etică sunt argumente cu greutate.

Bibliografie

1. *Convenția Europeană pentru protecția animalelor utilizate în experimente sau*

alte scopuri ştiinţifice (ETS no 123). 1991. Disponibil: https://www.coe.int/en/web/ conventions/full-list/-/conventions/treaty/123 (accesat: 12.06.2021)
2. *Directive 2010/63/EU of the European Parliament and of the Council of 22 September 2010 on theprotection of animalsused for scientificpurposes Text with EEA relevance*. 2010. Disponibil: http://data.europa.eu/eli/dir/2010/63/oj (accesat: 12.06.2021)
3. *Legea nr. 43/2014 a Parlamentului României, Lege privind protecţia animalelor utilizate în scopuri ştiinţifice*, Include modificările aduse prin următoarele acte: L 96/2015; L 199/2018; L 149/2019. 2019. Disponibil: http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/ 157944 (accesat: 11.06.2021)
4. Ordinul Autorității Naţionale Sanitare Veterinare şi pentru Siguranţa Alimentelor nr. 97/2015, *Ordin pentru aprobarea Normei sanitare veterinare privind procedura de autorizare sanitară veterinară a unităţilor utilizatoare, crescătoare şi furnizoare de animale utilizate în scopuri ştiinţifice și pentru aprobarea Normei sanitare veterinare privind procedura de autorizare sanitară veterinară a proiectelor care implică utilizarea animalelor în proceduri*, 2015. Disponibil: http://legislatie.just.ro/Public/ DetaliiDocument/171573 (accesat: 11.06.2021)
5. Coman, C., Gonciarov, M., Marinescu, B. *Evaluarea etică si autorizarea proiectelor ce utilizează animale în proceduri experimentale*, București: Ed. Printech, 2017. ISBN 978-606-23-0745-5
6. Smith, J.A., Jennings, M., *A resourcebook for laymembers of local ethicalreview and similar bodiesworldwide*, RSPCA, 3rdedition. 2015. Disponibil: https://science.rspca.org.uk/documents/1494935/9042554/A+resource+book+for+lay+members+of+ethical+review+and+similar+bodies+worldwide+-+third+edition+%282015% 29+%28PDF+6.58MB%29.pdf/2007deb5-5095-13fe-add2-87dd4eba0fd2?t= 1552913461515 (accesat: 10.06.2021)
7. Guillen, J., Robinson, S., Decelle, T., Exner, C., Van Vlissingen, M.F. Approachesto animal researchprojectevaluation in Europe afterimplementation of Directive 2010/63/EU, *LaboratoryAnimals*, 2015, vol 15, nr. 2 p. 22-31, https://doi.org/10.1038/laban.604
8. Schuppli, C.A., Fraser, D., Factorsinfluencingtheeffectiveness of researchethicscommittees, *Journal of Medical Ethics*, 2007, vol 33, nr. 5, p. 294-301, doi: 10.1136/jme.2005.015057.
9. Bout, H.J., Fentener van Vlissingen, J.M., Karssing, E.D. Evaluating the ethical acceptability of animal research. *LaboratoryAnimals (New York)*. 2014, vol 43, nr. 11, p 411 – 414. DOI: 10.1038/laban.572
10. Kalman, R., Olsson, A.I.S, Bernardi, C., Van den Broek, F., Bronstad A., Gyertyan, I., Lang, A., Marinou, K., Zeller, W., Ethicalevaluation of scientificproceduresrecommendations for ethicscommittees, în *The COST Manual of Laboratory Animal Care and Use, Refinement, Reduction and Research* (Coord. Howard B., Nevalainen T., Perretta G.) Ed. Boca Raton FL: CRC Press, 2011, p. 101-129. ISBN 9781439824924
11. Comisia Europeană. *Project Evaluation and Retrospective Assessment*. 2013. Disponibil: https://ec.europa.eu/environment/chemicals/lab_animals/pdf/guidance/directive/en.pdf (accesat: 10.06.2021)

CAPITOLUL V. ETICA PUBLICĂRII ÎN CERCETAREA BIOMEDICALĂ

DESPRE O ETICĂ A PUBLICĂRII ÎN DOMENIUL BIOMEDICAL

Mircea Leabu[1,2], Mihail Eugen Hinescu[1,3]
[1]Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare „Victor Babeș", București
[2]Centrul de Cercetări în Etică Aplicată, Facultatea de Filosofie, Universitatea din București
[3]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București
mircea.leabu@ivb.ro, mircea.leabu@gmail.com

Introducere

Complexitatea vieții la începutul mileniului al treilea a atras după sine și griji referitoare la atitudinea pe care trebuie să o avem atât în viața personală, cât și în cea profesională, pentru a ne dezvolta personalitatea și abilitățile la nivelul cel mai înalt posibil. Dacă vrem să ne depărtăm cât mai mult de condiția biologică, specifică animalului din noi, și să tindem asimptotic spre starea de umanitate, atunci preocupările de etică trebuie să facă parte din cotidianul vieții. Dilemele pe care le putem trăi când vedem că în societate etica se apropie prea mult de demagogie, depărtându-se de realitate (a se vedea fenomenul de manipulare prin știri false – „fake-news"), pot crea frustrări(-celor care nu sunt caractere puternice) și nasc tot felul de întrebări ale căror răspunsuri ne pot contraria, cu atât mai mult cu cât ele nu pot fi universal valabile.

Întrebarea din titlul eseului poate primi o multitudine de răspunsuri, toate având o proprietate comună: complexitatea. Oricare ar fi el, răspunsul implică o analiză atentă și argumentare riguroasă pentru a fi pe de o parte credibil, iar pe de altă parte util. O argumentare a nevoii de etică a publicării ar putea pleca de la ideea de proprietate intelectuală, așa cum a evoluat ea în istorie. Am putea merge înapoi până în antichitate, deși acolo fraudele nu prea existau, sau cel puțin așa putem considera din documentarea care a ajuns până la noi. Mai degrabă, onestitatea unor autori din acele vremuri ne-a ajutat să avem acum acces la o serie de scrieri pierdute ale anticilor, chiar dacă pentru unele doar parțial, deoarece autoratul originar era recunoscut. Mai relevantă ar putea fi rememorarea faptului că în secolul al XVI-lea lucrarea „Principele" a lui Niccolo Machiavelli a fost plagiată de un anume Agostino Nifo prin cartea „*De regnandi peritia*" (Arta guvernării) scrisă, pentru a se

încerca să se evite devoalarea faptei, în limba latină. Se întâmpla înainte de publicarea cărții lui Machiavelli, pe vremea când aceasta circula prin replici în manuscris, iar cel nedreptățit, deși a știut, nu s-a plâns oficial. Așadar, în istoria culturală a omenirii corectitudinea în activitatea de publicare nu a fost cu rigoare respectată și, în timp, a apărut necesitatea reglementării proprietății intelectuale a lucrărilor publicate.

Prezentul eseu își propune să treacă succint în revistă exigențele care țin de redactarea și trimiterea lucrărilor de specialitate (articole sau cărți/capitole de carte) din domeniul biomedical spre a fi evaluate în vederea publicării. Buna cunoaștere, dar mai ales asumarea prin respectare a acestor aspecte în timpul pregătirii lucrărilor reprezintă un mijloc de a forma corect membrii oricărei echipe academice în spiritul atitudinii etice în profesiune. Cu cât mai mulți tineri gravitează în jurul unui magistru cu atât mai mult aceste preocupări nu trebuie ignorate.

Dorința de a publica este îndreptățită

Publicarea rezultatelor obținute este cea mai imediată (ar trebui să fie și cea mai la îndemână) finalitate în valorificarea unei activități de cercetare. Motivația pentru o asemenea finalitate o constituie, pe de o parte, dorința de a contribui prin munca proprie la dezvoltarea cunoașterii în domeniul de activitate abordat, iar, pe de altă parte, faptul că publicarea reprezintă o modalitate de a verifica valoarea și corectitudinea rezultatelor acestei muncii. O autentică certificare a valorii rezultatelor unui studiu și crearea premizelor favorabile pentru dezvoltarea cercetării nu se pot face decât prin reușita publicării în revistele cu politică de evaluare prin experți („peer-review"). Apoi, luarea în considerare a indicilor scientometrici înregistrați în baze de date internaționale, de exemplu, *Clarivate Analytics* (număr de lucrări publicate, factorul de impact al revistelor în care apublicat, numărul de citări) a devenit mijloc de evaluare a performanțelor individuale ale unui membru al lumii academice, sau chiar ale unor instituții în ansamblu, chiar dacă există și critici care vorbesc despre faptul că asemenea aprecieri, sau mutarea accentului pe asemenea evaluări țin cont mai mult de cantitatea, decât de calitatea muncii. Cei nemulțumiți chiar menționează că astfel de abordări încurajează degradarea valorică deoarece este ușor să consideri cantitatea, pe când aprecierea calității presupune ca evaluatorul însuși să fie valoros (și anume dovedit mai valoros decât cel apreciat, sau măcar la același nivel).

