



STUDIA UNIVERSITATIS
BABEȘ-BOLYAI



BIOETHICA

2/2012

**STUDIA
UNIVERSITATIS BABEŞ-BOLYAI
BIOETHICA**

**2/2012
July - December**

EDITORIAL BOARD

EDITORIAL OFFICE: 68th Avram Iancu Street, Cluj-Napoca, Romania, Phone: +40 264 405300

EDITOR-IN-CHIEF:

Prof. Dr. Ioan CHIRILĂ, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

ASSISTENT EDITOR-IN-CHIEF:

Conf. Dr. Ştefan ILOAIE, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

SECRETARY OF THE EDITORIAL BOARD:

Lect. Dr. Maria ALUAŞ, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

MEMBERS:

Prof. Dr. John BRECK, St. Sergius Orthodox Theological Institute in Paris, France and Director of the Saint Silouan Retreat Center on Wadmalaw Island, South Carolina, USA

Prof. Dr. Hans SCHWARZ, Faculty of Protestant Theology, Regensburg, Germany

IPS Prof. Dr. Andrei ANDREICUŢ, Metropolitan of Cluj, Alba, Crişana and Maramureş, Romania

PS Vasile SOMEŞANUL, Vicar Bishop, Archdiocese of Vad, Feleac and Cluj, Romania

Prof. Dr. Nicolae COMAN, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Prof. Dr. Octavian POPESCU, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Conf. Dr. Adrian PĂTRUŢ, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Conf. Dr. Mircea-Gelu BUTA, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Lect. Dr. Szidonia KISS, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Lect. Dr. Visky BÉLA, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Lect. Dr. Liviu JITIANU, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Lect. Dr. Călin SĂPLĂCAN, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Lect. Dr. Liviu Marius HAROSA, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

<http://bioetica.orth.ro/>

www.studia.ubbcluj.ro

YEAR
MONTH
ISSUE

Volume 57 (LVII) 2012
DECEMBER
2

S T U D I A
UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI
BIOETHICA

2

Desktop Editing Office: 51ST B.P. Hasdeu, Cluj-Napoca, Romania, Phone + 40 264-40.53.52

CUPRINS – CONTENT – SOMMAIRE – INHALT

ȘTEFAN ILOAIE, Editorial: Viața din trup – limita și șansa bioeticii 5

STUDII

LIVIU JITIĂNU, Reducția antropologică. Fundătura (sau șansa) teologiei? *
Anthropological Reduction. Theology's Dead End (or Its Chance)? 11

ADINA REBELEANU, DANIELA ȘOITU, Echitatea în sănătate * *Equity in Health System* 19

SIMONA ȘTEFANA ZETEA, Pe muchie de cuțit. Dreptul la viață / dreptul la moarte.
Principii pentru utilizarea unor mijloace terapeutice proporționate * *On the
Edge. The Right to Life / The Right to Die. Principles for the Use of the Therapeutic
Proportionate Cure* 29

IRINA CEHAN, Migration of Health Professionals: Social Responsibility and Right
to Freedom of Movement..... 47

MIRCEA GELU BUTA, LILIANA BUTA, Eutanasia ca intenție * *Euthanasia as Intention*..... 57

ANDRADA PÂRVU, ȘTEFANA MOISA, RODICA GRAMMA, ANGELA ENACHE, SILVIA
DUMITRAS, GABRIEL ROMAN, CHIRIȚĂ RADU, BEATRICE IOAN, Inutilitatea
tratamentului medical la finalul vieții * *The Inutility of the Medical Treatment
at the End of Life* 63

| | |
|--|----|
| MARIA ALUAȘ, Definiții, principii și fundamente ale bioeticii contemporane * <i>Definitions, Principles and Fundaments of the Contemporary Bioethics</i> | 75 |
| IONUȚ BELDEAN, Determinismul genetic. Ereditate cauzală sau șansa unei noi antropologii * <i>Genetic Determinism. Causal heredity or the Chance of a New Anthropology</i> | 85 |

DOCUMENTE BIOETICA

| | |
|--|----|
| UNESCO: Life as a Technological Project: the Need for Responsibility and Social Ecology | 95 |
|--|----|

ȘTEFAN ILOAIE

Editorial:

Viața din trup – limita și șansa bioeticii

Niciodată nu s-a pus atât de acut problema morală asupra înseși existenței vieții umane ca în ultimele decenii, de când dezvoltarea tehnologică a făcut posibilă intervenția omului la nivelul aspectelor celor mai importante și mai intime ale vieții umane, prin „instrumentalizarea” actelor definitorii ale vieții: nașterea și moartea. Interogațiile și „răspunsurile” referitoare la problemele etice care privesc intervențiile medicale, aplicarea descoperirilor științifice și tehnologice în medicină sau cele referitoare la limitarea acțiunilor umane în hotărâri referitoare la viață constituie conținutul conceptului bioetic care *a relativizat viața* și care continuă să introducă în lume incertitudine, îndoială și speranță irealistă.

Trăim, astăzi, împlinirea idealului de creare a vieții umane prin mijloacele tehnice, fără contribuția nemijlocită a unuia dintre părinți, și chiar fără a amândurora. Scopurile pentru care „se produce” viață sunt foarte diverse: de la dorința părinților de a avea cu orice preț un copil din trupul lor, până la clonare; aproape totul cade sub interogația fără finalitate a omului postmodern. Fenomenul fără discernământ al creării vieții pune, însă – așa cum domeniul bioeticii ne-a obișnuit deja – nenumărate întrebări: este moral ca omul să decidă, finalist, asupra vieții, mai ales dacă nu este viața sa: când să aibe un copil și când să evite aceasta sau când să decupleze de la aparate? Până unde și până când pot să fie susținute artificial funcțiile vitale ale organismului? Sau: este acceptabilă devansarea momentului morții prin întreruperea funcționării aparatelor de întreținere a respirației și a circulației? Dacă da, în ce condiții, fără ca cineva să fie făcut vinovat de ucidere? În ce condiții obiective este cu adevărat inutilă menținerea supraviețuirii artificiale? Prin aceste practici dezvoltăm și întărim, în sensul ei bun, viața umanității, sau determinăm noi înșine, din prea multa dorință de viață, încheierea și „moartea vieții”, printr-un dezastru?

Sub imperiul tehnicii, viața însăși pare să își piardă din farmecul frumosului simplu, din categoria firescului care merită trăit. Înghesuit mereu de nemulțumirea față de situație – indiferent de natura acesteia – omul își

trăiește viața într-o permanentă așteptare a unor depășiri a depășirilor deja realizate, deoarece ultimele reușite i-au indicat că totul poate fi devansat, că orice limită merită să fie surmontată, că până și implacabila moarte are șanse ca, în sfârșit, să fie, dacă nu eludată, cel puțin îndepărtată până la un moment pe care îl va decide el, „omul-aproape-atoateștăpânitor”.

Numai că acest tip de viață, „viața aceasta”, este, în fond, o „altă viață” față de cea propusă de credință și prin credință. Regăsind valoarea vieții numai în specificul ei teluric, fără transcendentul care să-i confere o finalitate, viața este desprinsă de izvor, de îndumnezeire. Perspectiva creștină asupra vieții indică faptul că ea nu este un bun oarecare, ci este un „dar”, darul cel mai important, suport pentru celelalte valori și cadru în care se realizează valorile. Viața este identică cu existența terestră în care omului i se dau și alte daruri, dar toate se adaugă celui primit mai întâi, toate îl înfrumusețează pe acesta și „locuiesc” în el.

Omul este creator de viață, o transmite generațiilor viitoare prin copiii săi, o face să curgă spre veșnicie. Crearea vieții nu asigură numai perpetuarea neamului omenesc, ci este chiar una dintre soluțiile pentru „înveșnicirea” persoanei și pentru fuga de moarte. Față de veșnicie, viața omului este *o clipă*; nu atât în aspectul cantitativ, de durată, cât în cel calitativ. Clipa de după clipă însumează, cu toate cele care precedente și cu cele care urmează, viața. Însă fiecare clipă ne este dăruită cu scopul de a o face rodnică, de a îi da viață în viața noastră și prin existența noastră.

În legătură cu viața, viziunea creștină asupra bioeticii afirmă *importanța trupului* și a vieții în trup, unitatea dintre natura spirituală și cea corporală, relația indestructibilă dintre suflet și trup. Îndatoririle față de trup decurg din faptul că el este făcut părtaș la viața, existența și manifestarea sufletului. Trupul este „al nostru”, el participă în mod real la desfășurarea existenței umane unice.

În cultura noastră actuală, grija față de viață a devenit îngrijorare majoră față de trup. Importanța acordată biologicului a schimbat valorile și a deturnat sensul vieții, în detrimentul sufletului. Multe principii morale sunt considerate astăzi desuete și irelevante în practica bioetică, deoarece trupului pare să i se acorde o prea mare grijă. De altfel, atitudinea față de trup va fi definitorie în toate temele de bioetică, deoarece ele vizează în întregime o singură problemă: cum ne raportăm la trup, așa vom acționa asupra lui.

Dar simțim adeseori că omul este altceva decât trupul, căci – spre exemplu – prezența ființei lui este atât de cutremurătoare și de tainică în zbaterile embrionului, în suferință, în moarte, deoarece în toate acestea noi vedem altceva decât numai trupul. E adevărat că această ființă, cuprinsă și reprezentată de trup, comunică cu alte ființe din alte trupuri, stabilind legături spirituale. Cel puțin la fel de tulburătoare este, din acest punct de vedere,

relația dintre mamă și embrion. Bioetica deschide și problema atenției față de trupul aproapelui, o sarcină mai dificilă decât a avea grijă și a lua hotărâri pentru trupul propriu. Valoarea pe care i-o descoperim aproapelui, modul în care ne referim la el, deciziile pe care trebuie să le luăm pentru el și în locul lui sunt, de fapt, repere axiologice pentru noi înșine.

Astfel, aproapele devine destinatarul iubirii celorlalți.

STUDII

REDUCȚIA ANTROPOLOGICĂ. FUNDĂTURA (SAU ȘANSA) TEOLOGIEI?

LIVIU JITIANU*

ABSTRACT. *Anthropological Reduction. Theology's Dead End (or Its Chance)?*

In the Encyclical Letter, *Fides et Ratio*, Pope John Paul II spoke about “real problems” of our days, such as irrationality, relativism (moral and ethical) and anthropological turn. To solve the problems, he suggested the need of dialogue with the contemporary world. The Holy Father said that “the uncertainty of the truth’s knowledge induces the relativism on moral field”. The author analyzes the text, showing that the truth does not refer to the deep analysis gnoseologic of the existence but it concerns the possibility of knowledge of the ethical values in the current context.

Keywords: *Anthropology, Moral crisis, Ethical values*

REZUMAT. În enciclica, *Fides et ratio*, papa Ioan Paul al II-lea vorbea despre „problemele concrete” ale zilelor noastre, precum: iraționalitatea; relativismul (moral și etic) și cotitura antropologică. Pentru soluționarea problemelor propunea necesitatea dialogului cu lumea contemporană. Sfântul Părinte afirma că: „nesiguranța cunoașterii adevărului induce relativismul pe planul moral”. Autorul analizează acest text, arătând că adevărul nu se referă la profunda analiză gnoseologică a existenței, ci vizează posibilitatea cunoașterii valorilor etice, în contextul actual.

Cuvinte cheie: *Antropologie, Criza morală, Valori etice*

În logica enciclicii *Fides et ratio* (Credință și rațiune)¹, diversele manifestări ale spiritului uman dovedesc că omul are o aspirație existențială de a cuprinde adevărurile sigure, ultime și a valorilor necondiționate². Această aspirație cu caracter transcendențial poate să fie punctul tangențial dintre filozofie și teologie. Conturarea metafizică a aspirațiilor existențiale ale omului, este absolut necesară în procesul soluționării crizei umanității din ziua de azi, și poate instrumenta corectarea evenimentelor distorsionate ale societății contemporane³.

* Conf. Univ. Dr., Facultatea de Teologie Romano-Catolică, Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca, România, Liviu.Jitianu@rociateo.ubbcluj.ro

¹ O prezentare generală despre enciclică ne oferă Albert Keller, in *Stimmen der Zeit* 1 (1999).

² *Fides et ratio* 25.

³ *Fides et ratio* 83.

Aceste evenimente stau într-o corelație directă cu fenomenul „criză”, care a cuprins în întregime societatea modernă/postmodernă. Analiza diverselor segmente ale crizei, economia, politica sau structurile de conviețuire, dovedesc, că problemele multiple ale (post)modernității izvorăsc din criza de bază: din criza umanității sau a omului postmodern. Acesta – după părerea mea – are rădăcina în cotitura antropologică de la începutul sec. al XX-lea.

Antropologia filozofică de la începutul sec. al XX-lea apare în prima fază ca o alternativă sau poate chiar ca o încercare de salvare a antropologiei din strânsoarea paradigmatelor științelor naturale. Scopul ei este armonizarea, sau cel puțin echilibrarea discrepantei dintre filozofie și științele umaniste. Printre pionierii „cotiturii antropologice” îi putem aminti pe Max Scheler⁴ și Helmut Plessner⁵. Scheler schimbă conceptul „theomorph” al antropologiei în unul fenomenologic („Wesenseidetik”). Scheler încearcă să inducă un sistem armonios dintre „raționalismul quasi-metafizic” al lui Nikolai Hartmann, și rămășițele creștinătății secularizate, care apar acum ca o „filozofie existențială”. Sigur, nu putem ignora contribuția lui A. Gehlen, care într-un discurs intitulat *Philosophische Anthropologie*, împarte schițele filozofice ale antropologiei în două grupe: pe o parte vede o antropologie dedusă din economia metafizicii, de origine teologică; iar pe cealaltă vede încercarea de a concepe fenomenul uman în contextul paradigmatelor empirice⁶. De văzut este, dacă acest „trend” în domeniul filozofiei poate fi învinuit pentru simptomele crizei din domeniul antropologiei teologice și ale eticii creștine⁷.

În general, putem afirma că antropologia a reprezentat mereu centrul filosofiei și teologiei. Fundamentele de bază ale antropologiei sunt rezultatele a secole de gândire. Ca urmare a aproape 2000 de ani de încercări antropologice îl găsim pe acel om, care este *persoană* și pe care îl numim, în mod fundamental, *relație*. Existența sa se manifestă prin relație.

Analizând definițiile antropologice, definiția cea mai acceptată pare să fie cea a lui Boethius: omul *rationalis naturae individua substantia* – natură rațională, nedivizibilă în esență/prin notele individuale se alătură integrității existenței/esenței. Richard de St. Victor adaugă acestei definiții: omul este o ființă relațională; „relaționare cu sinele”, care se completează prin relația cu

⁴ Max Scheler: *Eine wissenssoziologische Alternative*, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 22 (1980).

⁵ 1926 – *Einführung in die philosophische Anthropologie*. Vezi: Schelsky, *Die verschiedenen Weisen, wie man Demokrat sein kann. Erinnerungen an Hans Freyer, Helmuth Plessner und andere*, in: Schelsky, *Rückblicke eines 'Anti-Soziologen'*, Opladen 1981. Plessner, biolog de formare, în construcția antropologiei induce și cunoștințe/informații din domeniul biologiei.

⁶ *Philosophische Anthropologie*, in: *Meyers Enzyklopädisches Lexikon* 2, 1971, 312.

⁷ Pentru ideile următoare vezi: *Tod des Subjekts? Eine Auseinandersetzung mit Karl Rahner und Michel Foucault von Dr. Claudia Kolf-van Melis*. Prelegere susținută la Academia Karl Rahner Köln din 14 octombrie 2003.

lumea și aspirația transcendențială. În acest context omul nu este un sistem închis în sine, ci depășește sistemele exclusiv centrate pe subiect și existența sa se realizează pe plan transcendențial. O caracteristică importantă a acestei definiții este istoricitatea omului, ceea ce cuprinde două paradigme existențiale: (1) este o parte integrantă a istoriei universale, (2) numai printr-un proces istoric ajunge la ipseitate (= existența sa se manifestă ca o realitate cuprinsă în categoriile timp și spațiu). Legat de istoricitate putem vorbi și de *planul personal* al individului sau despre istoria formării omului⁸. Natura umană deci nu se poate localiza în cadrul închis al „situației sosite”. Omul nu ajunge niciodată la plinătatea „posesiei maxime” a eului⁹. Procesul devenirii eului poate să fie considerat ca un imperativ existențial, care poate să fie eronat, dar niciodată redus la tăcere (*alteri incommunicabilis*)¹⁰.

Conform antropologiei transcendentale, omul, conștient că nu este sursa propriei existențe, experimentează aspirația eului său spre transcendență ca pe o condiție existențială a transformării sale în persoană. În esență, putem afirma, că existența umană este teomorfă¹¹. Teocentrismul este inseparabil de antropocentrism – putem să concluzionăm¹².

Toate acestea pot fi considerate ca fiind adevăruri „sigure”, până când principiul de bază a transcendențialității este susținut și acceptat în discursul argumentativ. Ce se întâmplă însă azi, în era postmodernului? Mai sunt eficienți în procesul de formare al omului factorii conturați? Atunci când aspectul său transcendențial este din ce în ce mai neglijat?

Înlăturarea aspectului transcendențial al antropologiei confirmă nu doar experiența zilnică, dar și discursul filozofic contemporan. W. Pannenberg remarcă: Filosofia de azi, - cu puține excepții, declină „sarcina evaluării realității atotcuprinzătoare a omului”, și anunță sfârșitul metafizicii¹³. Într-un mod accentuat câștigă teren convingerea, conform căreia științele empirice sunt competente în cunoașterea lumii și a naturii umane. Ca urmare, în lumea omului are loc o schimbare decisivă, care are ca mesaj: „după cotitura *antropologică* nu mai este Dumnezeu sau absolutul, punctul de referință în explicarea omului sau a societății umane, ci omul însăși”. Dumnezeu este redus la o simplă idee a omului¹⁴.

⁸ I.U. Dalfehr, E. Jüngel, *Person und Gottesebenbildlichkeit*, in: *Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft* 24, 57–99, 70 ș.u.

⁹ I. Kant, *Metaphysik der Sitten. Tugendlehre* 1797, in: *Werke in zehn Bänden*, Red. W. Weischedel, bd. 7: *Schriften zur Ethik und Religionsphilosophie*, Zweiter Teil, Darmstadt 1975, 46 ș.u., E. Bloch, *Tübinger Einleitung in die Philosophie* I., Frankfurt a.M. 81973, 11 ș.u.

¹⁰ Wojtyła, *Liebe und Verantwortung*, 22.

¹¹ Dalfehr, Jüngel, *Person und Gottesebenbildlichkeit*, 95.

¹² Raffelt/Rahner, *Anthropologie und Theologie*, 17–38.

¹³ *Teológia és filozófia. A két tudomány viszonya és közös története*, Budapest 2009, 15.

¹⁴ *Teológia és filozófia*, 225.

Mulți vorbesc în zilele noastre despre amurgul zeilor, sau chiar despre moartea lui Dumnezeu. În opinia lui Max Weber, pe zei și dorința acestora de stăpânire i-a ucis „deblocarea magiei lumii” (*Entzauberung der Welt*). Aceasta nu este un raport categoric al „morții dumnezeului”, dar este sfârșitul lumii monopolurilor: „unicul-Dumnezeu”, care până acum a trimis la moarte pe toți ceilalți zei, este condamnat la exil¹⁵.

Se poate pune pe seama crizei de dumnezeu manifestată în ultimii ani, discuția iscată în legătură cu *Preambulul* Constituției Europene, despre a cărui concept-cheie „Dumnezeu-Praeambul”, Georg Essen a scris un tratat excelent¹⁶. În urma discuției iscate politica și sistemul de drept european au decis împotriva lui Dumnezeu și a tradiției creștine. Discuția – cred că nu este încheiată încă. Este indiscutabil – subliniază Essen, că Europa este deținătoarea unui dublu patrimoniu: este punctul de interferență al eforturilor secular-laiciste și cele religioase¹⁷. Primul (secular-laicist) afirmă categoric: că *nominatio religionis et dei* ar avea ca rezultat transpunerea meta-pozitivă a statului și a constituției. Acest lucru fiind însă inacceptabil, *referința* metafizică ar însemna un angajament teocratic, care ar fi un obstacol în auto-realizarea subiectivă dar și colectivă¹⁸. Nu îl putem lua pe Dumnezeu sau religia ca punct de referință absolut pentru toate lucrurile. Pentru acest fapt, decizia radicală, de interpretare exclusiv *theonomă* a realității nu poate fi acceptată.

În antiteză cu aceasta, poziția iudeo-elenistă și creștină, pledează pentru includerea moștenirii religiei și ale ierarhiei valorilor. Încorporarea moștenirii creștinătății în prezent este indispensabilă¹⁹. Pentru reprezentanții acestei tabere, minimul opticii Europei este definiția culturii date de T.S. Eliot, conform căreia „religia este forța dominantă care transformă culturile specifice ale popoarelor într-o singură cultură”, care nu poate fi asemuită „cu comunitatea spirituală a credincioșilor creștini de astăzi”, dar care poate fi concepută ca urmarea acelei „tradiții creștine comune”, care este definitorie pentru Europa²⁰. Europa de azi s-a născut în sânul creștinătății. Valorile, cultura și optica sa au fost formate de paradigmele creștinătății.

Cert este însă faptul, că interpretarea și explicarea existenței în general s-a schimbat. Creștinismul nu mai joacă rolul „meta-narativei” existenței, ci a devenit unul dintre fenomenele religioase ale lumii pluraliste. De multe ori este redus la un statut estetic: primește rolul unui element funcțional al auto-realizării subiectului uman. Nici cultura nu se mai hrănește din „masa moștenirii unice”.

¹⁵ Gross, *Die Multioptionengesellschaft*, 605 și 608.

¹⁶ G. Essen, *Sinnstiftende Unruhe im System des Rechts. Religion im Beziehungsgeflecht von modernem Verfassungsstaat und säkularer Zivilgesellschaft*, Göttingen 2004.

¹⁷ Essen, *Sinnstiftende Unruhe im System des Rechts*, 15.

¹⁸ Essen, *Sinnstiftende Unruhe im System des Rechts*, 47– 53.

¹⁹ Essen, *Sinnstiftende Unruhe im System des Rechts*, 37–46.

²⁰ T.S. Eliot, *A kultúra meghatározása*, Budapest 2003, 142.

În loc de „moștenire” se vorbește, mai degrabă, despre „autocreare existențială”²¹. Cultura modernă s-a rupt de rădăcinile trecutului și de creștinătate, iar scopul ei este conturarea conviețuirii *prezente*²².

Omul, eliberat de povara transcendenței, a devenit o ființă „singuratică”. P.M. Zulehner a urmat transformările majore ale acestei lumi schimbate²³. În cadrul programului „Aufbruch” analizează fenomenele „reform-democrației”. În Europa Central-Estică s-a instaurat o „modernitate-comunistă”, care se caracterizează prin următoarele:

1. Oamenii au pierdut siguranța psihică și socială, efectivă, timp de secole întregi. Confuzia orientării devine generală.

2. Sunt pe calea dispariției acele forme comunitare, care sunt necesare în procesul de detensionare a conflictelor individuale și colective.

3. Se constată o „supraponderare psihică” a oamenilor, ceea ce cauzează diferite boli²⁴.

4. Atomizarea și dezbinarea societății.

5. Reducția capacității de a se evolua pe plan individual și colectiv. Creșterea privatizării interne și a indiferenței sociale induce scăderea forței solidare.

6. Noul om (A. Zinovyev „homo sovieticus”²⁵) este incapabil să găsească soluții la provocările multiple ale societății moderne. Lipsește educarea motivantă, spiritul de concurență, capacitatea de a schimba, și se instaurează comportamentul omului „pierdut”.

Cum prezint această diagnoză, simt cumva că am ajuns într-o fundătură, cu care nu sunt deloc mulțumit. Simt nevoia de a căuta soluții.

Cum reacționăm de obicei noi, cei din anturajul ecclesial? Consider, că în general, în mod greșit. Analizăm lumea conturată dintr-o situație „externă”. De multe ori avem un comportament moralizator. Nu suntem conștienți că din istoria concretă nu există „ieșire”; nu putem deveni o „societate de contrast”. Rolul nostru este să devenim un factor *global player* (Franz-Xaver KAUFMANN)²⁶, adică de a fi formatori în procesul de schimbare.

Lumea caută răspunsuri. Bisericiile fac ofertele lor. În general se oferă valorile creștine²⁷. Creștinismul consideră că nu este un „corp străin” în

²¹ S. Zabala, *Eine Religion ohne Theisten und Atheisten*, in: R. Rorty–G. Vattimo, *Die Zukunft der Religion*, Red. S. Zabala, Frankfurt 2006, 11–32, aici: 11–13.

²² K. Gabriel, *Christentum zwischen Tradition und Postmoderne*, (= *Questiones Disputatae* 141), Freiburg 41994.

²³ P.M. Zulehner–M. Tomka–I. Naletova, *Religionen und Kirchen in Ost(Mittel)Europa. Entwicklungen nach der Wende*, Ostfildern 2009.

²⁴ R. Stone, *Stress: The Invisible Hand in Eastern Europe's Death Rates*, Science 2000.

²⁵ *Homo Sovieticus*, New York 1986.

²⁶ F.X. Kaufmann, *Wie überlebt das Christentum?*, Freiburg 2000.

²⁷ După filozoful Detlef Horster: „toate valorile de bază izvoresc din creștinism”. In: *Süddeutsche Zeitung*. 1. Iunie 2004, 15.

modernitatea seculară²⁸, indiferent cât de des este acest lucru subliniat în presa liberală. Nu oferă o rețetă perfectă, nici un sistem ideal, dar dorește să contureze programul de coabitare a „orașului omului” (civitas terrena)²⁹.

Trebuie admis faptul că azi se prezintă un traseu invers: în timp ce, de-a lungul secolelor, tocmai creștinismul a modelat cultura europeană, azi schimbările culturale ale continentului își pun amprenta și au un impact semnificativ asupra creștinismului. Lumea vremurilor noastre se distanțează de tot ce nu poate fi folosit în contextul de „astăzi”. Putem vorbi liber în acest context de „timpul pragmatic”. Am pășit pe un teren nesigur unde este extrem de dificilă formularea și menținerea absolută a adevărului nostru în lumina pluralismului religios și ideologic contemporan, predominant științific de ateismul metodologic.

Unde sunt valorile noastre? J. Habermas amintește o reprezentare incorectă a valorilor. El recomandă un „program de compilare” (Übersetzungsprogramm) prin care el înțelege un proces filosofic de transformare, care transpune potențialul semantic al tradiției religioase pe palierul discursului argumentativ. Aceasta nu înseamnă simpla transpunere în prezent a tradițiilor și a trecutului, ci actualizarea esenței trecutului. Sarcina rațiunii umane este punerea în aplicare a conținutului religios. Numai așa se realizează „traducerea cooperativă” a trecutului, a tradiției pe înțelesul profanului. În acest fel, ar vedea Habermas alinierea patrimoniului religios termenului de valabilitate universală (universale Relevanz).

Consider, că punctul corect de plecare sau șansa teologiei trebuie să fie imaginea creștină a omului. Vorbesc despre proiectul de re-stabilire a antropologiei. Este important ca omul să ocupe locul central în toate condițiile, nu în profanitatea lui, ci cu intenția de a încerca să ofere „o experiență eliberatoare a realității care este mai mare decât omul, dar totuși îl acceptă pe el. Acesta este punctul de plecare din care izvorăște forma nouă de viață și noua etică”³⁰. În același timp păstrând deschisă întrebarea legată de Dumnezeu vorbim despre om într-un context mai larg în contextul completitudinii vieții umane. Acest lucru nu este nimic altceva decât conștientizarea „dimensiunii transcendente” a „ființei umane”³¹.

În procesul căutării soluțiilor, aș putea face referire la teoria intelectului și acțiunii comunicative. Habermas a evidențiat faptul că rolul intelectului prezent în fenomenul religios, este formarea și punerea în aplicare a unor abilități de comunicare, care completează domeniul intersubiectivității cu rațiune. Religia (creștinismul) dezvoltă acele canale de comunicare sociale, care îndrumă relaționarea dintre individ și societate în lumina revelației. Acestea afectează individul nu

²⁸ R. Marx, *A tőke. Védőbeszéd az emberért* [*Das Kapital. Ein Plädoyer für den Menschen*, München 2008], 51.