Deontologia privind redactarea unui manuscris; reguli unanim acceptate

Primele considerente etice referitoare la activitatea de publicare vizează aspectele ce trebuie luate în seamă la redactarea unui manuscris și pregătirea

lui pentru a fi trimis spre evaluarea de către experți, în vederea luării deciziei de publicare. Ce trebuie să avem în vedere:

1. Prima grijă este aceea legată de buna cunoaștere a exigențelor specifice revistei pentru care este scris manuscrisul. Citirea atentă și respectarea întru-totul a ghidurilor pentru autori este esențială atât pentru respectarea formatului, cât și a celorlalte impuneri ale editorului. Chiar dacă ar părea că nu sunt aspecte etice aici, nu este nici pe departe așa. Respectarea acestor instrucțiuni este o dovadă de respect față de echipa editorială, cel puțin (ca să nu mai vorbim de faptul că respectul față de ceilalți dovedește autorespect și, într-o lume firească, atrage respectul terților).
2. Grija pentru asigurarea originalității manuscrisului atât sub aspectul considerentelor teoretice, cât și al celor practice. Originalitatea se referă în primul rând la fondul manuscrisului și nu la forma sa, care cel mai adesea este impusă. Originalitatea trebuie să se bazeze pe aspectele conceptuale ale studiului (partea teoretică), dar și pe aspectele metodologice (partea practică). Cu cât abordările experimentale sunt mai diverse, cu atât mai mult rezultatele obținute pot fi mai corect interpretate și devin mai de încredere.
3. Abordarea experimentală în conformitate cu exigențele eticii profesionale. Standardele eticii activității de cercetare biomedicală trebuie cu sensibilitate înțelese și aplicate atunci când se lucrează cu participanți umani sau pe probe recoltate de la om, când experimentele necesită folosirea animalelor de laborator sau alte sisteme vii și atunci când activitățile practice pot avea efecte asupra mediului. Atenție și la respectarea legislației locale sau internaționale relevante în privința drepturilor omului, protecției animalelor, a mediului, a biosferei etc.
4. Corecta atribuire a autoratului către cei care sunt eligibili conform standardelor. Mai jos, vom detalia aspectele legate de calificarea ca autor-coautor la un manuscris și la ponderea de acordare a calificativului de prim autor, autor principal, respectiv autor de corespondență.
5. Depistarea și declararea oricăror conflicte de interese, problemă etică de mare răspundere. Nu ne propunem aici să dezvoltăm analiza problemelor legate de conflictele de interese, dar dorim să le semnalăm și să conștientizăm cititorul asupra importanței declarării acestora la trimiterea spre publicare a manuscriselor din domeniul biomedical. Subliniem că problema are și încărcătură juridică, nu doar etică.
6. Evitarea trimiterii simultane a aceluiași manuscris la mai multe reviste reprezintă o exigență etică ce nu poate fi pusă pe seama neatenției, fiind o greșeală considerată întotdeauna intenționată. Urmărirea unui manuscris finalizat trebuie atent efectuată și, preferabil, să fie în responsabilitatea unei singure persoane din echipa de autori, astfel încât niciunul dintre cei care dețin forma finală să nu aibă inițiative paralele care să încalce

regula netrimiterii simultane la mai multe reviste.

Pasul următor este specific pentru soarta unui manuscris care a fost deja acceptat pentru publicare. Sunt două aspecte la care autorii trebuie să se aștepte:

1. Problema transferului de "copyright", care se face prin semnarea unei declarații specifice revistei care a acceptat publicarea. Această declarație trebuie citită și asumată cu mare grijă deoarece stipulează atât drepturi ale autorilor privind folosirea ulterioară a informațiilor din lucrare, cât și interdicții care trebuie respectate.
2. Solicitarea expresă privind declararea oricărui eventual conflict de interese, mai ales dacă în manuscris a fost omisă secțiunea referitoare la acest aspect.

Problema eligibilității drept autor-coautor

Avertizam mai sus cititorul că vom insista pe aspectele legate de calificarea ca autor-coautor la un manuscris, adică la o lucrare care va fi publicată. Aceste aspecte au fost cu atenție analizate și criteriile stabilite de comun acord de Comitetul Internațional al Editorilor de Reviste Medicale (ICMJE, de la denumirea englezească International Committee of Medical Journal Editors). Acest organism prevede că a te califica drept autor-coautor al unei lucrări științifice în domeniul biomedical presupune îndeplinirea cumulativă a patru condiții de bază [1]. Acestea sunt:

1. Persoana trebuie să aibă o contribuție substanțială la conceperea și/sau designul experimental ale activităților aferente studiului, sau în efectuarea experimentelor prin achiziția datelor, analiza și interpretarea lor pe parcursul cercetării și pentru redactarea manuscrisului;
2. Redactarea manuscrisului sau revizuirea critică a acestuia cu privire la conținutul intelectual;
3. Participarea la decizia finală privind versiunea care va fi trimisă spre publicare;
4. Acordul de a fi responsabil pentru toate aspectele activității de cercetare(cele privind asigurarea că fiecare parte a lucrării se caracterizează prin acuratețe și integritate, iar dezbaterea și rezolvarea oricăror probleme a fost tratată corespunzător).

Cele patru criterii trebuie să fie îndeplinite de orice persoană din lista de autori a lucrării și oricine le îndeplinește trebuie să figureze ca autor-coautor. În plus, se menționează în materialul ICMJE, fiecare persoană din lista de autori, pe lângă responsabilitatea pe care o poartă pentru fiecare parte din activitatea pe care a realizat-o, trebuie să fie capabilă să specifice cine poartă responsabilitatea principală pentru celelalte părți din lucrare și să fie convins că se poate avea încredere în corectitudinea și integritatea contribuțiilor celor-

lalți coautori. De asemenea, ICMJE precizează că persoana/persoanele care conduc activitatea de cercetare aferentă unui studiu este/sunt responsabile în identificarea corectă a tuturor acelora care se califică drept autori-coautori ai unei lucrări. Aspectele sunt cu atât mai critice cu cât în domeniul biomedical complexitatea metodologică a studiilor poate face ca lista de autori ai unei lucrări să fie lungă sau foarte lungă. Mai mult, în aceste circumstanțe devine semnificativă și ordinea autorilor în listă. Stabilirea ordinii autorilor în enumerarea finală ține de alte reguli convenite în lumea științifică a domeniului, ca urmare a unei experiențe manageriale îndelungate. Din ce în ce mai multe reviste solicită elaborarea unei secțiuni în lucrare în care să se menționeze concret în ce constă contribuția fiecărui nume din lista de autori. În domeniul biomedical trebuie cunoscut faptul că implicarea autorilor în realizarea studiului scade dinspre extremități către centrul listei. Adică, de regulă, primul autor din listă are contribuția cea mai însemnată în producerea rezultatelor și colectarea datelor experimentale, iar ultimul autor este cel care a coordonat cercetările. Așadar, devine evident că o atitudine etică adecvată impune ca la stabilirea ordinii finale a autorilor-coautorilor unei lucrări să participe toate persoanele din listă. Este demn de punctat că fiecare persoană din lista finală trebuie să fie capabilă să argumenteze poziția tuturor celorlalte din ordinea stabilită. Odată rezolvată şi această problemă a ordinii autorilor, trebuie stabilite și alte responsabilități: (i) desemnarea autorului de corespondență, care garantează asupra respectării aspectelor de calitate, acurateţe şi etică legate de manuscris; (ii) deținerea/păstrarea datelor originale și controlul accesului la acestea. (De regulă, responsabil este ultimul din lista de autori, coordonatorul grupului.)

Trebuie specificat că cele prezentate mai sus, referitor la ordinea autorilor, se aplică la articolele ce prezintă rezultate obținute experimental în diverse teme sau proiecte de cercetare (ceea ce se numește ***original papers***). În cazul unor articole de sinteză (referate generale, în engleză ***reviews***), lucrurile se pot inversa: de regulă, primul autor este coordonatorul de grup și considerat autorul principal, iar implicarea celorlalți autori în realizarea manuscrisului scade continuu dinspre începutul către sfârșitul listei. (Există și grupuri în care coordonatorul rămâne ca ultim autor.) Asemenea manuscrise nu au, de regulă, o listă prea elaborată de autori, iar lucrurile se simplifică şi din punct de vedere etic, erorile neintenționate fiind mai puțin posibile.

Legat de aspectele calificării drept (co)autor la un manuscris, trebuie menționat că pentru cei care au avut contribuții ce nu acoperă cumulativ toate cele patru condiții minimale (prezentate la începutul acestei secțiuni), există în manuscris o secțiune de mențiuni/mulțumiri (Acknowledgments). Aceasta dă posibilitate autorilor să menționeze orice altă contribuție, de orice natură profesională ar fi aceasta. ICMJE enumeră o serie de exemple de acti-

vități care nu îndreptățesc pe cei care le execută să devină coautori: cei care doar atrag fondurile pentru studii, cei care supervizează sub aspect administrativ grupurile de cercetare, cei care contribuie la dactilografierea/editarea tehnică a manuscrisului, cei care asigură acuratețea de limbă și corectitudinea gramaticală. Aceștia sunt menționați în paragraful de mulțumiri, cu menționarea specifică, spre exemplu, pentru participare la redactarea și editarea tehnică a manuscrisului. În contextul cercetărilor biomedicale, există și alte contribuții pentru care cei implicați nu se califică drept autori-coautori, cum ar fi cei care pun la dispoziție date clinice („Clinical Investigators") sau alte activități (din categoria „Participating Investigators"). Pentru aceștia contribuțiile se pot menționa prin „implicare drept consultant științific", „evaluator critic al propunerii de studiu", „înregistrator de date", „furnizor de îngrijire pentru pacienți" ori „pacienți care sunt și participanți la o cercetare".

Confruntarea cu realitatea

Deși aceste reguli sunt știute, fiind popularizate pe o multitudine de căi, se dovedește că acest lucru deși necesar, nu este suficient [2].Există încă multe atitudini care vădesc slăbiciunea morală a unora dintre reprezentații lumii academice. Se practică încă autoratul onorific, deși se promovează descurajarea lui [3] sau autoratul decis pe alte considerente (adesea meschine), decât cele acceptate de standardele etice. Mai grav este că slăbiciunile de caracter se răsfrâng și asupra altor fraude cu impact asupra eticii publicării [4]. Există o mare diversitate de situații prin care se încalcă exigențele etice legate de activitatea de publicare. În ciuda acestei diversități, în literatura de specialitatea ele sunt grupate sub abrevierea FFP (fabricare, falsificare, plagiere), care încearcă să le cuprindă exhaustiv, implicând:

1. frauda prin fabricarea de rezultate/date experimentale prezentate ca autentice;
2. falsificarea prin manipularea rezultatelor experimentale, indiferent de forma sub care sunt achiziționate (valori numerice, grafice, imagini)sau prelucrate („coafate", omise parțial), urmărindu-se potrivirea mai adecvată cu scopul studiului;
3. plagierea, adică însușirea ideilor, procedurilor, rezultatelor, ori a formulărilor altora fără a le acorda recunoașterea cuvenită prin citare adecvată.

În ghidurile lor destinate autorilor, revistele de specialitate se referă la toate aspectele etice legate de activitatea de publicare implicând nu numai responsabilitățile autorilor, ci și pe acelea ale organismelor de finanțare, ale referenților de specialitate (care fac evaluările), respectiv ale editorilor înșiși. O sinteză a acestor aspecte se poate regăsi în website-ul ICMJE [5].

Totuși, realitatea privind publicarea, în general și din lumea biomedicală în special, dovedește că mai este mult până la o ambianță academică prin

excelență etică. Istoria relativ recentă ne poate aduce în atenție exemple atât din categoria „așa nu", cât și din aceea demnă de urmat, „așa da". Am face o primă referire, pentru exemple din categoria „așa nu", la cazul Hans Werner Gottinger (deși a publicat articole din sfera economicului, în domeniul științei și tehnologiei mediului înconjurător), care nu doar că a fost un plagiator în serie (dintr-o listă de peste 100 de lucrări, cel puțin nouă – articole sau cărți – au fost dovedite ca plagiate), dar a dovedit „slăbiciuni" morale care ne pot determina să ne punem întrebări legate de sănătatea mintală a autorului [4, 6, 7]. Acest autor a dovedit imoralitate profesională și prin aceea că și-a umplut de „fantezii" CV-ul cu false afiliații, inclusiv la instituții-fantomă, și false poziții ocupate. Ca să revenim la domeniul nostru de interes, biomedicina, un caz uimitor ne vine din Japonia. Este vorba de cazul Haruko Obokata și de rezultate fabricate privind STAP (de la „**S**timulus-**T**riggered **A**cquisition of **P**luripotency") prin care susținea că a reușit ca, printr-un șoc temporar de pH scăzut, să reprogrameze celule somatice pentru a deveni celule stem pluripotente. Rezultatele au fost publicate în revista *Nature*, prin două articole în tandem [8, 9], având drept coautor un mare nume din domeniul ingineriei tisulare (Charles A. Vacanti), prin al cărui laborator, din SUA, a trecut cercetătoarea din poziția de prim autor. Făcătura a fost repede dovedită, iar acest lucru s-a soldat cu un imens scandal finalizat nu doar cu retragerea celor două lucrări și cu destituirea autoarei din instituția în care lucra ca șef al Laboratorului de reprogramare celulară (de la *RIKEN Center for Developmental Biology, Kobe, Japonia*), dar a avut și o consecință tragică deoarece șeful direct al fantezistei cercetătoare, Yoshiki Sasai, s-a sinucis în 5 august 2014, neputând duce pe umeri rușinea pricinuită. Vedem aici că superficialitatea în a respecta normele etice ale publicării poate aduce inconveniente mari; în cazul lui Vacanti, acceptarea unei poziții onorifice de coautor (probabil că asta a și sprijinit succesul publicării celor două articole într-o revistă de prestigiu maximal) i-a atras implicarea într-un scandal, iar pentru șeful direct al tinerei cercetătoare cu lacune morale, finalitatea a fost renunțarea la viață (fără îndoială că aici a operat și tradiția culturală japoneză).

Înainte de a trece la exemplul din categoria „așa da", dorim să mai atenționăm asupra unei alte metehne apărute: confecționarea de coautori fantomă (nume inventate, de la instituții reale, de prestigiu) pentru a manipula șansa de publicare a lucrărilor în reviste foarte bune [10, 11].

Este surprinzător cum, în lumea internetului în care ne aflăm, lumea în care informația circulă și este atât de ușor accesibilă, mai există persoane care procedează astfel, deși darea în vileag a unor asemenea practici (fabricare rezultate, falsificare date, plagiat) este atât de facilă.

Încheiem secțiunea de confruntare cu realitatea printr-un exemplu de onestitate, cu răsfrângere asupra atitudinii etice profesionale. Este vorba

de cazul Nancy Fern Olivieri, hematolog de prestigiu din Toronto, Ontario, Canada, care a intrat în conflict cu compania farmaceutică Apotex privind efectele secundare ale deferipronei, destinată tratării talasemiei și care, pe termen lung, induce fibroză hepatică [12], conform datelor experimentale obținute de Olivieri și colaboratorii săi. Asumându-și toate riscurile, medicul cercetător Nancy Olivieri, nu a acceptat să ignore rezultatele privind efectele adverse ale administrării deferipronei, suportând temporar consecințe greu de administrat de o persoană mai slabă psihic. Cercetătoarea nu a cedat și, în cele din urmă, a fost reabilitată, dar a și atras atenția opiniei publice și profesioniștilor în domeniu că lucrurile trebuie fundamental amendate, sub aspectul eticii,în colaborările dintre instituțiile academice și companiile farmaceutice [13].

Alte „invenții" în domeniul publicării, cu implicații etice

Aminteam mai sus, în cadrul diferitelor exemplificări menite a ne susține argumentația și pledoaria pentru comportamentul etic în activitatea de cercetare și publicare, despre unele modalități de manipulare a performanțelor științifice individuale. Dincolo de FFP, inventivitatea celor cu slăbiciuni morale este continuu provocată și împinsă la treabă de orgolii și parvenitism. Mai ales de când folosirea indicilor scientometrici a devenit o cale principală de a aprecia performanțele, mijloacele de manipulare s-au diversificat. În acest fel, scientometria s-a dovedit a avea, prin unii din indicii folosiți, efecte perverse nu numai asupra comportamentelor unor cercetători dar și asupra dezvoltării științei în sine [14, 15]. De exemplu, sunt negativ influențate deciziile cercetătorilor privind disponibilitatea de a aborda domenii noi, de nișă (puțini sunt aceia care, ignorând faptul că vor publica mai greu, iar lucrările, având o adresabilitate redusă, vor fi puțin citate, se vor avânta către orizonturi „nesigure") sau de a se preocupa de realizarea de noi metode și tehnici de studiu, petrecând ani de zile până la perfecționarea acestora pentru a le putea publica (toată lumea aleargă după obținerea de rezultate spectaculoase, cu posibilitate imediată de publicare).Tot dezvoltarea scientometriei și greutatea câștigată prin folosirea indicilor definiți de aceasta în evaluarea valorii (individuale, instituționale și chiar a revistelor științifice) are o multitudine de implicații etice asupra comportamentului cercetătorilor. Astfel, nevoia de a publica pentru a susține cariera academică a dus, la trecerea dintre milenii, la proliferarea apariției de numeroase reviste științifice (nu de puține ori pentru satisfacerea de orgolii sau pentru facilitarea publicării rezultatelor activității științifice a unor grupuri comode și interesate în a publica ușor), cu o prolificitate care ar putea fi comparată cu cea a ciupercilor după ploaie. Acest lucru vine mână în mână cu manipularea unor indici scientometrici (de exemplu număr de lucrări publicate). E drept