²⁹ Vezi: Benedikt XVI., *Eine menschlichere Welt für alle. Die Rede vor der UNO*. Cu un comentariu de G. Erler, U. di Fabio, K. Töpfer, Freiburg 2008.

³⁰ R. Marx, *A tőke*, 54.

³¹ *Caritas in veritate*, 34.

doar din exterior, creându-i reguli și legi, ci așează individul în centrul comunicării, arătând că el însuși este factor de comunicare (referentul). Răspunzând acestor sarcini poate servi creștinismului ca sursă de sens [Sinnressource]³².

În acest context este deosebit de important enunțul enciclicei *Caritas in veritate* a lui Papa Benedict al XVI-lea, conform căreia: doar globalizarea conștiinței și a intelectului poate duce la umanizarea lumii globalizate³³. Enciclica deschide noi orizonturi legate de problematica globalizării și prezintă un program „specific”, care țintește „dezvoltarea completă” în „iubire și adevăr” a omului.

Enciclica are în esență orientare antropologică. Conform doctrinei antropologice, unicul capital al societății („care necesită protecție” și în același timp este „utilizabil”), este însuși omul³⁴. Scopul enciclicii este plasarea omului în centrul (punctul de focusare a) tuturor evenimentelor globale. Astfel Papa Benedict al XVI-lea reformulează un fundament central al tradiției creștine: soluțiile problemelor actuale se găsesc pornind de la om, ca valoare supremă. Legat de acest lucru, enciclica dorește realizarea „civilizării societății” moderne. Astfel își propune să elibereze procesul globalizării³⁵. Prin prisma acestei problematice devine evident scopul enciclicei, respectiv a lui Benedict al XVI-lea: evidențierea faptului că fiecare dezvoltare adevărată are orientare antropocentrică. Sfântul părinte își pornește teoria de la acel om care este sensibil la transcendent și este căminul adevărului metafizic. În acest context vorbește enciclica despre „umanismul transcendent”³⁶. (În lipsa transcendentului este posibilă evoluția, pot avea loc creșteri, însă nu și dezvoltări reale³⁷.)

Principiul de bază al antropologiei – concluzionând – depășește orice normă religioasă. Numai o sinteză orientată spre oameni, care presupune re-gândirea și re-interpretarea existenței³⁸ poate deveni punctul de pornire al prezenței legitime a Bisericii în societatea contemporană. Astăzi – spune Pannenberg, și la baza teologiei creștine trebuie să fie antropologia chiar dacă aceasta nu oferă suficient sprijin în recunoașterea veritabilă a ideii Dumnezeuști și a revelației creștine. Antropologia este tematica cea mai evidentă prin reflecția căreia trebuie să arătăm valabilitatea universală a credinței în Dumnezeu³⁹.

³² METZ, *Zum Begriff der neuen politischen Theologie*, 181. Complexitatea problematicii prezintă H. DUBIEL, *Ungewißheit und Politik*, Frankfurt/M. 1994 și U. BECK–E. BECK–GERNSHEIM (Red.), *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*, Frankfurt/M. 1994.

³³ *Caritas in veritate*, 9.

³⁴ *Caritas in veritate*, 25.

³⁵ K. GABRIEL, *Globalisierung, Entwicklung und die Rolle der Religion*. Anmerkungen zur Enzyklika *Caritas in veritate*. In: *Amos International* 3 (2009), 10–16, 10.

³⁶ *Caritas in veritate*, 18.

³⁷ *Caritas in veritate*, 29. Rheinhard Marx, în cartea sa *A Tőke* (Capitalul) formulează idei asemănătoare. Convingerea lui este că provocările globale „nu se pot soluționa fără a avea în vizor convingerea orientată înspre valori și fără paradigme etice”. *A tőke*. 7.

³⁸ *Caritas in veritate*, 21.

³⁹ *Teológia és filozófia*, 273.

ECHITATEA ÎN SĂNĂTATE

ADINA REBELEANU*, DANIELA ȘOITU**

ABSTRACT. *Equity in Health System.* The concept of equity in health is strongly linked to the one of social justice, but also to the one of social conditions and human rights. Unavoidably, the discussion of equity in health also brings out the inequalities in health. During the process of conceptualizing equity in health we took into consideration the World Health Organization's efforts to define equity in health, respectively to elaborate strategies for alleviating the existent inequities, contributing to promoting equity in health, and also a series of articles that we consider to be of reference for defining this multidimensional concept. Synthesizing the literature, equity in health represents a moral concept based on the principle of social distribution, linked to human rights, which infers equal opportunities in having a good health. Other marks in defining equity in health are the distribution of resources with the purpose of equalizing health results for disadvantaged groups, equal access to health services, care services suited for certain health needs and the same quality in health care.

Keywords: *Social justice, Health equity, Healthcare access, Health policy, Action*

REZUMAT. Conceptul de echitate în sănătate este strâns legat de cel de justiție socială, dar și de condiții sociale și drepturile omului. Inevitabil, discuția despre echitate în sănătate aduce în dezbatere și inegalitățile în sănătate. În demersul de conceptualizare a echității în sănătate am inventariat atât eforturile Organizației Mondiale a Sănătății de a defini echitatea în sănătate, respectiv de a elabora strategiile acționale care pot atenua inechitățile existente, contribuind la promovarea echității în sănătate, precum și o serie de articole pe care le considerăm de referință pentru operaționalizarea acestui concept multidimensional. Sintetizând literatura inventariată, echitatea în sănătate reprezintă un concept etic bazat pe principiul distribuției sociale, strâns legat de drepturile omului, ce presupune oportunități egale de a avea o stare de sănătate bună. Distribuția resurselor în scopul egalizării rezultatelor în sănătate pentru grupurile defavorizate, accesul

* Cercetător postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF „G.T. Popa” Iași / Conf. dr., Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca, Facultatea de Sociologie și Asistență socială, Adresa: Blvd. 21 decembrie 1989 nr. 128-130, 400604 Cluj-Napoca, Telefon: 0766-454052, E-mail: adina.rebeleanu@socasis.ubbcluj.ro

** Cercetător postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF „G.T. Popa” Iași / Conf. dr., Universitatea A.I. Cuza, Departamentul de Sociologie și Asistență socială, Adresa: Aleea Elisabeta Rizea nr. 15, Iași, Telefon: 00 40 722 837241, E-mail: danielag@uaic.ro

egal la servicii de sănătate, servicii de îngrijire adecvate nevoilor de sănătate și aceeași calitate a îngrijirilor de sănătate sunt alte repere în definirea echității în sănătate.

Cuvinte cheie: *Justiție socială, Echitate în sănătate, Acces la servicii de sănătate, Politica de sănătate, Acțiune*

În general, echitatea poate fi definită ca justiție în raport cu legea naturală sau cu dreptul. Este o stare ideală și poate fi asociată cu calitatea de a fi corect, just, imparțial. Prin opoziție lingvistică, inechitatea presupune a fi injust, incorect, părtinitor. Din perspectiva măsurilor de protecția socială în general, dar și pentru politicile de sănătate se impune să avem în vedere faptul că există diferențe de conceptualizare între echitate și egalitate. Dacă egalitatea ar presupune aceeași stare de sănătate, același venit, aceeași nevoie de îngrijire medicală resimțită, etc., echitatea înseamnă corectitudinea distribuției resurselor în raport cu o anumită nevoie¹. Este rațiunea pentru care, atunci când ne referim la apariția unei inechități, se impune justificarea etică pentru care o anume distribuție constituie în fapt o inechitate².

În 1980, 32 de țări membre ale Organizației Mondiale a Sănătății, Regiunea Europeană au adoptat Strategia europeană pentru realizarea unei politici de sănătate comune, care în 1984 a fost urmată de un acord ce a constatat în 38 de obiective regionale, un document argumentativ și care aduce în discuție importanța echității în sănătate³ (WHO, 1985). (WHO, 1985). Pornind de la această strategie, Margaret Whitehead⁴ (1991) explorează conceptul și principiile echității în sănătate și consideră că pentru înțelegerea echității în sănătate trebuie avut în vedere faptul că nu toate diferențele în starea de sănătate pot fi descrise ca inechități. Termenul de inechitate în opinia acestei autoare are o dimensiune morală și etică. Ea asociază termenul de inechitate acelor diferențe ce pot fi considerate incorecte și injuste, iar apariția diferențelor în aceste situații depinde în mare măsură de posibilitatea și varietatea de alegeri informată a situațiilor ce pot genera boala sau dimpotrivă, sănătatea. Opțiunile individuale în materie de sănătate pot fi restricționate de condițiile economice și sociale ale individului/comunității, dar pot să apară și ca rezultat al unei diversități prea mari a alegerilor.

¹ Blakemore, K., *Social Policy*, Open University Press, 1998:16-36

² Bambas, A., Casas, J.A., Bambas, A., Casas, J.A., *Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria*, http://paho.org/english/dbi/op/OP08_02.pdf (accesat 12 iulie 2011)

³ WHO Regional Office for Europe, *Targets for health for all*, European Health for All Series, 1985, No.1

⁴ Whitehead, M., *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Regional Office for Europe, 1991, www.ansl.re.it/HPH/FRO (accesat în 12 iulie 2011)

Autoarea atrage atenția asupra faptului că pentru o conceptualizare corectă a echității în sănătate, acest concept trebuie abordat în relație cu sănătatea, dar și în relație cu îngrijirea sănătății. Whitehead definește atât echitatea în sănătate, cât și echitatea în ocrotirea/îngrijirea sănătății⁵.

Echitate în sănătate, în opinia lui Margaret Whitehead⁶ implică faptul că fiecare persoană are în mod ideal oportunitatea corectă de a-și atinge potențialul de sănătate deplin, respectiv, nici o persoană nu ar fi împiedicată de la realizarea acestui potențial, dacă acest lucru poate fi evitat. Altfel spus, scopul politicilor de sănătate destinate promovării echității ar fi nu eliminarea tuturor diferențelor în sănătate, ci mai degrabă reducerea sau eliminarea factorilor care sunt considerați a fi concomitent “evitabili și inuștați”.

Barbara Starfield⁷, definește echitatea în sănătate ca absența sistematică a inechităților⁸ în rândul grupurilor de populație și adaugă faptul că inechitățile pot fi potențial remediabile.

Paula Braveman definește echitatea în sănătate ca fiind un concept bazat pe noțiunea etică a justiției distributive, ce poate fi văzută ca o reflectare a principiilor drepturilor omului⁹. În opinia autoarei, a urmări echitatea în sănătate înseamnă a urmări minimizarea inechităților în sănătate și în determinanții cheie ai sănătății, inclusiv în condițiile sociale și de mediu modificabile. Echitatea în sănătate implică în fapt acțiune asupra socialului dar și asupra determinațiilor medicali ai sănătății (ce sunt considerați de autoare ca fiind determinanți cheie ai inegalităților în sănătate). Inegalitățile în sănătate sunt definite de Braveman ca un set particular de diferențe în sănătate ce determină creșterea preocupării pentru echitate (justiție), deoarece sunt sistematic legate de dezavantajele sociale și generează o stare de sănătate proastă pentru grupurile dezavantajate social; sunt relevate pentru justiția socială și drepturile omului, deoarece inegalitățile survin de la discriminarea intenționată sau neintenționată, de la marginalizare,

⁵ Dihotomia acestor două concepte este adusă în discuție și de alți autori (Braveman, P., 2010, Starfield, B., Macinko, J.A., Starfield, B., 2002)

⁶ Whitehead, M. *op. cit.*, 1991:7

⁷ Starfield, B., The hidden inequity in health care (Editorial), in *International Journal for Equity in Health*, 2011, 10-15, www.equityhealthj.com/content/ (accesat 12 iulie 2011); Starfield, B., Improving equity in health: A research agenda, in *International Journal of Health Services* 2001, 31(3):545-66

⁸ Barbara Starfield atrage atenția asupra faptului că unii oameni folosesc cuvântul “incorect” pentru a defini inechitatea, dar incorectitudinea nu poate fi măsurată, prin urmare nu este un concept util pentru evaluarea inechității. Spre deosebire de inechități, termenul de inegalitate este folosit în domeniul drepturilor omului pentru a descrie diferențele ce există între indivizi, diferențe ce nu sunt remediabile (Starfield, B., 2011)

⁹ Braveman, P., “Social Conditions, health equity, and human rights”, in *Health and Human Rights*, 2010, Vol.12, No.2 (2010), www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/view/367/563 (accesat 12 iulie 2011)

ce în unele situații pot reîntări dezavantajul social și vulnerabilitatea grupurilor¹⁰. Echitatea în sănătate este valoarea ce subliniază obligația și responsabilitatea de a reduce inegalitățile în sănătate, responsabilități ce sunt partajate între societate, comunități, individ.

Multe dintre obiectivele Strategiei OMS Sănătate pentru toți până în anul 2000 sunt focalizate pe *echitate în îngrijirea sănătății*¹¹. Echitatea în îngrijire medicală reprezintă acces egal la servicii de sănătate disponibile pentru nevoi egale, utilizarea egală a serviciilor pentru nevoi egale și calitatea egală a îngrijirilor destinate tuturor¹².

Echitatea în accesarea serviciilor de ocrotire medicală este un argument în plus pentru explicarea echității în sănătate ca mecanism de redistribuire adecvat, pliat pe nevoia de sănătate. Accesul egal implică servicii disponibile pentru fiecare și o distribuție corectă în plan teritorial, bazat pe nevoile de îngrijire a sănătății, dar și îndepărtarea barierelor în acces, accesul fiind doar unul dintre determinații sănătății (de exemplu asistența medicală de urgență nu trebuie refuzată pe considerentul că persoana nu are asigurare medicală; nu este echitabil refuzul excluderii de la sistemul de asigurări de sănătate al imigranților; deși stipulat dreptul la îngrijire de sănătate, pot exista o serie de bariere de ordin organizațional, cultural, financiar ce fac ca acest drept să nu poată fi exercitat – de exemplu restricționarea accesului datorită costurilor de transport crescute pentru cei cu venituri mici – chiar dacă serviciul este disponibil acesta nu poate fi accesat). În ceea ce privește utilizarea egală pentru nevoi egale, este cert că rata de utilizare a serviciilor medicale este diferită în rândul grupurilor sociale. Dar, când utilizarea serviciilor de ocrotire medicală este restricționată prin dezavantaje economice și sociale, este nevoie ca strategiile acționale să tindă spre rate de utilizare egale pentru nevoi egale (este cazul programelor de imunizare, al serviciilor de tip preventiv; măsuri ce pliază pe discriminarea pozitivă în cazul unor categorii etnice – de exemplu pentru România putem invoca o astfel de măsură adoptarea strategiei de îmbunătățire a situației romilor din anul 2001).