că doar acesta, la o analiză atentă a performanței, este irelevant deoarece, adesea, publicarea într-un asemenea context este echivalentă cu a scrie pentru gâdilarea orgoliului propriu, fără a fi citit și citat. Un fel de a-ți fura singur căciula. Însă analiza etică a acestui fenomen de creștere explozivă a numărului de reviste științifice nu este deloc simplă. Chiar dacă nu această analiză este scopul lucrării noastre, putem constata că apariția de noi reviste științifice poate fi considerată și o necesitate. În contextul în care cercetarea științifică, inclusiv cea din domeniul biomedical, s-a extins semnificativ, spațiul de publicare trebuie și el să fie extins pentru ca munca tuturor să fie adusă la cunoștința lumii științifice ca și a publicului larg. Cunoașterea eforturilor tuturor este importantă și pentru economia de resurse. Prin deceniul nouă al secolului trecut exista o mișcare între cercetători care milita pentru apariția unei reviste cu numele de Journal of Irreproducible Research (nu avem știință să se fi înființat; cert este că așa ceva nu se găsește în nici un catalog al revistelor științifice, după știința și căutările noastre). În acest fel ar fi putut fi făcute publice eforturile unor grupuri mai puțin norocoase în a-și verifica ipotezele de lucru, iar alții nu ar mai fi reprodus experimentele. Utile ar fi și crearea unor modalități de publicare a eșecurilor cercetării, din aceleași considerente: economisirea resurselor prin nerepetarea angrenării pe căi greșite. Deocamdată asemenea inițiative par utopii, dar comunicarea virtuală și accesul la informație facilitat de internet nu exclud ca asemenea soluții să devină reale. Alte aspecte cu implicații etice, legate de această proliferare a revistelor științifice, sunt cele ce privesc manipularea indicilor scientometrici datorată străduințelor unor editori de a le împinge rapid în sistemele de cotare și ierarhizare (Clarivate Analytics, Scopus etc.). Amintim o serie de metode dedicate unor asemenea scopuri: condiționarea publicării de citarea de alte articole publicate în revistă, în cei doi ani anteriori (ține de calcularea factorului de impact), aranjamente între grupuri de cercetare prietene privind citarea reciprocă (cu impact atât asupra indicilor scientometrici individuali, cât și ai celor cu răsfrângere asupra instituțiilor și a revistei/revistelor în care grupurile respective publică). Dacă v-ați găsit lucrările citate în contexte neadecvate, puteți avea explicații gândindu-vă la obiceiuri din categoria celor amintite mai sus. E drept că uneori suntem victime ale acestor metehne, vina fiind fie la editorii revistelor, fie la superficialitatea unor autori care pot cita nejustificat deoarece o fac la mâna a doua, fără a fi citit toate lucrările la care fac referire.

Așadar, apariția de noi reviste științifice nu este, în sine, un lucru rău, dar, dacă în spatele unor asemenea inițiative se află atitudini lipsite de moralitate, faptul devine dăunător dezvoltării durabile a cercetării științifice. În momentul în care vom reechilibra cantitatea cu calitatea în valorizarea performanțelor individuale a reprezentanților mediului academic, putem spera

că lucrurile se vor rezolva de la sine. Este, dacă vreți, un fel de imunizare a sistemului.

În loc de concluzii

Dincolo de argumentările de mai sus pentru a răspunde întrebării pe care ar putea-o sugera titlul eseului (De ce o etică a publicării?), o altă motivație a cultivării sensibilității pentru atitudine etică în profesiune și comportament corect, inclusiv în privința eticii publicării, este aceea că în lumea academică, magiștrii trebuie să conștientizeze și să își asume permanent că sunt modele. Ipostaza de model impune. Ar fi jenant să fim etichetați drept demagogi de studenți sau de tinerii aflați la începutul drumului profesional. De exemplu, doar prin presiune administrativă nu vom reuși să anihilăm tentațiile de a copia ale studenților, tentații puse în practică în toată lumea. În idealismul nostru, de-a dreptul utopic (oarecum), credem că în educația celor care ne trec prin mână,pe lângă soluțiile administrative, un rol însemnat îl are puterea exemplului. Deși pare în contradicție cu dictonul „La umbra marilor copaci nu crește iarbă", în contextul temei noastre putem parafraza prin aceea că în arealul caracterelor slabe nu se pot dezvolta caracterele puternice. Nu au de la cine să învețe. De fapt nu există o chiar așa de mare contradicție între cele două opinii. Nu iarbă dorim să crească la umbra marilor copaci, în contextul lumii academice, ci alți copaci la fel de falnici sau mai ceva. În acest context, căldura care favorizează creșterea nu vine de la soare, ci radiază de la „marele copac" însuși. Vocația unui adevărat magistru se dovedește tocmai prin faptul că formează profesioniști capabili să-l depășească (dacă se poate în timpul vieții sale, cu atât mai bună este dovada).

Dacă acest text sumar li se pare unora dintre cititori (i) prea didactic, sau (ii) axat pe chestiuni firești transformate în false-probleme, ori (iii) prea programatic, ne cerem scuze. Este nevoie ca din când în când,însă, să ne îndemnăm a ne mai apleca și medita echilibrat asupra a ceea ce reprezintă firescul vieții pentru a nu risca efecte neașteptate și neplăcute. Chiar dacă educația are ceva manipulator în ea, în domeniul publicării datelor științifice, orice formă de manipulare este de neîngăduit.

Bibliografie

1. ICMJE. Defining the Role of Authors and Contributors. Disponibil la: http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html (accesat: 21 aprilie 2021)
2. Leabu M. Pregătirea și trimiterea spre publicare a unui manuscris ca temă a eticii profesionale. În:*Etică și cultura profesională* (coord. Ion Copoeru, Nicoleta Szabo). Cluj-Napoca: Editura Casa cărții de știință, 2008, pp 87-105. ISBN 978-973-133-440-0
3. Persson, O., Glänzel, W. Discouraging honorific authorship. *Scientometrics*, 2014,

vol.98, p.1417–1419. DOI: 10.1007/s11192-013-1042-4
4. Leabu M. Plagiarism: a complex and controversial form of academic misconduct. *Ethics in Biology, Engineering and Medicine – An International Journal*. 2013,vol.4, nr.2, p.131-151. DOI: 10.1615/EthicsBiologyEngMed.2014010605
5. ICMJE. Roles and Responsibilities of Authors, Contributors, Reviewers, Editors, Publishers, and Owners. Disponibil la: http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/ (accesat: 21 aprilie 2021)
6. Abbott, A. Academic accused of living on borrowed lines. *Nature*, 2007, vol.448, nr.7154, p.632-633. DOI: 10.1038/448632b Disponibil la: https://www.nature.com/articles/448632b.pdf (accesat: 23 aprilie 2021
7. Abbott, A.The fraudster returns...Hans Gottinger is back on the scientific scene. *Nature*, 2008, vol.452, p.672. DOI:10.1038/452672c Disponibil la: https://www.nature.com/news/2008/080409/full/452672c.html (accesat: 23 aprilie 2021)
8. Obokata, H., Wakayama, T., Sasai, Y., Kojima, K., Vacanti, M.P., Niwa, H., Yamato, M., Vacanti, C.A. Stimulus-triggered fate conversion of somatic cells into pluripotency. *Nature*, 2014,vol.505, nr.7485,p.641–647. DOI:10.1038/nature12968
9. Obokata, H., Sasai, Y., Niwa, H., Kodata, M., Andrabi, M., Takata, N., Tokoro, M., Terashita, Y., Yonemura, S., Vacanti, C.A., Wakayama, T. Bidirectional developmental potential in reprogrammed cells with acquired pluripotency. *Nature*, 2014,vol.505, nr.7485,p.676–680.DOI:10.1038/nature12969
10. Engo Academy. Dealing with fake co-authors: A new publishing problem. 2020. Disponibil la: https://www.enago.com/academy/fake-co-author-new-publishing-problem/ (accesat: 32 aprilie 2021)
11. Biagioli, M. "A new form of plagiarism:" When researchers fake co-authors' names. Aprilie 23, 2019. Disponibil la: https://retractionwatch.com/2019/04/23/a-new-form-of-plagiarism-when-researcher-fake-co-authors-names/ (accesat: 32 aprilie 2021)
12. Olivieri, N.F., Brittenham, G.M., McLaren, C.E., Templeton, D.M., Cameron, R.G., McClelland, R.A., Burt, A.D., Fleming, K.A. „Long-term safety and effectiveness of iron chelation therapy with oral deferiprone in patients with thalassemia major". *The New England Journal of Medicine*, 1998,vol.339, nr.7,p.417–428. DOI:10.1056/NEJM199808133390701
13. Viens, A.M., Savulescu, J. Introduction to The Olivieri symposium. *Journal of Medical Ethics*, 2004, vol.30, nr.1, p.1-7. DOI: 10.1136/jme.2003.006577
14. Alberts, B. Impact factor distortions.*Science*, vol.340, nr.6134, p.787 (2013). DOI:10.1126/science.1240319
15. Berenbaum,M.R.Impact factor impacts on early-career scientist careers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2019,vol.116, nr.34,p.16659–16662.DOI: 10.1073/pnas.1911911116

EVALUAREA PRIN EXPERȚI („PEER-REVIEW”). O ATITUDINE ETICĂ PRIN EXCELENȚĂ

Mircea Leabu[1,2],Mihail Eugen Hinescu[1,3]
[1]Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare „Victor Babeș”, București
[2]Centrul de Cercetări în Etică Aplicată, Facultatea de Filozofie, Universitatea din București
[3]Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București
mircea.leabu@ivb.ro, mircea.leabu@gmail.com

Expunere de motive

Orice profesiune are nevoie de generozitatea celor implicați în dezvoltarea ei; nu doar ideatică (asta implică profesionalismul membrilor breslei), ci și materială. (Dezvoltarea are nevoie de eforturi financiare care nu sunt întotdeauna la îndemâna societății – fără să ne referim la disponibilitatea politicului de a înțelege această nevoie, disponibilitate deficitară oricând și oriunde – dar eforturile pot fi la îndemâna profesioniștilor, prin renunțare la unele câștiguri bănești.) Departe de noi combaterea liberalismului, cu maxima sa că orice efort trebuie răsplătit. Răsplata, însă, nu trebuie întotdeauna înțeleasă mercantil, iar împotriva mercantilismului militäm, în spiritul în care înțelegem destinul umanitar al omenirii. În acest sens înțelegem datoria (percepută kantian) profesioniștilor de a se implica în verificarea utilității (în spirit millian) publicării rezultatelor activității de cercetare în toate domeniile, în general, respectiv în domeniul biomedical, în contextul eseului nostru. Opinia (**δόξα** – doxa, în sensul începuturilor filosofiei grecești) profesioniștilor în evaluarea rezultatelor și a modului de prezentare și interpretare a acestora este de impact asupra științei (**ἐπιστήμη** – episteme), ca dezvoltare a cunoașterii în contextul actual al accesibilității la informație pentru un public mai mult sau mai puțin instruit, dar educat. De aceea, responsabilitatea profesioniștilor capătă o greutate deontologică, iar aceasta trebuie să depășească orice interes material, în general, respectiv bănesc, în particular. Pe o asemenea abordare se bazează și implicarea experților (adică a egalilor în competență) în etica publicării. Există o dublă perspectivă aici: pe de o parte, un material, al oricărui cercetător, care trece de evaluare și este publicat, primește o validare *ab initio*, iar, pe de altă parte, orice profesionist este încrezător că textul de specialitate este credibil. Această trecere a activității academice a indivizilor sau grupurilor (idei, proiecte, rezultate ale cercetării, concepte) prin furcile caudine ale criticii colegilor de breaslă se cunoaște sub denumirea din limba engleză „peer-review”, dificil de tradus în românește printr-o sintagmă sugestivă, dar succintă

și clară, deși „evaluare prin experți" ar fi ușor de înțeles de către oricine. Vom folosi, de aceea, expresia din limba de origine, cu atât mai mult cu cât limba română este foarte generoasă și aptă în a prelua termeni din alte limbi și a-i muta repede dinspre barbarisme către uzanță. Așadar, dacă ar fi să încercăm o definiție a expresiei, „peer-review" reprezintă un proces colegial de supunere a muncii academice (materializate într-un material scris, de ex. manuscris sau proiect de cercetare) unui control de calitate (în sensul încrederii pentru dezvoltarea cunoașterii) exercitat de către persoane egale din perspectiva experienței profesionale, înainte de a fi date publicității. De fapt, sensul inițial al termenului, așa cum era când a apărut ideea acestui tip de verificare, poate fi foarte bine exprimat în latină: *inter pares* – între egali.

Repere istorice ale ideii de „evaluare prin egali"

Suntem tentați să considerăm că supunerea la critică a ideilor și acțiunilor semenilor a însoțit obiceiurile omenirii încă de la apariția ei. Cert este că, dacă ar fi să ne referim la izvoare documentate, în Grecia antică, agora (**ἀγορά** – piață publică) reprezenta un loc în care oamenii polisului (**πόλις** – oraș cetate) dezbăteau problemele, cu intenția de a găsi răspunsuri și soluții. Există dovezi că până prin anii 100 d.Hr. textele biblice au fost într-o continuă rescriere, iar această rescriere, prin copiere, era supusă unui proces de evaluare cu scopul „îmbunătățirii" originalului [1], atât sub aspectul subiectivismului copistului, cât și în sensul aducerii mai aproape de doctrina religiei creștine. Se pare că primele informații documentate despre evaluarea prin egali (nu în scop de diseminare a rezultatelor activității, totuși) sunt cele din ceea ce ar reprezenta și prima carte de etică medicală, „Etica medicului" (Adab al-Tabib), a învățatului arab Ishāq bin Ali al-Rohawi (854–931 d.Hr.). Conform celor menționate în carte, medicii acelor vremuri și din acele locuri din Asia mică (nordul Siriei și actuale areaaluri din Turcia) aveau datoria de a-și nota informații legate de starea pacienților după fiecare vizită, respectiv tratament, iar notițele erau evaluate de ceea ce ar fi fost un consiliu local al medicilor care astfel decidea asupra profesionalismului celui verificat [1, 2, 3].

Mai târziu, odată cu dezvoltarea științei prin crearea metodei de cercetare și prin apariția primelor reviste care au publicat sistematic rezultate ale cercetărilor timpului, consultarea experților cu privire la ce merită publicat și ce nu a devenit un obicei curent (asta și din grijă pentru spațiul editorial care, în acele vremuri, era foarte prețios). Prima revista considerată a fi oficializat activitatea „peer-review" este „*Philosophical Transactions of the Royal Society*", iar acest lucru se întâmpla în 1665, cu scopul de a ajuta editorii în deciziile lor și nu reprezenta o evaluare

profesională a validității cercetării. Abia peste aproape un secol, aceeași revistă a început să opereze cu evaluarea prin experți pentru conținutul materialelor primite în vederea publicării. Procesul a fost deosebit de dificil până către sfârșitul de secol XIX, când „multiplicarea" materialelor a devenit mai accesibilă, astfel încât 3-5 copii (obținute la indigo) puteau fi puse simultan la dispoziția evaluatorilor. Abia către jumătatea secolului al XX-lea procesul „peer-review" s-a conturat în standardele care operează și acum, deși se fac eforturi deosebite de a se adapta activitatea de evaluare la dinamica actuală de circulație a informațiilor, de sporire a nevoii de comunicare prin publicare a rezultatelor cercetării științifice și de avansare a cunoașterii.

Fundamentele și reperele generale ale procedurii „peer-review"

Considerăm evaluarea prin egali (activitatea „peer-review") una impregnată de fibră etică, prin excelență. În primul rând pentru că se bazează pe implicarea din generozitate și cu generozitate a membrilor mediului academic, fără alt țel decât ajutorarea onestă a colegilor în a produce muncă de calitate, utilă dezvoltării cunoașterii. Așadar, dacă ar fi să analizăm prin prisma eticii deontologice în viziunea kantiană, activitatea „peer-review" este etică pentru ca are la bază o voință bună. Fundamentarea etică a activității se poate face și în tradiție utilitaristă deoarece o știința de calitate creează un bine maxim pentru omenire (număr maxim de persoane).

Ca persoane cu vechime în munca de cercetare, considerăm că activitatea „peer-review" începe cu mult înainte de etapa de publicare a rezultatelor. Nu ne referim aici la faptul că finanțarea proiectelor se face după supunerea propunerilor unor evaluări aferente competițiilor de câștigare a resursei financiare. Ne referim la obiceiul de a desfășura întâlniri de raportare a progreselor activității de cercetare în fața colegilor, acestea petrecându-se în orice laborator/instituție ce se respectă. Asemenea acțiuni sunt primele de analiză a activității de cercetare. Din dezbaterile ce au loc în cadrul acestor întâlniri, rezultă primele oportunități de îmbunătățire a muncii, astfel încât din echipa instituțională să iasă materialele cele mai bune. Deja, când se ajunge în etapa de a trimite un manuscris spre publicare, o primă optimizare a existat. Asta nu înseamnă că lucrurile se simplifică (Fig. 1). Procesul „peer-review" este unul care implică multe părți interesate (autori, editori, membri ai mediului academic ce se implică în evaluare), necesită rigurozitate și responsabilitate din partea tuturor, cu scopul de a conferi încredere față de noutatea în cunoaștere și de a menține informația din literatura de specialitate ca o platformă sigură pentru dezvoltarea pe mai departe.

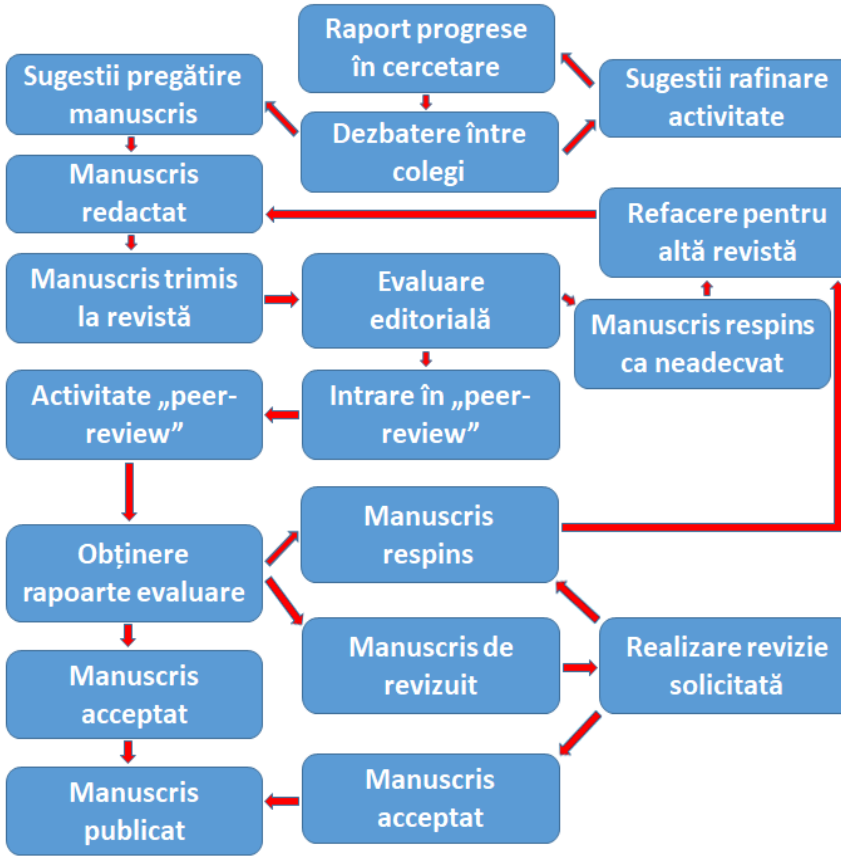

Figura 1. Calea către publicarea rezultatelor cercetării și pașii controlului de calitate.