Deși accesul universal la îngrijiri de sănătate este considerat unul dintre cei mai importanți determinați ai sănătății¹³, unii autori sunt de părere că atenția acordată inegalităților în starea de sănătate, în special când avem în

¹⁰ Braveman, P., *op. cit.*, 2010

¹¹ WHO, *op. cit.*, 1985; este vorba în mod explicit despre obiectivele 17 și 18 (asigurarea echității în serviciile de sănătate și alocarea resurselor și dezvoltarea resurselor umane pentru sănătate)

¹² Whitehead, M., *op. cit.*, 1991

¹³ WHO, Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, 2008, WHO, *The world health care report – Health systems financing: the path to universal coverage*, 2010, Raphael, D., “Public policy and population health in the USA: Why is the public health community missing in action”, in *International Journal of Health Services*, 2008c, 38, 63-94

vedere categoriile socioeconomice, înregistrează limitări în abordările focalizate strict pe accesul la servicii. Acesta poate să nu fie cel mai important determinant al sănătății; este un mijloc cert de îmbunătățirea a stării de sănătate, dar există și alți factori ce contribuie la dobândirea stării de sănătate (condițiile de viață și mediu, calitatea apei potabile, nivelul de educație, participarea socială și politică a persoanei, accesul la cultură, competențele personale ale fiecărei persoane de a-și atinge starea de sănătate dezirabilă)¹⁴.

Amartya Sen¹⁵ generează un cadru multidimensional pentru investigarea echității în sănătate. Teoria lui Sen spre deosebire de Rawls (1971) pune accentul nu pe egalitatea drepturilor și libertăților cetățenilor, ci pe importanța capacităților lor. Sen consideră că echitatea în sănătate nu poate fi centrată numai pe sănătate, privită izolat ci trebuie privită ca o problemă mai largă a corectitudinii și justiției în aranjamentele sociale. În opinia acestui autor, sănătatea reprezintă una dintre cele mai importante condiții ale vieții și constituie una dintre capacitățile umane pe care avem dreptul să o valorizăm. Ceea ce poate fi considerat injust este lipsa oportunităților pe care fiecare persoană poate să le aibă pentru realizarea unei sănătăți bune datorată aranjamentelor sociale, prin opoziție cu decizia personală de a nu fi îngrijorat pentru sănătate (altfel spus boala este neprevenită și netratată pentru motive sociale – sărăcie de exemplu, și nu ca rezultat al unei alegeri personale – opțiuni pentru un comportament de risc pentru sănătate). Sen face distincția între realizarea sănătății (“health achievement”) și capacitatea de a ajunge la o stare de sănătate bună (“capability to achieve good health”)¹⁶. Această capacitate poate fi sau nu exercitată de fiecare individ. Sen argumentează că diferența între cei doi termeni confirmă sănătatea ca bun orientat spre accentuarea capacităților, fără însă ca persoanele să tindă să acorde prioritate realizării unei sănătăți bune când există oportunități reale de alegere. Dincolo de distincția celor doi termeni, pentru echitatea în sănătate, facilitățile sociale oferite pentru realizarea sănătății sunt importante; ocrotirea sănătății nu este singurul factor, ci pot să existe și alte influențe (predispoziții genetice, obiceiuri alimentare, venitul individual, stil de viață, mediu epidemiologic, condiții de sănătate). În fapt, se reiterează importanța distincției între sănătate și ocrotirea sănătății pentru determinarea politicilor publice¹⁷. Sintetizând, echitatea în opinia lui Sen include preocupări pentru realizarea sănătății și capacitatea

¹⁴ Whitehead, *op. cit.*, 1991, Braveman, P., *op. cit.*, 2010, Macinko, J.A., Strafield, B., “Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001”, BioMedCentral, 2002, <http://springerlink.com/content/v17n6772r10415/fulltext.pdf> (accesat 12 iulie 2011), Sen, A., *Development as Freedom*, Oxford University Press, 2001

¹⁵ Sen, A., “Why Health Equity”, in Anand S., Sen A.K., Peter F. (eds.), *Public health, ethics, and equity*, Oxford: Oxford University Press; 2004: 109-135

¹⁶ Sen, A., *op. cit.*, 2004

¹⁷ Ruger, 1998, Marmot, citați în Sen, 2004

de a achiziționa o stare de sănătate bună și nu doar o distribuție a îngrijirilor de sănătate; include de asemenea corectitudinea procesului de distribuire, fiind necesară o abordare focalizată pe importanța nediscriminării în furnizarea ocrotirii medicale.

În 1998, prin *Strategia Health 21*, Organizația Mondială a Sănătății reafirmă dreptul la sănătate ca unul dintre drepturile fundamentale ale omului¹⁸. Strategia este fundamentată pe trei valori de bază: sănătatea ca drept fundamental, echitate în sănătate și solidaritate socială și participarea și responsabilizarea indivizilor, grupurilor, instituțiilor și comunităților pentru dezvoltarea continuă a sănătății. Printre cele 21 obiective de atins propuse de strategie, menționăm solidaritatea în favoarea sănătății și echitatea în sănătate. Primul obiectiv reprezintă în fapt o reafirmare a principiilor dreptății, echității și solidarității între țările din regiune, dar și între grupurile defavorizate la nivelul fiecărui stat. Acest obiectiv este fundamentat pe invocarea sărăciei, dar și a inabilității statelor de a asigura venituri pentru toți cetățenii, un sistem adecvat de protecție socială, dar și administrare defectuoasă a resurselor disponibile (aspecte mai evidente, confirmate statistic la nivelul Europei de Est prin indicatorii sintetici ai stării de sănătate – mortalitate infantilă, speranță de viață la naștere, speranța de viață în ani sănătoși¹⁹). Cel de-al doilea obiectiv, echitatea în sănătate, pornește de la evidența inegalităților în determinarea stării de sănătate (sărăcia, deprivarea financiară, accesul la educație, genul, apartenența la clasa socială, etc.). Echitatea în sănătate devine un imperativ ce reclamă ca politicile de sănătate să se adreseze fondului cauzelor inechităților socioeconomice, respectiv politicile fiscale, educaționale, sociale devin garanția asigurării reducerii susținute a inegalităților în sănătate²⁰.

Raportul Organizației Mondiale a Sănătății "*Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*" propune o abordare globală a sănătății. Pornind de la date statistice și studii de caz, în acest raport lansează în fapt o provocare politicilor de sănătate și sistemelor de protecție socială, evidențiind dimensiunile de intervenție pentru asigurarea echității în sănătate: acțiuni pentru un nivel de trai echitabil în viață (investiții în educație, acțiuni pentru combaterea discriminării de gen în asigurarea educației); acțiuni pentru îmbunătățirea mediului de viață; acțiuni pentru o dezvoltarea unei piețe de muncă corectă și standarde pentru o muncă decentă, desfășurată în condiții de siguranță; acțiuni destinate unei protecții sociale universale; acțiuni pentru îngrijiri medicale universale – inclusiv prin implicarea comunitară la nivelul asistenței medicale primare.

¹⁸ WHO, Regional Office for Europe, *Health 21. An introduction to the health for all policy framework for WHO European Region*, European Health for All Series, 1998, No.5

¹⁹ A se vedea WHO, Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, 2008, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (accesat iunie 2011)

²⁰ WHO, *op. cit.*, 1998

Echitatea în sănătate dar și echitatea în utilizarea serviciilor de sănătate este o prioritate internațională. Pentru a acționa în sensul dezirabil al promovării echității, statele ar trebuie să colecteze date asupra inechităților economice, sociale, culturale, inclusiv în starea de sănătate existente în rândul diferitelor grupuri populaționale. Declarația Universală a Drepturilor Omului (1948) care consacră sănătatea ca drept fundamental al omului, stabilește evaluarea echității în sănătate atât în termeni de stare de bine cât și ca acces la servicii medicale²¹. Articolul 2 al aceluiași document, stipulează prevalarea de toate drepturile și libertățile pentru toate persoanele, „fără mici o deosebire de rasă, de culoare, de sex, de limbă, de religie, opinie politică, origine națională sau socială, de avere, de naștere sau decurgând din orice altă situație”. Din păcate, aceste drepturi nu sunt și realități pentru toți oamenii

Echitatea în sănătate nu reflectă doar un principiu etic al justiției distributive ci este strâns legată de drepturile omului. Referindu-se la această conexiune fundamentală, Paula Braveman²² consideră următoarele principii ca fiind în mod particular puternic legate de conceptul de echitate în sănătate: principiul indivizibilității, interdependenței și inter-relaționării tuturor drepturilor omului, dreptul la un standard de viață adecvat pentru sănătate²³, dreptul la educație, dreptul de a atinge cel mai ridicat standard de sănătate, non-discriminarea și egalitatea în drepturi a tuturor persoanelor. În opinia autoare, dreptul la un standard de viață adecvat pentru sănătate, dreptul de a atinge cel mai ridicat standard de sănătate și principiul indivizibilității și inter-relaționării tuturor drepturilor, au directă și explicită relevanță pentru conexiune dintre condiții sociale și sănătate, contribuind la conceptualizarea echității în sănătate așa cum este cerută echitatea în distribuția determinațiilor sănătății. Principiul nediscriminării și al egalității au două contribuții majore la conceptualizarea și măsurarea echității în sănătate: pe de o parte, acordurile existente în societate cu privire la nediscriminare, reclamă obligația decidenților de a acorda o atenție specială protejării și îndeplinirii drepturilor grupurilor sociale considerate vulnerabile în baza experienței istoric anterioare (au întâmpinat obstacole în exercitarea anumitor drepturi) și pe de altă parte permite specificarea categoriilor sociale definite ca grupuri vulnerabile din cauza discriminării, respectiv permit identificarea grupurilor ce sunt caracterizate prin inegalități în starea de sănătate, inclusiv datorită condițiilor sociale.

Multe dintre definițiile echității în sănătate, converg spre importanța creerii oportunităților egale pentru sănătate și reducerea diferențelor în sănătate existente. Whitehead consideră că sunt șapte principii de acțiune ce pot promova

²¹ Art. 25 din *Declarația Universală a Drepturilor Omului*

²² Braveman, *op. cit.*, 2010

²³ Invocat în art. 25 din *Declarația Universală a Drepturilor Omului*

echitatea în sănătate și în îngrijirea sănătății²⁴: îmbunătățirea condițiilor de viață și de muncă, facilitarea accesului persoanelor la adoptarea unui stil de viață sănătos, descentralizarea puterii și a luării deciziilor și încurajarea participării oamenilor la luarea deciziilor, evaluarea impactului sănătății prin acțiuni multisectoriale, păstrarea preocupărilor pentru echitate în sănătate pe agenda globală a guvernelor, asigurarea serviciilor de sănătate la standarde de calitate înaltă și accesibile tuturor și fundamentarea politicilor de echitate pe cercetare adecvată, monitorizare și evaluare. Aceste principii sunt considerate de bază pentru dezvoltarea unor politici de sănătate bazate pe echitate.

Sintetizând literatura inventariată, echitatea în sănătate reprezintă un concept etic bazat pe principiul distribuției sociale, strâns legat de drepturile omului, ce presupune oportunități egale de a avea o stare de sănătate bună. Distribuția resurselor în scopul egalizării rezultatelor în sănătate pentru grupurile defavorizate, accesul egal la servicii de sănătate, servicii de îngrijire adecvate nevoilor de sănătate și aceeași calitate a îngrijirilor de sănătate sunt alte repere în definirea echității în sănătate. Strategiile pentru garantarea echității trebuie generate în funcție de particularitățile fiecărei țări și regiuni.

Acknowledgment

Acest articol a fost co-finanțat prin Fondul Social European, Programul Sectorial de Dezvoltare a resurselor umane 2007-2013, în cadrul Proiectului: „Studii postdoctorale în domeniul eticii politicilor de sănătate”, Implementat de Universitatea de Medicină și Farmacie “G.T. Popa” Iași; contract POSDRU/89/1.5/S/61879. Acest material nu reprezintă în mod necesar opinia Uniunii Europene ori a Guvernului României.

BIBLIOGRAFIE

- Blakemore, K., *Social Policy*, Open University Press, 1998:16-36.
- Bambas, A., Casas, J.A., Bambas, A., Casas, J.A., *Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria*, http://paho.org/english/dbi/op/OP08_02.pdf (accesat 12 iulie 2011).
- Braveman, P., “Social Conditions, health equity, and human rights”, in *Health and Human Rights*, 2010, Vol.12, No.2 (2010), www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/view/367/563 (accesat 12 iulie 2011).
- Macinko, J.A., Strafield, B., “Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001”, BioMedCentral, 2002, <http://springerlink.com/content/v17n6772r10415/fulltext.pdf> (accesat 12 iulie 2011).

²⁴ Whitehead, M., “The concepts and principles of equity in health”, in *International Journal of Health Services* 22(3), 1992:429-45

- Raphael, D., "Public policy and population health in the USA: Why is the public health community missing in action", in *International Journal of Health Services*, 2008c, 38, 63-94.
- Sen, A., "Why Health Equity", in Anand S., Sen A.K., Peter F. (eds.), *Public health, ethics, and equity*, Oxford: Oxford University Press; 2004: 109-135.
- Sen. A., *Development as Freedom*, Oxford University Press, 2001.
- Starfield, B., The hidden inequity in health care (Editorial), in *International Journal for Equity in Health*, 2011, 10-15, www.equityhealthj.com/content/ (accesat 12 iulie 2011).
- Starfield, B., Improving equity in health: A research agenda, in *International Journal of Health Services*, 2001, 31(3):545-66.
- WHO Regional Office for Europe, 1985, *Targets for health for all*, European Health for All Series, No.1.
- WHO, Regional Office for Europe, 1998, Health 21. An introduction to the health for all policy framework for WHO European Region, European Health for All Series, 1998, No.5.
- WHO, Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, 2008, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (accesat iunie 2011).
- WHO, *The world health care report - Health systems financing: the path to universal coverage*, 2010, <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html> (mai 2012).
- Whitehead, M., 1991, *The concepts and principales of equity and health*, WHO, Regional Office for Europe, www.anl.re.it/HpH/FRO (accesat în 13 iulie 2011) Whitehead, M., The concepts and principales of equity in health, in *International Journal of Health Services* 22(3), 1992:429-45.