Cu toate bunele practici adoptate de-a lungul timpului prin dezbaterea internă a cercetărilor din diferite instituții, în continuare greutatea cade pe evaluarea aferentă procesului de decizie pentru publicare a unui manuscris trimis la o revistă de specialitate.

Activitatea „peer-review” are două ținte de bază: (i) filtrarea manuscriselor pentru a asigura publicarea rezultatelor de cercetare de cea mai bună calitate, prezentate în cea mai adecvată formă; (ii) îmbunătățirea calității celor mai bune manuscrise, demne de a fi publicate. Deși nu acesta este scopul procesului „peer-review”, practica a dovedit că, de multe ori, analiza manuscriselor, în comunitatea științifică bine informată, are și avantajul că pot fi depistate tentative de plagiat și/sau auto-plagiat.

În standardele procedurilor „peer-review” există trei abordări uzuale: (i) evaluarea transparentă („open review”) – atât identitatea autorilor, cât și a evaluatorilor sunt devoalate de la începutul procesului; (ii) evaluarea în orb pe jumătate („single-blind review”) – doar autorii sunt cunoscuți, în timp ce identitatea evaluatorilor este confidențială; (iii) evaluarea în (dublu) orb („double-blind review”) – atât identitatea autorilor, cât și cea a evaluatorilor sunt confidențiale (doar editorul are control asupra acestor informații). Dincolo de aceste trei tipuri de activitate „peer-review”, dorința de adaptare la realitatea sporirii fără precedent a nevoii de publicare și la creșterea explozivă a numărului de reviste (mai ales cele cu apariție exclusiv online), în contextul societății informaționale în care am intrat, au determinat încercări de acomodare a controlului calității activității de cercetare și rezultatelor comunicate, așadar a capacității de evaluare prin egali [4, 5]. Una dintre aceste inițiative, care ar putea avea sorți reali de izbândă, este **evaluarea după pre-publicare**. Există reviste nou-înființate, cu apariție online, care postează manuscrisele pe website imediat ce le primesc și desfășoară o activitate de evaluare la vedere, fără impunerea de criterii specifice, dar cu urmărirea scopului clar: îmbunătățirea lucrării. După aceea, revistele selectează acele articole care reies a fi relevante ca urmare a evaluărilor disponibile, publicându-le în cadrul unor volume și numere, corespunzător tipicului lor editorial [3].

Este recunoscut atât pe considerente empirice, cât și pe baza unor studii destinate că toate procedurile „peer-review” au propriile avantaje și dezavantaje și că nu există niciuna care să nu fie afectată de erori [3, 5, 6]. Acest lucru trebuie să fie clar editorilor revistelor, care pot și trebuie să identifice soluții în a diminua efectele nefericite cu impact atât asupra cercetătorilor, cât și asupra accesului la dezvoltarea cunoașterii.

Evaluarea transparentă pare a fi cea mai corectă sub aspectul eticii profesionale. Totuși, atunci când moralitatea celor implicați prezintă slăbiciuni, evaluările riscă să fie superficiale pe considerentul eliminării complicațiilor în relațiile dintre colegii de breaslă. Acest mod de evaluare ar avea nevoie de caractere puternice, care să fie lipsite de suficiență, de orgolii sau vanități deșarte, respectiv să fie conștiente că mai multe inteligențe puse la lucru duc la găsirea de soluții mai bune. Cei implicați trebuie să plece de la premiza că nimic personal nu se introduce în dezbatere și că o critică între profesioniști nu este un atac la persoană.

De fapt și celelalte modalități de „peer-review” au nevoie de caractere morale puternice ale celor angajați în activitate. De aceea, afirmăm că activitatea „peer-review” este (trebuie să fie) etică prin excelență. Argumente pot fi aduse și dacă ar fi să enumerăm calitățile pe care trebuie să le îndeplinească un evaluator implicat în valorizarea, ca egal, a muncii unui coleg.

Există un decalog elaborat în acest sens [7], pe care îl vom parafraza în cele ce urmează, adresându-ne direct oricui se află în ipostaza de evaluator:

1. ***Să fie profesionist***. Aceasta înseamnă responsabilitatea de a acționa ca un egal cu drepturi și obligații egale. Așa cum fiecare om de știință așteaptă implicarea cu onestitate a egalilor în activitatea „peer-review", din postura de autor, fiecare referent potențial ar trebui să o facă pentru ceilalți.
2. ***Să fie politicos***. Dacă lucrarea este de slabă calitate nu trebuie făcute remarci *ad hominum*, care să poată fi apreciate ca atac la persoană. Orice respingere a unei lucrări trebuie argumentată clar, cu justificări științifice. Nu trebuie folosite exprimări care nu ar fi folosite într-un dialog față în față, cu autorii. Nu ajută la nimic.
3. ***Să fie atent la conținutul invitației de evaluare***. Lectura atentă a textul invitației impune acțiuni pe căile menționate acolo (de exemplu, nu se răspunde prin replică la mesajul electronic, ci prin accesarea site-ului menționat,de regulă). Nu este necesară detalierea motivației deciziei privind implicarea în evaluare, mai ales dacă este una negativă.
4. ***Să fie util***. Nu se fac observații critice fără a oferi sugestii de remediere a deficiențelor identificate în manuscris (e ușor de criticat,dar mai dificil de oferit idei pentru o calitate mai bună [8]; efortul trebuie, însă, făcut). Rostul unui raport de evaluare este să ajute autorii să îmbunătățească lucrarea, nu doar să ghideze editorul dacă să o accepte sau să o respingă. Evident, chiar atunci când strădania de a fi corect este vizibilă, subiectivismul nu poate fi eliminat.
5. ***Să fie mereu în contextul științific***. Menirea evaluatorului este, în primul rând, una științifică și mai puțin una editorială (destinată analizării formei lucrării ori facilitării deciziei). Nu se va insista pe aspecte de formă (de exemplu, dacă se identifică slăbiciuni de dactilografie, de sintaxă sau de altă natură gramaticală,se va recomanda doar o verificare lingvistică). Accentul se pune pe valoarea științifică a manuscrisului, pe identificarea slăbiciunilor de abordare experimentală, metodologice, de prezentare și interpretare a rezultatelor cercetării și pe sugerarea modalităților de îmbunătățire.
6. ***Să respecte termenul de evaluare.*** Oricărui autor îi place o evaluare rapidă. Echipa editorială a revistei dorește la fel. Termenul înseamnă un angajament luat, iar respectarea acestuia va conduce la creșterea respectului dobândit, cel puțin în fața editorilor. Gestionarea atentă a situațiilor excepționale (pot apărea circumstanțe majore care să dea peste cap planurile referentului), contribuie la facilitarea misiunii dificile a echipei editoriale și poate preveni întârzierea deciziei editoriale.

7. ***Să fie realist***. Nu se va încerca niciodată (prin pretențiile referentului) să se transforme cercetarea în altceva decât s-a încercat să fie. Nu se vor cere experimente suplimentare decât dacă acestea sunt absolut necesare scopului propus al lucrării și concluziilor care sunt trase pe baza rezultatelor. E drept că editorii pot ignora (din motive bine întemeiate), unele cerințe ale evaluatorilor, dar nu se va abuza de acest fapt;se pot crea situații inconfortabile între toate părțile procesului.
8. ***Să fie empatic***. Cel mai bun raport de evaluare este acela care împinge lucrurile înainte, nu unul care le blochează. Evaluarea trebuie să ajute autorii și să fie respectuoasă și elegantă în exprimare, oricât de critică ar fi.
9. ***Să fie deschis***. Acceptarea evaluării unui manuscris care nu se potrivește foarte exact cu experiența referentului (editorii, prin politica lor, au nevoie și de păreri ale unor personalități neutre)trebuie să fie motivată de încercarea de a contribui cu sugestii pentru ca lucrarea să devină utilă și celor din domeniul strict în care se poziționează referentul științific, adică unor cercetători din alte domenii.
10. ***Să fie organizat***. Un raport de evaluare trebuie să fie bine structurat, de o manieră logică și redactat într-un limbaj clar și, pe cât posibil, concis (mai ales atunci când platformele editoriale nu impun anumite formate și idei de urmărit). Se începe cu aprecierea generală asupra importanței cercetării și rezultatelor obținute și raportate, apoi sunt prezentate sugestii concrete pentru îmbunătățirea lucrării (inclusiv dacă este nevoie de verificarea textului pentru acuratețea lingvistică) și se va menționa explicit dacă sunt îndreptățite interpretarea rezultatelor și concluziile trase.