PE MUCHIE DE CUȚIT. DREPTUL LA VIAȚĂ / DREPTUL LA MOARTE. PRINCIPII PENTRU UTILIZAREA UNOR MIJLOACE TERAPEUTICE PROPORȚIONATE

SIMONA ȘTEFANA ZETEA*

ABSTRACT. *On the Edge. The Right to Life / The Right to Die. Principles for the Use of the Therapeutic Proportionate Cure.* What should be a doctor's attitude when speaking about a cureless patient? Why some doctors tend to use euthanasia and how legitimate is their understanding regarding this? How can a doctor respect the fundamental principle of his profession to defend and save his patient's life without using, extremely, some therapeutic means? These are the questions I would like to answer in this article, proposing, as the only solution, the respect of every person's right to live and, the same time, the right to death. Without pretending I can offer recipes, I hope to outline in my next ideas, from a theological point of view, a series of ways of reflection regarding the principle of using some proportionate therapeutic means for cureless patients, being convinced that – if the optional anticipation of death is an objective bad thing, the therapeutic insistence is not legitimate. And this because – if each ill person has the right to medical nursing and each doctor has the duty to give it – he does not have to accept the continuation of his life at any risk and in any circumstances. Without doing something or asking to die sooner, the ill person can ask for the breaking of his treatment or can refuse an intervention if these ones are not proportionate with the real and the hoped results or the prognostic of the illness and the doctor can act in the same way after a careful analysis of the case and of the perspectives and after an honest discussion with the patient, after a discussion with the family and with the colleagues who nurse him (medical assistants, psychologists, clerics, priests, maybe), involving in each case with all the professional competence and ethic responsibility.

Key words: *Euthanasia, life, death, therapeutic insistence, proportionate therapeutic means*

REZUMAT. Care ar trebui să fie atitudinea unui medic în abordarea unui bolnav terminal? De ce sunt unii medici înclinați spre practicarea eutanasiei și cât de legitimă le este deschiderea în acest sens? Cum poate să respecte un medic principiul fundamental al profesiei lui de a apăra și salva viața pacientului său fără a cădea totodată în extrema încrâncenării terapeutice? Iată care sunt întrebările la care aș dori să răspund prin articolul de față, propunând ca soluție respectarea dreptului la viață și concomitent a dreptului la moarte. Fără a avea

* Lect. dr., Universitatea „Babeș-Bolyai”, Facultatea de Teologie Greco-Catolică; adresă poștală: str. Moșilor 26, 400001 Cluj-Napoca, România; e-mail: simona_zetea2005@yahoo.fr

pretenția de a oferi rețete, nădăjduiesc să pot schița în cele ce urmează, dintr-o perspectivă teologică, o serie de piste de reflecție în ceea ce privește principiul utilizării unor mijloace terapeutice proporționate în cazul bolnavilor terminali, convinsă fiind că – dacă anticiparea voluntară a morții este un rău obiectiv, nici încrâncenarea terapeutică nu este legitimă. Aceasta pentru că – deși fiecare bolnav are dreptul la îngrijiri medicale și fiecare medic are datoria de a i le acorda – nu este obligat să accepte să i se prelungească viața cu orice risc și în orice condiții. Fără a face sau cere să se întreprindă ceva pentru grăbirea morții sale, bolnavul poate solicita întreruperea unui tratament sau refuza o intervenție dacă acestea sunt disproporționate în raport cu rezultatele reale sau scontate și pronosticul bolii, iar medicul poate acționa în același sens după analiza atentă a cazului și perspectivelor și în urma unei discuții oneste cu pacientul, a consultării familiei și colegilor antrenați în îngrijirea lui (asistenți medicali, dar și psihologi, clerici sau teologi eventual), implicându-se în fiecare caz cu toată competența profesională și responsabilitatea etică.

Cuvinte cheie: *eutanasiie, viață, moarte, suferință, încrâncenare terapeutică, mijloace terapeutice proporționate*

Introducere

Dreptul la viață este un drept fundamental pentru că pe el se întemeiază toate celelalte drepturi ale omului și acesta este fundamentul pornind de la care atât laici, cât și credincioși creștini pun sub semnul întrebării legitimitatea eutanasiei. Fundamentul eticii înseși este respectul față de adevărul persoanei umane. Dacă persoana umană nu este respectată drept ceea ce este, ea poate cădea victimă oricărui regim opresiv, dar și individualismului oricărui dintre semenii săi. „A respecta adevărul persoanei în momentul vieții care se naște înseamnă a-l respecta pe Dumnezeu care creează persoana umană așa cum o creează; a respecta omul în faza sa terminală înseamnă a respecta întâlnirea omului cu Dumnezeu, întoarcerea sa la Creator, excluzând orice altă putere din partea omului: excluzându-i puterea de a anticipa această moarte (eutanasia), excluzându-i puterea de a împiedica această întâlnire cu vreo formă de tiranie biologică (încrâncenarea terapeutică). În această perspectivă se trasează frontiera între «eutanasie» și «moartea într-o demnitate». A încălca această frontieră înseamnă a încălca orice fundament obiectiv al dreptului, al eticii ca atare și, în același timp, al identității profesiei de medic”¹.

¹ Elio Sgreccia, “Dignità della morte ed euthanasia”, în *Il valore della vita. L'uomo di fronte al problema del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia. Atti del 54° corso di aggiornamento culturale dell'Università Cattolica* (Roma 2-7 settembre 1984), Milano: Vita e pensiero 1985, p. 146.

Pornind de la aceste idei, voi încerca în cele ce urmează să pun în paralel două aspecte distincte: dreptul la viață și, oricât ar părea de stranie o atare formulare din partea unui teolog, dreptul la moarte. Voi trata pe scurt caracterul obiectiv greșit al tentației medicului de a pune capăt vieții unui bolnav incurabil, fără a insista însă asupra problemei eutanasiei, pe care am tratat-o în alt loc în amănunt, preocupându-mă doar de a sublinia o dată în plus principiul cu adevărat fundamental al dreptului la viață și necesitatea de a nu tulbura parcursul firesc al persoanei către moarte și viața de dincolo. Accentul studiului de față va cădea însă pe ceea ce am numit în titlu dreptul la moarte sau, altfel spus, refuzul încrâncenării terapeutice. Voi arăta că, dacă orice om, indiferent de gravitatea bolii de care suferă, are dreptul la îngrijiri medicale – neputând deveni subiect al eutanasierii pentru că este pur și simplu pe moarte, pentru că a devenit inutil societății, pentru că îngrijirile pe care le-ar necesita ar costa prea mult etc. – nu este, cu toate acestea, obligat să se spună unor tratamente sau intervenții care i-ar prelungi viața dar, concomitent, i-ar spori suferința, i-ar reduce gradul de conștientă și, implicit, capacitatea de a se relaționa cu alții și a se pregăti pentru moarte sau ar implica bunăoară cheltuieli excesive pentru el și familia sa. Alternativa sănătoasă între aceste două extreme care sunt eutanasia și încrâncenarea terapeutică o constituie acordarea de îngrijiri medicale proporționate fiecărui caz în parte, ținându-se cont de starea pacientului, pronosticul bolii, răspunsul său la tratament, capacitatea lui de a lupta, riscurile implicate de o anume intervenție sau un anumit tratament, gradul de susținere din partea familiei etc. Limita dintre reducerea mijloacelor terapeutice și grăbirea morții, respectiv aceea dintre continuarea unor tratamente și încrâncenarea terapeutică este subțire și nu întotdeauna ușor de discernut. Fără a avea pretenția de a rezolva această dificilă problemă în absența unei specializări în domeniul medical, voi încerca să propun în cele ce urmează, de pe poziția unui teolog, o serie de principii care ar putea orienta reflecția asupra utilizării unor mijloace terapeutice echilibrate. Nu este vorba nicidecum de o rețetă, pentru că fiecare caz presupune particularitățile sale și, mai mult decât criterii general valabile, discernământul în acest sens implică responsabilitatea etică și competența profesională a personalului medical, dar și poziția pacientului și a aparținătorilor săi.

Dreptul la viață / dreptul la moarte: eutanasiie – încrâncenare terapeutică – acceptarea morții

Grăbirea morții, un rău obiectiv

Biserica definește eutanasia drept „o acțiune sau o omisiune care, prin sine ori în intenție, produce moartea cu scopul de a înlătura orice durere”. În această definiție este vorba despre eutanasia propriu-zisă și nu de ceea ce s-a numit într-o vreme inclusiv în varii documente magisteriale „eutanasia indirectă”,

adică eventuala involuntară anticipare a morții pacientului prin aplicarea unor mijloace terapeutice menite a-i ușura durerea (mai corect spus „terapia durerii”). Biserica afirmă că nici în cazurile în care eutanasierea este administrată ca un gest de milă – menit bunăoară a suprima durerile unui bolnav în fază terminală, ale unui vârstnic, ale unei persoane în agonie sau a evita ca un copil născut cu un handicap sau un tânăr/ adult cu probleme psihice să trăiască îndelung în condiții de nefericire – nici în cele în care este administrată din dorința de a suprima costurile pe care le-ar implica pentru familie și societate menținerea în viață a unor persoane în astfel de situații, nu este un act justificat, implicând întotdeauna „o violare a legii divine, o ofensă la adresa demnității persoanei umane, o crimă împotriva vieții, un atentat împotriva umanității”. Nimeni (nici măcar vreo autoritate oarecare) și nimic nu poate autoriza suprimarea vieții cuiva, nimeni nu poate cere ori încuviința un astfel de gest; nici măcar dorința individului nu legitimează suprimarea propriei vieți. Punând astfel problema, Biserica arată că eutanasia este un rău obiectiv – „o gravă încălcare a legii lui Dumnezeu” și a legii naturale, după cum spune Ioan Paul al II-lea, întrucât echivalează cu „uciderea deliberată moralmente inacceptabilă a unei persoane umane” – și nu judecă (v. condamnă) indivizii. Aceasta nu înseamnă că Biserica poate sau că va putea vreodată spune răului bine.²

În fața suferinței prelungite a unei persoane, unii (medici, aparținători) pot socoti că situația este disperată, prelungirea vieții – fără sens și, prin urmare, eutanasia – justificată; din punct de vedere creștin însă și astfel de situații apreciate de om dreptperate și negative pot să aibă un sens care nu ne este direct accesibil, care ține de planul providenței divine. Adesea nu suntem în stare să înțelegem valoarea propriei suferințe... Cum am putea atunci oare cântări prețul suferinței unui om care ne pare redus la o stare vegetativă? De unde știm dacă nu cumva suferința sa în acele momente nu este rodnică și dacă nu cumva îi este dat ca în acele clipe să-și cântărească propria viață și – de nu a făcut acest lucru în momente de fericire – să adere la Dumnezeu tocmai dându-și seama de zădărnicia ei? Ce drept am avea noi, care avem inevitabil rolul de simplii spectatori mai mult sau mai puțin implicați în suferința omului, să întrerupem poate ultimul său colocviu pământesc cu Dumnezeu, poate ultima lui șansă la convertire, chiar dacă nu ne este dat să o percepem? Dacă unii ar pretinde întreruperea vieții

² Rămâne valabil ceea ce spunea cu veacuri în urmă sfântul Augustin: „Nu este niciodată îngăduită uciderea altcuiva, nici măcar dacă respectivul ar dori-o sau chiar cere-o, atârând între viață și moarte, cerând să fie ajutat să-și dezrobească sufletul care luptă împotriva legăturilor trupului și dorește să se desprindă din ele; acest lucru nu este îngăduit nici măcar atunci când bolnavul nu ar mai fi în stare să trăiască”. Ioan Paul al II-lea, *Evangelium vitae*, <http://www.vatican.va/edocs/ITA1217/PN.HTM>, 65-66 (în continuare EV); Sacra congregazione per la dottrina della fede, Dichiarazione sull'eutanasia (05.05.1980), http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_it.html (în continuare Dichiarazione sull'eutanasia); Elio Sgreccia, *Dignità dela morte*, p. 134-135; 144-145.

unei persoane redusă la stadiul vegetativ pornind de la rațiuni „filantropice”, un creștin va invoca în apărarea vieții (indiferent de starea în care se află) tot iubirea, bine știind că în luarea unei decizii primează respectarea vieții omului și dorința ca acesta să se împlinească după planul dumnezeiesc.³

Așa-numita „încrâncenare terapeutică”

Dincolo de dezbaterile asupra legitimității sau ilegitimității eutanasiei, în condițiile dezvoltării fără precedent a tehnicii medicale, în ultimele decenii ale veacului trecut s-au născut deopotrivă discuții și reflecții asupra punctului unde ar trebui să înceteze lupta pentru viață prin acordarea de îngrijiri medicale pentru a nu se transforma în așa-numita „încrâncenare terapeutică”. Termenul „încrâncenare” este destul de ambiguu și, cel puțin în alte limbi, foarte peiorativ, desemnând inclusiv felul în care se năpustește un animal asupra unei prăzi (v. francezul „acharnement”), drept pentru care este preferabil să vorbim mai degrabă despre mijloace terapeutice sau îngrijiri medicale excesive ori disproporționate. Mai importantă decât terminologia este însă reflecția asupra conținutului a ceea ce desemnează această sintagmă. Ar fi de spus întâi de toate că medicilor le este în genere greu să recunoască în vreo circumstanță că dau dovadă de „încrâncenare” și că nici din afară nu este mai ușor să se stabilească limitele dintre utilizarea unor mijloace proporționate și a unora disproporționate, cu atât mai mult cu cât se întâmplă ca aceleași mijloace (întrebuințate în anumite circumstanțe, cu anume pacienți) să se vădească salutare, în vreme ce în altele – excesive și zadarnice; în primul caz familia bolnavului și anturajul larg socotesc că medicul a făcut pur și simplu minuni, iar în cel de-al doilea că s-a îndârjit în zadar, chiar dacă în ambele cazuri el nu și-a făcut decât datoria. O atare evoluție a lucrurilor în circumstanțe aparent similare este posibilă pur și simplu pentru că știința medicală nu este una exactă și terapeutului nu-i stă în putință să prevadă cu precizie rezultatele mecanismelor medicale pe care le pune în funcțiune; el se poate preocupa să acționeze spre binele pacientului, dar nu poate avea control deplin asupra evoluției bolii și răspunsului acestuia la tratament. Problema limitei între acordarea de îngrijiri medicale necesare și transformarea lor în măsuri terapeutice excesive este prin urmare delicată și deloc lipsită de necunoscute și nuanțe, având ca punct de referință preocuparea pentru un veridic respect față de viață. În principiu însă, așa cum administrarea morții (practicarea eutanasiei) nu este licită, nu este de dorit nici antrenarea unor mijloace terapeutice disproporționate în lupta cu moartea, căci adeseori „încrâncenarea terapeutică” nu face decât să prelungească suferințele și agonia omului; totodată însă, trebuie recunoscut faptul că prin

³ Siro Lombardini, “Condizioni sociali ed economiche per il sostegno alla vita”, în vol. *Il valore della vita*, p. 123-124.

reanimare, prin susținerea vieții prin conectarea la diverse aparate, prin acordarea unui anume tratament sau executarea unei anume intervenții, personalul medical reușește azi adeseori să rezolve cazuri aparent disperate. Este necesar pentru aceea ca în toate cazurile decizia să fie luată cu multă competență profesională și responsabilitate morală de către personalul medical, dar cu consultarea celui în cauză (dacă este posibil) sau a aparținătorilor săi și eventual a altor persoane implicate în îngrijirea pacientului (psihologi, persoane cu o pregătire teologică etc.). Cu certitudine, așa cum – necunoscând toate resorturile medicale, avantajele și riscurile unei intervenții – un moralist nu se poate exprima asupra legitimității sau lipsei de legitimitate a aplicării sau neaplicării unei intervenții ori tehnici medicale într-o anumită circumstanță sau în genere, la fel decizia în acest sens nu poate cădea exclusiv pe umerii medicului, mai ales în absența unei bune formări etice (de altminteri de dorit și în genere propusă în facultățile de medicină). În noianul de opinii puse în joc în dezbaterile privind eutanasia și „încrâncenarea terapeutică”, unii medici ar putea pretinde să fie lăsați să acționeze după propria conștiință. Ideea nu ar fi greșită în sine, dacă acțiunea coordonată de conștiință nu ar fi în multe cazuri condiționată de o serie de factori cum ar fi subiectivitatea ori experiența recentă. Astfel, este greu de presupus că, după o serie de eșecuri de pildă, o echipă medicală va investi eforturi suficiente într-un caz similar celor pierdute, chiar dacă poate tocmai acela ar avea șanse de izbândă, după cum este de presupus ca, după multe eforturi ale echipei medicale pentru salvarea vieții unui pacient, aceasta să se atașeze de el și să continue să investească pentru salvarea lui eforturi și resurse chiar și când acestea devin irezonabile; aceeași reacție mai degrabă emotivă decât rațională poate însoți asistarea unui pacient în condițiile în care se întâmplă să fi fost subiectul unei greșeli profesionale. Poate că o soluție echilibrată ar putea decurge din reflecția asupra unor principii de acțiune și asupra fiecărui caz în parte în cadrul unui consiliu etic al spitalului alcătuit din personalul medical, dar și din psihologi, teologi (sau clericii capelani, la rândul lor necesitând o specializare însă). Cert este că, fără pretenția ca rezultatele unei astfel de reflecții să fie universal valabile și aplicabile în chip automat tuturor cazurilor similare, este nevoie de o permanentă și reînnoită reflecție etică asupra acestei probleme. Este deopotrivă necesar un dialog deschis, pentru că nu doar că părerile medicilor pot fi diferite de ale clericilor, dar și acestea pot evolua în timp, în funcție de anumite experiențe. Dacă prin anii '90, clericii se vădeau în majoritate refractari înaintea mijloacelor medicale menite a prelungi viața celor care erau încredințați grijii lor spirituale în spitale, percependu-le ca pe niște procedee experimentale, adesea inumane, străine, un fel de îndârjire înaintea morții (poate și din teama că într-o zi ar putea fi ei înșiși puși în situația de a depinde de astfel de îngrijiri și aparate), iar medicii pledau mai degrabă în favoarea tuturor instrumentelor pe care li le puneau la dispoziție progresul, angoasa înaintea morții suscitând cel mai adesea „activismul terapeutic” (și pentru că medicul nu poate

rămâne indiferent înaintea neliniștii pacientului și anturajului său, dar și pentru că, poate și datorită tentației de a socoti că profesia lor a devenit atotputernică în lupta cu boala și moartea, pentru un medic decesul unui pacient este, din punct de vedere profesional, un eșec și, din punct de vedere afectiv, o frustrare), lucrurile par a se fi schimbat în contextul unei tot mai largi deschideri față de practica și depenalizarea eutanasiei, medicii fiind mai deschiși abandonării luptei cu boala și teologii mai angajați în apărarea vieții. Probabil principiul pentru o corectă atitudine în astfel de situații ar fi a respecta viața, dar și a accepta moartea. Dincolo de acesta, dată fiind complexitatea situațiilor, este dificil de stabilit criterii general valabile; cu toate acestea, voi încerca în cele ce urmează totuși să schițez câteva principii legate de limitarea încrâncenării terapeutice și întrebuițarea unor mijloace terapeutice proporționate.⁴

⁴ Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt. Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Paris: Desclée de Brouwer 1984, p. 13-22; 29-32; 56; 142. Nu am cunoștință ca în România să se fi realizat multe anchete pe tema eutanasiei. Voi menționa în cele ce urmează rezultatele a două studii pe această temă, realizate în mediul medical.

Un studiu elaborat de dr. Cristina Deaconescu, ale cărui rezultate sunt parțial accesibile într-un număr al *Revistei române de bioetică*, arată o destul de mare deschidere a medicilor pentru legalizarea eutanasiei la noi în țară; astfel, din rezultatele succint prezentate de Cristina Deaconescu, se poate observa că, deși numai 25% dintre medicii chestionați în cadrul anchetei sale acceptă eutanasia (în vreme ce 50% nu sunt de acord cu aceasta), totuși 35% ar fi pentru legalizarea ei în România (57% preconizând în plus că aceasta va fi legalizată în țările dezvoltate). V. Cristina Deaconescu, Eutanasia în proiectarea sa multidisciplinară, *Revista română de bioetică*, vol. 3, nr. 4, octombrie – decembrie 2005, <http://www.bioetica.ro/bioetica/ie2/info.jsp?item=9948&node=1498>.

O altă cercetare pe tema eutanasiei realizată între anii 2000-2003 tot în mediul medical de George Cristian Curca, având ca subiecți practicieni și studenți, arată că majoritatea medicilor respondenți (mai ales chirurgii, mai puțin interniștii și specialiștii în terapie intensivă) și circa o sută din trei sute cincizeci și trei studenți la medicină sunt favorabili eutanasiei și legalizării ei, chiar dacă nu se afirmă deschiși în a o practica; astfel, în majoritate, subiecții anchetei afirmă că nu ar administra o substanță letală din afara schemei de tratament a pacientului și ar dori să-și respecte jurământul medical, neabandonând lupta cu boala (vrând totodată să fie liberi să respecte o eventuală dorință a pacientului de a nu fi resuscitat; chirurgii fac excepție). Între motivațiile acceptării eutanasiei, cea care apare mai frecvent în urma acestei anchete este aceea a compasiunii față de bolnav; autorul studiului arată că, în vreme ce pentru practicieni suferința pacientului este determinantă în acceptarea eutanasiei, pentru studenți este mai importantă dependența față de echipamentul medical pentru susținerea artificială a vieții. Deși majoritatea respondenților studiului se pronunță pentru eutanasia atunci când pacientul este dependent de mijloacele de întreținere artificială a vieții, tot în majoritate ar fi de acord cu prelungirea artificială a vieții în condițiile în care resursele materiale nu ar fi limitate. În ceea ce privește persoanele apte a-i influența pe medici în a practica eutanasia, studiul arată faptul că pentru medicii aflați în contact cu aparținătorii și studenți aceștia joacă un rol destul de important în luarea deciziilor, ceea ce este straniu câtă vreme medicul este format să respecte dreptul pacientului la autodeterminare. V. George Cristian Curca, Eutanasia: o radiografie în interiorul profesiei medicale – studiu comparativ la studenți la medicină și la medici, *Revista română de bioetică*, vol. 6, nr. 2, aprilie – iunie 2008, <http://www.bioetica.ro/bioetica/ie2/info.jsp?item=10385&node=1735>.

De la lupta pentru viață la acceptarea morții

Unii afirmă că unica lege a medicinei ar fi aceea a prelungirii vieții, fie și cu o clipă prin orice mijloc ar avea medicul la dispoziție. Cu toate că acest principiu pare la prima vedere simplu și neechivoc și apare ca o consecință logică a principiului de bază al civilizației noastre – și anume acela privind respectarea vieții – clamat unilateral, tinde să fie restrictiv, fie și pentru că a socoti că respectarea vieții se identifică pur și simplu cu prelungirea ei se încadrează într-o perspectivă mai degrabă materialistă. În plus, drepturile și îndatoririle medicului nu pot fi privite și exersate în abstract, ci numai în strânsă legătură cu cele ale pacientului. Este astfel în primul rând pentru că pacientul este cel care suportă în cele din urmă consecințele aplicării sau neaplicării unei anumite terapii sau intervenții; așa de pildă, chiar dacă reanimarea poate duce uneori la vindecare fără sechele, nu de puține ori antrenează o serie de suferințe morale și fizice greu de îndurat, adesea fără alt rezultat decât epuizarea totală și întârzierea morții, pe care pacientul le îndură și pe care, în consecință, în anumite circumstanțe, mai cu seamă atunci când rezultatul scontat este lipsit de semnificație în raport cu strădania de a lupta cu moartea, le-ar putea refuza. Acest drept al pacientului se leagă de un lucru pe care uneori medicii îl nesocotesc în lupta lor cu boala și cu moartea, și anume tocmai de semnificația morții. În fapt, aceasta poate fi pentru unii oameni gestul cel mai important al propriei vieți, gestul pentru care se pregătesc de-a lungul întregii lor existențe pământești. Or, a trăi moartea în mod conștient (atât cât se poate) și asumat este un drept fundamental al omului și a i-l respecta înseamnă a-i respecta omului libertatea. În fapt, în această lumină, o astfel de trăire a morții este mult superioară prelungirii cu câteva clipe, zile, săptămâni etc. a vieții biologice. Este esențial deopotrivă ca în alegerea mijloacelor terapeutice să se respecte dreptul familiilor de a nu fi zdrobite de prelungirea iresponsabilă a agoniei celui apropiat lor; în situații de boală gravă, membrii familiei sunt inevitabil prinși între neliniște și speranță, iar medicii nu au dreptul să facă să treneze agonia muribundului și suferința aparținătorilor în numele obligației lor de a face orice pentru ca viața acestuia să dureze cât mai mult. La aceste drepturi ale pacientului și familiei se adaugă cele ale personalului medical, care nu poate fi antrenat într-o luptă căreia nu i se prevede nicio izbândă, în detrimentul atenției pe care o datorează altor cazuri. În fine, deși acesta nu este un criteriu care ar trebui să primeze, în alegerea mijloacelor terapeutice și a mecanismelor medicale implicate în îngrijirea unui bolnav se va ține cont și de resursele economice. Chiar dacă societatea noastră ar avea posibilitatea să aloce fondurile necesare îngrijirilor medicale, nu putem totuși nega dificultățile sistemului și, prin urmare, este nevoie și din acest punct de vedere de alegeri responsabile. Așadar, medicul nu poate acționa în fața morții unei persoane traducând în practică principiul cu adevărat fundamental al respectării vieții prin îndârjirea de a prelungi cu orice preț viața fiecărui pacient.

Astfel, este necesar ca în anumite cazuri, nefăcându-se nimic pentru scurtarea vieții, medicii să se abțină de la folosirea unor mijloace terapeutice excepționale și disproporționate, care nu ar face decât să prelungească viața în condiții de nedorit. A afirma acest lucru și a acționa în acest sens nu este o dovadă de cinism, ci de realism și înțelepciune, pentru că adesea în spatele încrâncenării terapeutice se ascunde în fapt pretenția medicinei și medicilor la atotputernicie, ideea capacității de a înfrânge moartea. Or, nu putem uita că „omul este muritor. A respecta viața unui om înseamnă a respecta viața unui om muritor. Atunci când lupta împotriva morții se transformă în tentația de a renega moartea, aceasta înseamnă negare a condiției umane și nu poate decât să ducă la atitudini inumane. Principiul cel mai nobil și generos în aparență se poate perverti atunci când devine o regulă rece aplicată fără de discernământ. Nu vedește un adevărat respect față de viață decât acela care acceptă moartea”.⁵

Câteva principii călăuzitoare în reflecția asupra utilizării unor mijloace terapeutice proporționate

Criterii pentru discernerea unor mijloace terapeutice proporționate

Principiile utilizării mijloacelor terapeutice ar trebui să se aplice de la caz la caz, evaluându-se complexitatea situației după criterii de genul celor prezentate succint mai jos, luarea de decizii ținând în ultimă instanță de bolnav sau de persoanele în drept să ia hotărâri în locul său, respectiv de personalul medical, dar ținându-se seama de îndatoririle morale și cazul în sine. Pornim de la premisa că, dacă fiecare persoană are dreptul și datoria de a se îngriji și a primi îngrijire, nu este nici obligatoriu, nici licit întotdeauna să se folosească toate remediile posibile cu acest scop. Un principiu fundamental este acela al folosirii unor mijloace proporționate, iar pentru stabilirea acestora ar trebui cântărite cu toată responsabilitatea atât de către pacienți și/ sau reprezentanții lor, cât și de către medicul curant și întreaga echipă în grija căruia se află bolnavul (personal medical și de alte specializări: teologi, psihologi) cel puțin criteriile înșirate mai jos.