În lumina acestor calități, pot fi desprinse responsabilitățile evaluatorului implicat în activitatea „peer-review" (Fig. 2). Există în acestea un echilibru între răspunderea științifică și cea morală, legată de etica profesională, iar acest echilibru îl putem considera a caracteriza profesionalismul în lumea academică, în general, respectiv în cercetarea științifică, în particular.

Criticile uzuale aduse procesului „peer-review"

Nu ne vom referi aici la criticarea faptului că la multitudinea de reviste apărute ca ciupercile după ploaie (toate pretinzând că militează pentru publicarea de cercetări de calitate, pe baza unor procese de evaluare riguros conduse), multe nici măcar nu se preocupă de citirea atentă la nivelul editorilor a manuscriselor, publicând din dorința de a câștiga mulți bani, exploatând apetitul de publicare al membrilor lumii academice, uneori stimulat artificial (a se vedea sloganul „publish or perish").

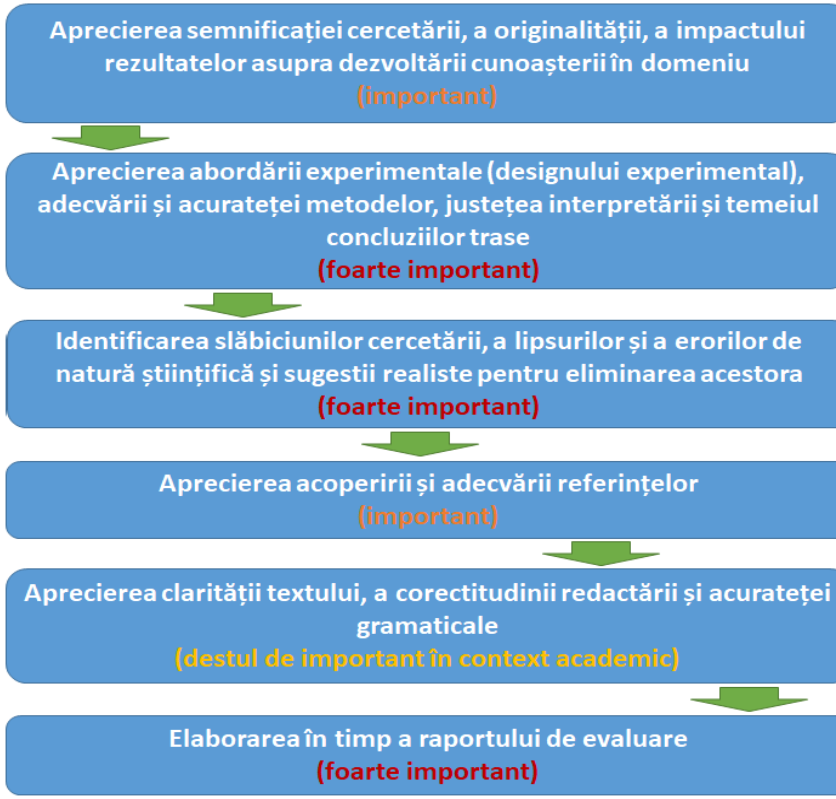

Figura 2. Responsabilitățile evaluatorilor unui manuscris și ponderea lor (răspundere științifică și etică deopotrivă).

Vom aborda doar criticile aduse procesului care se desfășoară [3], acolo unde se desfășoară (ne place să credem că este regula în activitatea de publicare academică).

Critica majoră este aceea că nu există suficiente dovezi că procesul este într-adevăr eficient în selectarea literaturii științifice de calitate (mai ales dacă privim prin prisma raportului dintre calitate și timpul necesar publicării) și imbatabil în detectarea erorilor [6, 9]. În categoria erorilor care nu sunt detectate s-ar încadra și critica referitoare la neidentificarea sistematică a plagiatului, însă acest lucru, după părerea noastră, nu intră explicit în îndatoririle evaluatorilor. Totuși, lupta împotriva plagiatului reprezintă o responsabilitate a editorilor și, de aceea, se urmărește eficientizarea procedurilor de identificare a acestor situații de atitudine

etică necorespunzătoare în publicarea academică, prin computerizarea activității, cu acoperirea exhaustivă a bazelor de date care pot fi consultate în materie.

O critică ce vine la pachet cu cea majoră este legată de întârzierile care se produc în publicarea rezultatelor, chiar a celor valoroase, deoarece procesul este departe de a fi manevrat eficient, implicând un număr mare de participanți, greu de înregimentat în niște termeni foarte strânși (din multe puncte de vedere și considerente).

O altă critică este adusă pentru faptul că există contexte în care activitatea „peer-review" este lăsată pe locul al doilea, cum ar fi publicațiile aferente manifestărilor științifice, unde din motive financiare lucrările sunt acceptate fără o evaluare profesională. După părerea noastră, această critică poate fi doar prin ricoșeu adusă activității în sine deoarece ține de atitudinea organizatorilor de manifestări și de interesele acestora, inclusiv (sau mai ales) bănești. Nu susținem că nu este îndreptățită această critică, ci doar că nu este îndreptată în direcția corectă.

De mare impact este critica privind dinamica dezvoltării cunoașterii. Este cea privind faptul că evaluarea prin egali (tributari unor anumite viziuni științifice) frânează afirmarea ideilor noi, deosebite, care vin în contradicție cu conceptele și convingerile unanim acceptate de comunitatea științifică, în contextul de dezvoltare în care se găsește. Da, această critică este îndreptățită și ideile noi pătrund cu dificultate în mentalul colectiv. Reamintim însă că una dintre calitățile necesare unui evaluator este și aceea de a fi deschis, iar aici putem completa formularea prin: „să fie deschis la minte". Numai că asemenea evaluatori pot fi mult mai greu de găsit. Important este că ne dăm seama de această limită, ceea ce reprezintă primul pas în a găsi soluții de îmbunătățire a procesului.

Altă critică reprezintă, de fapt, o constatare a unei realități: numărul de evaluatori într-adevăr competenți este mult mai mic decât necesarul, la dinamica de publicare care se înregistrează în societatea noastră informațională. Corelat cu faptul că ideea spațiului editorial limitat a devenit desuetă, apare întrebarea: chiar mai este necesară evaluarea de tip „peer-review"? Noi considerăm că, cel puțin până la deprinderea tuturor de a gândi cu propria minte, este nevoie de ghidarea experților în a aprecia credibilitatea și valoarea informațiilor. Acesta este și motivul pentru care majoritatea membrilor lumii academice, cu toate dezavantajele pe care le evidențiază criticile amintite mai sus,văd activitatea „peer-review" ca binevenită, preocupându-se și susținând (fiecare după putința lui) îmbunătățirea procedurii și adaptarea ei la realitatea științifică a începutului de mileniu trei. Pozitiv este faptul că numărul celor dispuși să se implice onest și eficient în proces este semnificativ, cel puțin în domeniul cercetării biomedicale.

Concluzii

Firile mai războinice definesc procesul „peer-review" drept „o luptă în câmp deschis care are drept premiu final cunoașterea, știința sau învățătura care urmează să fie publicate" [1]. Lupta se desfășoară între autori, pe de o parte, respectiv editori și critici/evaluatori (adică egalii autorilor), pe de altă parte, iar din această dispută toată lumea are de câștigat. Noi vedem procesul a fi, mai degrabă, o dezbatere între profesioniști responsabili, iar rezultatul este încrederea crescută în ceea ce ne comunicăm unii altora sau publicului larg, mai ales în contextul societății informatice în care am intrat cu impetuozitate la începutul mileniului trei. Cert este că oricare ar fi argumentările pro și contra, cercetătorii trebuie să își însușească această realitate, să o înțeleagă, să se educe în spiritul că nu toată lumea gândește la fel (în consecință ca ei), să privească cu înțelepciune criticile fără a le translata la nivelul abordărilor personale, pline de subiectivism (nu are nimeni nimic cu nimeni) și să transforme orice neajuns într-un avantaj, ieșind „pe piață" cu lucruri de valoare incontestabilă. Este dificilă o asemenea abordare? Probabil. Dar aceasta este menirea educației și instruirii în etica profesională, iar evaluarea între egali este o activitate prin excelență etică și se preconizează a fi făcută de caractere morale puternice.