1. Gradul de risc pe care-l comportă un anumit tratament este un prim element asupra căruia se cere o reflecție responsabilă în fiecare caz în parte. Este evident că în general nu toți pacienții pot răspunde în același fel la un anumit tratament, evoluția lor fiind condiționată de o serie de factori, între care starea lor fizică și psihică, respectiv gradul de optimism în raport cu reușita. În cazul unor tratamente cu pronostic îndoielnic, insuficient experimentate și cu rezultate neatestate, medicul va ține cont de gradul de disponibilitate al pacientului pentru

⁵ Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt*, p. 22-28.

urmarea lor. Astfel, medicul nu poate să-și oblige pacientul să accepte un tratament încă insuficient experimentat dacă acesta refuză să-și asume riscurile aferente. În schimb, este licit ca un bolnav să recurgă la un atare tratament în absența altor mijloace; el o poate face atât din dorința de a-și ameliora starea (asumându-și riscurile nereușitei), cât și bunăoară cu intenția de a se pune cu generozitate în slujba binelui omenirii.

2. Rezultatele vor fi un al doilea criteriu pornind de la care medicii vor decide, de comun acord cu pacientul ori, după caz, reprezentanții săi dacă un tratament va fi sau nu continuat. Astfel, poate fi licită acceptarea de către un bolnav a întreruperii unui tratament la sugestia medicului sau chiar cererea de către bolnav a suspendării unui atare tratament atunci când rezultatele nu sunt pe măsura așteptărilor, în sensul că de pildă îi cauzează disconfort fără a-i garanta ameliorarea stării sau că este foarte costisitor în raport cu eficiența sa; în acest caz întreruperea tratamentelor nu echivalează cu sinuciderea, această opțiune lăsând loc în fapt desfășurării firești a bolii. Dacă este legitim ca pacientul să renunțe la un tratament din dorința de a nu-și împovăra excesiv familia sau de a nu antrena pentru societate cheltuieli excesive, abandonarea tratamentului nu îi poate fi în schimb impusă pornind de la rațiuni economice. Chiar dacă medicii au un cuvânt de spus în ceea ce privește raportul dintre beneficiile tratamentului și cheltuielile aferente, este necesar să se țină cont de dorința bolnavului sau, după caz, a familiei: criteriul financiar nu ar trebui în nicio circumstanță să prevaleze asupra vieții persoanei.

3. Un al treilea element de luat în seamă este fără îndoială starea fizică și, după caz, suflutească a pacientului. Astfel, în cazul unei morți iminente, a unei come declarate cu toată responsabilitatea profesională și morală drept ireversibilă de către medici, dincolo de continuarea unui tratament care nu ar face decât să prelungească suferința și viața vegetativă, este permisă luarea deciziei de a întrerupe tratamentul; în cazul în care un pacient nu mai are forța suflutească de a lupta și eforturile de salvare a lui se vădesc inutile și din pricina resurselor sale fizice, de comun acord cu el, medicii pot întrerupe acordarea unor tratamente speciale. În niciunul dintre cazuri întreruperea tratamentului nu privește îngrijirile normale, cum ar fi alimentația sau hidratarea, fie ele și artificiale (mai puțin atunci când organismul nu le mai poate asimila) sau iarăși curățarea escarelor, aspirarea secrețiilor bronhiale etc.

4. În fine, cheltuielile pe care le pretinde un tratament se cer și ele luate în seamă în reflecția asupra acordării unor tratamente echilibrate. Astfel, pe de o parte, un bolnav nu poate fi obligat să accepte un tratament care antrenează costuri mari pentru el și familia lui sau chiar pentru societate; în acest caz, refuzându-se tratamentul, nu avem de-a face cu un gest asimilabil sinuciderii, ci cu acceptarea condiției umane, respectiv dorința bolnavului de a nu pune în mișcare un mecanism medical disproportionat sau a-și supune familia ori anturajul largit unor cheltuieli greu de suportat. Pe de altă parte însă, nicio instanță medicală

sau juridică nu poate stabili că, din pricina costurilor menținerii în viață a unui bolnav, acesta trebuie să moară; desigur, medicii au un cuvânt de spus asupra unei eventuale disproporții dintre investiția – în resurse materiale și energie – și rezultatele tratamentului, dar decizia asupra vieții și morții nu le aparține.⁶

Iată așadar patru elemente care ar putea să orienteze reflecția celor implicați în stabilirea unor tratamente echilibrate în iminența morții; după cum am putut vedea, nu este vorba nicidecum de niște elemente care declanșează un automatism și garantează facilitatea deciziilor, ci mai degrabă de tot atâtea cuțite cu două tăișuri, care implică din plin responsabilitatea tuturor factorilor antrenați într-o atare rezoluție. Aceste elemente ar trebui la rândul lor gestionate potrivit unui principiu de bază, nici acesta simplist, care este acela de a prețui viața și concomitent a accepta moartea firească.

Decizia asupra mijloacelor terapeutice echilibrate, o responsabilitate gravă și... împărțită

Pe seama cui ar trebui să cadă așadar decizia privind utilizarea sau neutilizarea unor anume mijloace terapeutice? Fără îndoială, prima persoană implicată în luarea unei hotărâri în privința utilizării (sau întreruperii utilizării) mijloacelor terapeutice este medicul; el este primul nu pentru că decizia l-ar privi mai mult decât pe bolnav de pildă, ci pentru că este cel mai în măsură să se pronunțe asupra eficacității sau lipsei de eficacitate a unui anume tratament ori a unei anume intervenții. În condițiile actuale, în care tehnicile medicale sunt mult mai diversificate decât în trecut, când ia o astfel de decizie, deloc ușoară dată fiind mai marea sau mai mica eficiență a unor tehnici medicale și consecințele secundare ale acestora, medicul nu ar trebui să se întrebe numai dacă are sau nu dreptul să se abțină de la a utiliza cutare mijloace terapeutice, ci și dacă are dreptul să le întrebuințeze în cutare caz. Aceasta pentru că nicio tehnică medicală nu este în sine bună, devenind astfel numai dacă este utilizată bine, în mod adecvat unei situații precise. Mergând mai departe, am putea spune că este moral ca un medic să utilizeze anumite mijloace terapeutice atunci când, reflectând, înțelege că este rezonabil să acționeze, după cum este moral să se abțină de la utilizarea respectivelor mijloace când, reflectând, înțelege că nu este rațional și nici uman să acționeze. Abținerea de la utilizarea unor mijloace terapeutice disproporționate nu poate fi în acest caz asimilată eutanasiei, cu condiția să reprezinte o decizie rațională și responsabilă atât din punct de vedere profesional, cât și etic.⁷

⁶ *Dichiarazione sull'eutanasia*; EV 65; Elio Sgreccia, *Dignità della morte*, p. 146-150.

⁷ Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt*, p. 32-33.

În luarea deciziei, medicul va trebui să țină însă cont de dorința pacientului, respectându-i demnitatea și libertatea. Uneori aceasta se poate exprima explicit și medicului îi este ușor să cadă de acord cu pacientul asupra intervențiilor pe care le va face după prezentarea diagnosticului, a avantajelor și riscurilor întrebuintării unei anume terapii, respectiv a comparării rezultatului scontat al intervenției cu riscurile non-intervenției. Lucrurile nu stau însă întotdeauna atât de simplu, mai ales în condițiile în care pacientul nu își mai poate exprima voința (este în stare de inconștiență) sau nu în mod liber (condiționat fiind să accepte sau, dimpotrivă, să refuze o anume terapie ori intervenție din pricina unei mari suferințe sau de teama altora noi, medicul având a fi foarte prudent în astfel de cazuri) ori când, ajungând dependent de anumite terapii, medicul nici nu se mai gândește să-i ceară consimțământul pentru continuarea lor. Este limpede că situațiile sunt complexe, dar, în principiu, medicul nu ar trebui să se comporte paternalist cu pacientul, respectându-i libertatea: se întâmplă uneori ca personalul medical să reușească să convingă pacientul să accepte o intervenție menită a-l menține în viață chiar cu anumite costuri (v. de pildă amputarea membrilor, salvarea după un accident care a implicat arsuri grave, desfiguratoare, condamnarea la scaunul cu roțile după o operație) sau să îl ajute să reia, după o etapă de criză depășită, dorința de a lupta iarăși cu suferința, stabilind un climat de înțelegere, de apropiere, negociind chiar și uneori dându-i îngrijire împotriva voinței sale aparente; alteori personalul medical va trebui să accepte dorința pacientului de a-și trăi ultima perioadă în deplină conștiență, în mijlocul alor săi, refuzând orice tratament menit a-i prelungi viața cu costul scăderii lucidității sau cerând reducerea la minimum a tratamentului. Trebuie ținut cont de faptul că se poate întâmpla ca pacienții să nu-și dorească prelungirea vieții cu orice preț, ci mai degrabă posibilitatea de a-și trăi ultimele momente cât mai intens. Atunci când pacientul refuză astfel de tratamente care i-ar putea prelungi viața în iminența morții nu avem, evident, de-a face cu cazuri de eutanasiere, pentru că nici medicul, nici pacientul nu sunt responsabili de survenirea morții; ei doar o lasă să-și urmeze cursul firesc. Pentru ca dorința pacienților – fie ei vârstnici aproape de moarte sau bolnavi incurabili – să fie bine înțeleasă este nevoie însă ca personalul medical să îi fi ascultat și înainte de etapele critice. Așa de pildă, unii ar putea declara că vor să moară numai pentru că nu mai pot suporta durerea; or, faptul ca medicul să eutanaseze un bolnav în atare circumstanțe nu înseamnă altceva decât a lua bolnavul fără rost în serios, făcând dovada că nu cunoaște fazele bolii sale și trăirile psihologice aferente, răspunzând unui strigăt după ajutor (căci adesea așa se traduce în fapt cererea eutanasierii de către cineva care suferă) printr-un gest ucigaș. În fine, atunci când pacientul este în incapacitatea de a-și exprima voința, trebuie să se țină cu realism și responsabilitate cont de ceea ce ar putea fi voința sa, căci perspectiva sa asupra vieții și morții, asupra suferinței și bolii, filozofia sa de viață, scara sa de valori se clădesc și exprimă de-a lungul unei întregi vieți. Apropiatii bolnavului sunt cei mai în măsură să dea mărturie în

acest sens și, mai mult, să interpreteze eventualele semne pe care le poate da bolnavul în situație critică, nemai putând să se exprime explicit. Din nou va fi însă necesară prudența, căci, pe de o parte, numai o familie deosebit de apropiată de pacient ar putea să-i cunoască suficient poziția și, pe de alta, afecțiunea ce i-o poartă ar putea să îi facă pe membrii familiei să dorească să nu i se mai prelungească suferința. În orice caz, aparținătorii nu trebuie făcuți integral și exclusiv răspunzători pentru luarea unor decizii, căci un eventual eșec i-ar culpabiliza excesiv; mai mult, este necesar ca personalul medical să respecte durerea familiei. Aceasta intră în ecuația deciziilor și dintr-un alt punct de vedere, și anume acela al capacității sale de a susține ulterior bolnavul. Astfel, în condițiile în care familia își asumă responsabilitatea de a purta de grijă bolnavului dacă în urma tratamentului administrat pentru prelungirea vieții rămâne într-o situație de dependență, personalul medical va putea opta pentru urmarea tratamentului chiar dacă există riscuri mari, în vreme ce, în cazul în care un bolnav nu are o familie care să-l susțină, balanța poate înclina spre refuzarea respectivului tratament. Aceasta nu înseamnă că viața unuia ar prețui mai mult decât a altuia, ci doar că se ține seama de situația concretă a celui în cauză; este vorba în fapt de calitatea vieții de care medicul este chemat să țină cont, căci, deși viața este un bun suprem, moartea poate apărea uneori ca o eliberare. Un alt criteriu adesea luat în calcul de medici în aplicarea sau neaplicarea unor intervenții sau îngrijiri este vârsta, lor fiindu-le în general mai ușor să se abțină de la aplicarea anumitor mijloace terapeutice în fața unor vârstnici și mai greu în fața unor tineri. Cu toate acestea, se poate întâmpla ca unii vârstnici să reacționeze mai bine decât unii tineri la anumite tratamente, multe depinzând de evoluția bolii și capacitatea organismului de a lupta cu ea. În luarea unei decizii, personalul medical trebuie, prin urmare, să se ferească de astfel de discriminări și să caute întotdeauna binele persoanei, depășind orice posibile condiționări subiectiv-afective. În luarea deciziilor pot fi implicați și alți membri ai personalului medical, cum ar fi asistenții medicali sau – de ce nu? – spirituali care, prin specificul profesiei lor, sunt mai apropiați de bolnavi și familie decât medicii înșiși. Faptul ca aceștia să aibă un cuvânt de spus face ca decizia să fie luată mai uman, nu numai din perspectiva tehnicii medicale (pe care adesea este tentat să o îmbrățișeze unilateral doctorul). Prin urmare, deși responsabilitatea medicului este cea mai mare, în decizie el nu este singurul implicat: chiar dacă în ultimă instanță medicul este responsabil de luarea deciziei de a administra sau nu un tratament, el trebuie susținut în acest sens de întreaga echipă care îngrijește pacientul, în spirit colegial. Mai mult, în genere hotărârile trebuie pregătite din timp, nu amânate pentru momente de criză, când riscă să fie luate în grabă, arbitrar și potrivit problemelor medicale de urgență, eventual de către o terță persoană (medicul de la terapie intensivă, medicul de gardă, medicul de la ambulanță pentru bolnavii nespitalizați etc.), care nu cunoaște deloc sau nu cunoaște destul pacientul.⁸

⁸ Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt*, p. 33-41; 54-59; 101; 104; 146-147; 156-157.