Bibliografie

1. Spier, R. The history of peer-review process. *Trends in Biotechnology*, 2002, vol.20, nr.8, p.357-358. DOI: 10.1016/s0167-7799(02)01985-6
2. Al Kawi, MZ.History of medical records and peer review. *Annals of Saudi Medicine*, 1997, vol.17, nr.3, p.277–278. DOI: 10.5144/0256-4947.1997.277
3. Kelly, J., Sadeghieh, T., Adeli, K.Peer Review in Scientific Publications: Benefits, Critiques, & A Survival Guide. *Electronic Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine – EJIFCC*, 2014, vol.25, nr.3, p.227–243. PMID: 27683470, PMCID: PMC4975196
4. Feliciani T, Luo J, Ma L, Lucas P, Squazzoni F, Marušić A, Shankar K. A scoping review of simulation models of peer review. *Scientometrics*, 2019,vol.121, nr.1, p.555-594. DOI: 10.1007/s11192-019-03205-w
5. Kovanis, M., Trinquart, L., Ravaud, P., Porcher, R. Evaluating alternative systems of peer review: a large-scale agent-based modelling approach to scientific publication. *Scientometrics*, 2017, vol.113, nr.1, p.651-671. DOI: 10.1007/s11192-017-2375-1
6. Jefferson, T., Alderson, P., Wager, E., Davidoff F. Effects of Editorial Peer Review: A Systematic Review.*Journal of the American Medical Association – JAMA*, 2002, vol.287, nr.21,p.2784-2786.DOI:10.1001/jama.287.21.2784
7. Lucey B.Peer Review: How to Get It Right – 10 Tips. *The Guardian. Web*, 2013. Disponibil la: http://www.theguardian.com/higher-education-network/blog/2013/sep/27/peer-review-10-tips-research-paper (accesat: 25 iunie 2021)

8. Leabu, M. The ethics of claiming in profession and society. *Ethics in Biology, Engineering and Medicine – An International Journal*, 2019, vol.10, nr.1, p.51-60. DOI: 10.1615/EthicsBiologyEngMed.2020033901
9. Ware M. Peer Review: Benefits, Perceptions and Alternatives. *PRC Summary Papers*, 2008, vol.4, p.4-20. Disponibil la: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.214.9676&rep=rep1&type=pdf (accesat: 25 iunie 2021)

CONSIDERAȚII FINALE

Unul dintre coordonatorii acestei cărți scria într-un eseu,[1] dintr-un alt volum cu țintire către etica pedagogică și a cercetării științifice, referindu-se la educația la începutul mileniului al treilea, că nu ar fi rău să ne jucăm în școală, cu scopul de a obișnui discipolii să gândească năstrușnic, de-a lumea pe dos. Gândindu-ne la acest îndemn, ne putem întreba: cum să concepem o secțiune de considerații finale dintr-o carte, plecând de la premiza că vreun cititor ar începe lectura chiar de aici? Credem că răspunsul la această întrebare și procedarea la redactarea în acest sens nici nu sunt departe de standardele obișnuite a ceea ce s-ar vrea să fie o secțiune a considerațiilor finale. Deci, misiunea în a ne juca de-a lumea pe dos se simplifică, deoarece lumea pe dos, în acest context, favorizează scopul secțiunii: mesajele de luat acasă; adică acele esențe care se pot extrage din parcurgerea cu atenție, răbdare și interes a cărții. Un curios, de genul celui amintit, ar profita de inspirația coordonatorilor în a trage concluzii, presupunând că aceasta ar exista.

Un prim câștig al cititorului volumului considerăm că ar fi acela de a simți că, în ciuda complexității problemelor de etică profesională ridicate de lumea contemporană, comportamentul moral ne stă la îndemână. E drept că punctul de plecare ar trebui să fie cultivarea unui caracter puternic de fiecare dintre noi, în noi înșine. Să fie ceva nou aici? Nici pe departe. Așa ceva se practica în Academia lui Platon și în Lykeion (Λύκειον) al lui Aristotel. Numai că pe atunci, am îndrăzni să spunem, cultivarea comportamentului etic era mai facilă, deoarece nu existau atâtea „tentații" care să abată beneficiarii de la calea spre țintă. Am putea spune că astăzi cultivarea caracterului moral trebuie să se bazeze pe un caracter puternic, aflat în față. Aici, am putea pleca de la o ipoteză care ar parafraza ceea ce afirma, în timpul unei vizite la „Centrul de cercetare în etică aplicată" din București, Kenneth Binmore: avem corectitudinea în gene. Chiar dacă această afirmație pare contradictorie cu ceea ce susține Richard Dawkins,în cartea sa „Gena egoistă", putem miza pe faptul că adevărul se află undeva, la mijloc, între cele două extreme care s-ar crea prin absolutizarea a două ipoteze: **omul este, în esența sa, bun** *versus* **omul este, în esența sa, rău**. Așadar, admițând calea de mijloc, avem germenele comportamentului moral în constituția noastră biologică (am spune socio-biologică, mai degrabă, deoarece umanitatea din noi, deci și

[1] Leabu, M., Leabu, M. Educația în zorii mileniului al III-lea. Încărcătura etică. În: *Etică și integritate în educație și cercetare*" (coordonatori Antonio Sandu, Bogdan Popoveniuc). București: Tritonic, 2018, pp. 40-64. ISBN: 978-606-749-398-6 Pentru cei interesați, eseul este disponibil la: http://www.mircea-leabu.ro/wp-content/uploads/2015/02/EticaInceputMileniuTrei-txt-B5.pdf (accesat 19 august 2021)

caracterul puternic, nu se exprimă decât în contextul social), astfel încât premisa educării morale are un fundament în străfundul omului. În consecință, eseurile adunate – prin grija coordonatorilor – în acest volum pot fi o pledoarie pentru ideea că, deși etica profesională este provocatoare și adesea dificilă, soluțiile de a ne păstra moralitatea ne sunt la îndemână.

Un al doilea mesaj de ținut minte este cel legat de tendința de globalizare a eticii, care nu este străină de cea de globalizare a societății pe Pământ, acum în primele decenii ale secolului XXI. În ciuda dezbaterilor și încercărilor de a lupta împotriva fenomenului globalizare, care merge cu necesitate înainte, ca un tăvălug, acesta este o realitate și se datorează dezvoltării științei și tehnologiilor. Am putea remarca faptul că există diferențieri semnificative între ceea ce ar putea fi globalizarea eticii la nivel social (unde se discută, pe bună dreptate, despre păstrarea diversității culturale, ceea ce ar reprezenta un paradox, aparent fiind vorba de o contradicție între globalizare și diversitate) și globalizarea eticii profesionale. Considerăm că etica profesională unitară este mai ușor de țintit, deoarece în știință nu există diversitate de abordare, sau nu există o asemenea diversitate care să se manifeste semnificativ, așa cum istoria secolului al XX-lea o demonstrează. Așadar, dacă este să ne așteptăm într-un viitor previzibil la globalizarea eticii, acest lucru se va întâmpla cu etica profesională, în general, și cu bioetica (personajul principal al volumului), în particular. Eseurile din carte se constituie ca avocați ai inexorabilității acestui proces.

Un al treilea mesaj către cititori ar fi cel legat de problema vulnerabilității vieții, în general, și a celei a speciei umane, în particular. Iată, problema vulnerabilității omului, a vieții pe pământ, a biosistemelor și ecosistemelor (biosfera) prin echilibrele de care au nevoie și pe care efectele antropogene le afectează, este una globală, adică una care trebuie abordată la nivel planetar. Eseurile din volum sunt o dovadă a faptului că dincolo de vulnerabilitatea intrinsecă a vieții, omul a fost și este capabil să sporească vulnerabilitatea pe Terra, dacă nu se trezește să conștientizeze pericolul și să acționeze responsabil. Dincolo de asta, soluțiile, pe care bioetica le poate sugera în diminuarea vulnerabilității vieții, vin în întâmpinarea avertismentului pe care Constantin Noica ni-l atenționa în prima jumătate a secolului trecut, în cartea sa „Mathesis sau bucuriile simple": „Dacă faci pentru individ, moare speța. Dacă faci pentru ziua de azi, compromiți ziua de mâine."[2] Sună cinic pentru umanismul nostru acest avertisment, dar, fără a ne lua precauțiile necesare, această lege a naturii,definită prin avertismentul lui Noica, pare a se aplica cu necesi-

[2] Constantin Noica. Mathesis sau bucuriile simple. București: Humanitas, 1992. p.53. ISBN 973-28-0321-5

tate. Însă, conștientizând legea (înțelegând necesitatea respectării ei) și folosind dezvoltarea cunoașterii în biomedicină și a tehnologiilor relevante, rămânând totodată, ca profesioniști, sensibili la standardele bioeticii, medicina actuală poate face pentru individ, fără să amenințe specia și fără a compromite viitorul omenirii prin sporirea vulnerabilităților.

Un ultim mesaj asupra căruia vrem să atenționăm cititorii că ar merita reținut, este cel legat de capacitatea tuturor de a contribui la atitudinea etică, fie ea profesională, fie socială. Membrii lumii academice (studenți, profesori, cercetători), prin educarea și cultivarea caracterelor puternice, pot contribui la depășirea problemelor pe care omenirea le are în acest început de mileniu al treilea. Cu toții suntem (sau ar trebui să fim) exemple și modele (e drept că se poate și exemple de „așa da", dar și de „așa nu"; în final, tot modele rămânem). Vocația, o condiție ce ar trebui să caracterizeze orice membru al acestei lumi, ar fi aceea care să ne ajute să conștientizăm ce ne impune condiția noastră profesională. Dezvoltarea istorică a dus omenirea tot mai aproape de dezideratul libertății individuale (transpuse din numenal, în fenomenal).Trebuie, însă, să ne asumăm faptul că libertatea vine la pachet cu obligații, cu responsabilități, chiar și în epoca post-datorie în care unii susțin că am fi intrat. Noi considerăm că rămânem datori umanității din noi, adică acelei condiții care ne ridică deasupra stării animale dinspre care venim și de care avem datoria să ne desprindem, oricât de mult ar mai fi de mers și oricât de mare efort ar presupune aceasta. Moralitatea din noi și cultivarea ei permanentă ar trebui să ne dea puterea.

Mircea Leabu, Vitalie Ojovanu

București, Chișinău, august 2021