Descoperirea adevărului, premisă a însoțirii veridice a bolnavului

O altă problemă morală care se pune în cazul bolnavilor incurabili – strâns legată în fond de cea a consimțământului care li se cere pentru un tratament sau altul – este aceea a necesității / non-necesității descoperirii diagnosticului și pronosticului bolii. Abordând din nou dintr-o perspectivă creștină acest aspect, se poate afirma că adevărul este criteriul care conferă oricărui act moralitate, drept pentru care, în principiu, bolnavului nu ar trebui să i se ascundă realitatea propriei stări. Conform cercetărilor medical-psihologice de altminteri, descoperirea acesteia de cele mai multe ori îi face pe bolnavi să adopte o atitudine senină, pozitivă, de deschidere psihologică și spirituală, dându-le posibilitatea de a se pregăti pentru o moarte demnă și le este și aparținătorilor mai de folos decât minciuna; aceasta de altminteri poate fi ușor dată în vileag, fie dintr-o neatenție a cuiva din anturajul bolnavului, fie pentru simplul fapt că adesea bolnavii incurabili simt apropierea morții sau cel puțin intuiesc diagnosticul, oscilarea între bănuială și speranță nefiindu-le de niciun folos. A cunoaște și dezvălui adevărul este – în pofida răspânditei tendințe ca acesta să îi fie ascuns bolnavului din dorința de a-l proteja – un drept al pacientului și o îndatorire față de el. Acesta ar fi principiul de bază așadar, ceea ce nu exclude anumite nuanțe însă. Astfel, în transmiterea adevărului, trebuie să se țină seama de capacitatea bolnavului de a-l accepta; în funcție de disponibilitatea sa în a-l primi, aceasta poate fi eventual graduală, implicând o anumită pregătire (pentru a nu se accentua sau declanșa o eventuală depresie), poate niciodată deplină (pentru că în anumite cazuri omul nu este în stare să accepte până la capăt adevărul, pe de o parte, iar, pe de alta, întotdeauna este, obiectiv vorbind, loc de speranță, în medicină previziunile neputând fi niciodată 100% sigure). În luarea deciziilor pe această temă ar trebui să se țină cont de necesitatea oricărui om de a se pregăti pentru moarte totuși. Un alt principiu fundamental este acela că transmiterea diagnosticului trebuie să se facă într-un cadru uman, de dialog, de comunicare, aceasta implicând și ascultarea pacientului; astfel, în astfel de cazuri nu poate fi vorba de o simplă întâlnire tehnică în care pacientul află de ce suferă și cât timp se preconizează că ar mai putea trăi, fiind necesară tocmai o adevărată întâlnire între medicul curant și pacientul însoțit de cineva apropiat, bolnavul având nevoie mai cu seamă în atare circumstanțe, potrivit studiilor de specialitate, de solidaritate și de a nu se simți părăsit. Adeseori o bună comunicare a unui cadru medical cu pacientul și familia sa face senine etape care, trăite cu încredință, ar putea fi cel puțin apăsătoare și generatoare de singurătate și închidere, dacă nu de-a dreptul dramatice. Bolnavul are nevoie să fie însoțit de apropiații săi pe ultima parte a parcursului său mundan, să fie lăsat și ajutat să comunice, să reînnoade sau aprofundeze relații, și el, și anturajul conștientizând că trăiesc ultimele șanse în acest sens. Când situația se agravează, bolnavul are nevoie în continuare de prezența celor apropiați și căldura personalului

care-l îngrijește. Cele mai mărunte gesturi, de la o strângere de mână la efectuarea toaletei, pot fi pentru el tot atâtea prilejuri de a se simți însoțit, sprijinit, înțeles, iar nu abandonat. Muribundul are deopotrivă trebuință de un suport spiritual veridic, acesta putând îmbrățișa multiple forme, de la o rugăciune rostită sau o lectură biblică făcută de apropiații săi ori cineva din personalul spitalului sau un voluntar și până la administrarea sacramentelor, în funcție de propria sa orientare religioasă și propria lui sensibilitate. Este însă de reținut că nici creștinii, nici necreștinii nu au nevoie pe patul de moarte de o catehizare în adevăratul sens al cuvântului, ci în primul rând de posibilitatea de a se simți susținuți și încurajați, de a iniția, păstra sau, după caz, aprofunda relația cu ceilalți și cu Celălalt. Acesta este cadrul care favorizează pentru unii descoperirea sau redescoperirea sensului vieții (și morții), descoperirea sau redescoperirea lui Dumnezeu. Ultima parte a existenței poate reprezenta pentru bolnav o perioadă de mare importanță, esențială putând deveni și pentru familie, atât pentru acceptarea ultimei prezențe a unuia dintre membrii săi, cât și a trecerii și apoi absenței sale fizice. Descoperirea adevărului cu privire la iminența morții, care am văzut că se vedește mai rodnică decât minciuna, nu trebuie să degenereze în niciun caz într-o obsesie a morții pentru anturajul bolnavului: personalul medical și aparținătorii au încă de-a face cu un om viu, care trebuie ajutat să trăiască în mod cât mai plener, uman și veridic ultima parte a existenței sale pământești. Oricum, este de spus că însoțirea bolnavului de către familia sa și de echipa căreia îi este încredințat spre îngrijire nu este întotdeauna ușoară și ideală. Astfel, ca și bolnavul, familia poate cunoaște în confruntarea cu realitatea bolii o serie de faze, de la negare la revoltă, de la agresivitate la tristețe. În pofida faptului că reușesc să se poarte ca niște profesioniști și să-și ascundă sentimentele, de multe ori chiar și membrii personalului medical, atașându-se de bolnav, trăiesc alături de el suferința precum apropiații săi. A însoți un bolnav până la moarte în chip uman și profesionist, investind eventual orice gest cu valoarea religioasă pe care o poate avea orice muncă și orice act de solidaritate, înseamnă a-i respecta cu adevărat demnitatea și a recunoaște frumusețea vieții până la sfârșitul ei.⁹

În chip de concluzii

Am văzut că, după cum anticiparea intenționată a morții unui pacient este un rău obiectiv, nici așa-numita încrâncenare terapeutică nu este o cale potrivită în abordarea pacienților terminali. Aceasta pentru că, dacă este ceva fundamental greșit în pretenția indivizilor timpurilor noastre de a putea dispune de orice după bunul plac, inclusiv de viață și de moarte, nu este legitimă nici

⁹ Elio Sgreccia, *Dignità della morte*, p. 150-151; Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt*, p. 94-95; 169-181; 199.

pretenția medicilor de a-și aroga dreptul de a ucide sau, dimpotrivă, de a prelungi artificial și nelimitat viața. Alegerea unor mijloace terapeutice proporționate nu este ușoară; dincolo de orice rețete, în reflecția asupra acestei probleme, medicul ar putea ține cont în fiecare caz de: gradul de risc pe care-l comportă tratamentul sau intervenția propuse pacientului, rezultatele scontate, starea fizică și cea sufletească a pacientului, cheltuielile pe care le pretinde un tratament. Decizia medicală de a alege un tratament sau altul, de a acorda, continua sau suprima o terapie ori de a face sau nu face o intervenție nu este însă nicidecum un automatism, care s-ar putea sintetiza în formula: medicul studiază cazul, propune tratamentul, obține acordul pacientului, aplică tratamentul; dimpotrivă, adeseori aceasta trebuie să devină o adevărată artă, medicul având a ține seama de considerente științifice, dar și de o serie de factori mult mai puțin obiectivi, dar, cu toate acestea, mult mai umani. „Aceasta pentru că fiziologia nu dă cu desăvârșire seama asupra a ceea ce este omul sănătos, și nici asupra patologiei omului bolnav. Faptul uman depășește cu mult domeniul cunoașterii medicale, iar decizia medicală este obligată să țină cont de caracterul ireductibil al subiectului uman, iar – dacă nu o face – riscă să se vădească inadapată și ineficace sau chiar, la limită, să disprețuiască demnitatea și libertatea umane”. Această „artă a deciziei terapeutice” se deosebește de simpla știință medicală tocmai prin faptul că ia în considerare particularitățile individului, ceea ce-l face cel care este: de la așteptările și dorințele sale la caracteristicile sale psihice și psihologice, de la valorile sale la viața lui familială etc. Pentru a ajunge la cunoașterea acestei realități, care favorizează luarea unei decizii bune, medicul are, evident, nevoie de mai mult decât de simple cunoștințe medicale, și anume de o relație cu persoana respectivă. Numai aceasta va asigura luarea unei decizii bune și umane, mai cu seamă în situații complexe, în iminența morții, în condițiile unei slabe speranțe de vindecare, în condițiile în care se presupune că supraviețuirea va fi însoțită de sechele grave etc., pe scurt atunci când decizia nu este ușoară. „Am văzut că medicul trebuie să se plece înaintea unui refuz exprimat în mod liber de către bolnav, în cunoștință de cauză, în chip ferm și după o reflecție matură; că uneori este cu puțință ca voința pacientului să fie interpretată. Dacă nu este astfel, nu se poate face altceva decât să se decidă în locul bolnavului și pentru binele său. Atunci este necesar să se țină cont de multiple elemente, greu de obiectivat, accesibile nu acelor care au pur și simplu o atitudine de oameni de știință, ci acelor care sunt în stare să acorde atenție, să asculte cât mai bine cu puțință ceea ce are de transmis bolnavul; medicul poate să se numere între aceștia, dar nu este singurul. Înțelegerea între medici și ceilalți care îngrijesc pacientul și familia sa este așadar indispensabilă pentru pregătirea unei hotărâri raționale și umane, chiar dacă până la urmă echipa medicală este singura care poartă responsabilitatea tratamentului aplicat sau a întreruperii lui” și chiar dacă decizia se poate vădi la un moment dat greșită. Acesta este un risc pe care

Îl presupune orice întreprindere umană, cu atât mai mult într-un domeniu atât de sensibil ca acela al vieții și morții. Teama de a greși nu trebuie să-l facă pe medic să se încrânceneze sau, dimpotrivă, dea bătut în lupta cu boala. Faptul de a acționa cu intenție bună, cu toată responsabilitatea morală și competența profesională, ținând cont de dorința pacientului și a familiei, dar, mai ales, de binele bolnavului conferă – dincolo de rezultat, oricărui gest al său legitimitate.¹⁰

¹⁰ Patrick Verspieren, *Face à celui qui meurt*, p. 63-65; 150-151.

MIGRATION OF HEALTH PROFESSIONALS: SOCIAL RESPONSIBILITY AND RIGHT TO FREEDOM OF MOVEMENT

IRINA CEHAN*

ABSTRACT. After Romania joined the EU, the migration of doctors to other countries has increased and the consequences have started to be seen in Romania's health system. The relation between the right to freedom of movement and the social responsibility of the doctors employed in the Romanian health system who go abroad for professional reasons is of current interest, as doctors' migration has an impact on the patients' right to access the health care services. We cannot separate the problem of social responsibility of the doctors who decide to emigrate from principles and ethic values like: equity, liberty, and social justice. Sometimes, social responsibility may even entail the forfeit of some rights, or their exercise within certain limits, so as to avoid encroaching on the equal rights and liberties of other persons and to abide by the ethic principle of doing good. Jeremy Snyder sees in these limitations an obligation and not the choice of a person, who has certain rights and who decides to give up their freedom of movement, to fulfill their obligations towards community. The fact that an individual lives in a community that favours a connection among individuals leads to a moral duty of each one of the community's members and to social responsibility. Starting from this idea, a higher social responsibility of health care staff can be explained by these connexions and the state of necessity of those who live in the source country, of those who claim a fundamental right: the right to health care.

Keywords: *migration, health care staff, social responsibility, the right to freedom of movement*

REZUMAT. După aderarea României la UE, emigrarea doctorilor către alte state a crescut iar consecințele acestui fenomen se pot regăsi în sistemul Român de sănătate. Relația dintre dreptul la liberă circulație pe piața muncii și responsabilitatea socială a cadrelor medicale angajate care preferă să lucreze în străinătate din rațiuni profesionale este de un viu interes, întrucât emigrarea medicilor are un impact asupra dreptului pacienților de a accesa servicii de sănătate. Nu putem separa problema responsabilității sociale a medicilor care decid să emigreze de principii și valori etice precum: echitate, libertate și justiție socială. Uneori, responsabilitatea socială poate chiar să atragă după sine reținerea unor drepturi, ori exercitarea lor în anumite limite, pentru a evita atentarea la drepturile și libertățile altei persoane și să respecte

* postdoctoral researcher, Center of Ethics and Health Policies, UMF „Gr.T.Popa” Iași, email: irine2000ro@yahoo.com

principiul etic al înfăptuirii binelui. Jeremy Snyder vede în aceste limitări o obligație și nu alegerea unei persoane, care are anumite drepturi și care decide să renunțe la libertatea de mișcare, pentru a-și împlini obligațiile către comunitate. Faptul că un individ trăiește într-o comunitate care favorizează o legătură între indivizi conduce la o datorie morală a fiecărui membru a comunității și la responsabilitate socială. Plecând de la această idee, o responsabilitate socială mai înaltă a personalului din sistemul de sănătate poate fi explicată prin aceste conexiuni și starea de necesitate a celor care locuiesc în țara de origine, a celor care reclamă un drept fundamental: dreptul la îngrijire medicală.

Cuvinte cheie: *emigrare, personal sănătate publică, responsabilitate socială, dreptul la liberă circulație*

1. The General Context of Doctor Migration

The increase in individual needs and health care standards has led to a restructuring/reform of the health care systems both in the developed and the developing countries. As a result, one of the main problems worldwide is the lack of medical staff. In this context and in the context of freedom of movement, the offer of jobs in the economically developed countries becomes more and more attractive for professionals in the poorer countries, where their wages and work conditions are inferior.

According to the World Health Organisation, in 2006 there was a deficit of more than 4,3 millions of medical staff worldwide, the developing countries being the most affected by this. Under these circumstances, the lack of health care professionals is associated to the phenomenon of migration, although the OECD and WHO reports underline other factors too, which accentuate the lack of human resources in the medical field, such as the world economic crisis, pandemics, deficiencies in the health care systems, etc. The international migration of labour in the medical field, itself, is not a cause of the world crisis of medical workforce; however, it accentuates this issue in some countries (Dumont, Zurn, 2007). On a global scale, the migration phenomenon may reduce the inequalities in health care in some destination countries by covering the deficit of medical staff, but the international migration of medical staff from countries with a health care system already lacking staff increases global inequalities regarding the access to health care services (Mackintosh, M, 2007).

The WHO and OCDE reports have underlined the main reasons (pull factors) of the international migration of doctors: salary raise, access to new medical technologies, possibility to offer a better future to their children. Moreover, there are other specific factors such as: increased specialisation of the health care services, ageing of the population in some countries, increased

access to information, improvement of the transport means. At the same time, emigration has been a quick solution to covering the demand of medical staff in some OCDE states which had to cope or are coping with a lack of workforce in the medical field after the year 2000 (OCDE, 2010). The main destinations of doctors worldwide are: New Zealand, Ireland, Great Britain, USA, and Australia (OCDE, 2010).

The migration of medical staff from poor to rich countries has reached remarkable proportions in the last decades and continues to rise. It has become a real problem, arousing debates between decision-makers and experts with a view to sorting out the human resource crisis, particularly in the countries where the percentage of health care professionals who are immigrants exceeds 10% (Dwyer, 2007), where measures need to be taken to compensate for the loss in resources and investment.

The doctors often leave behind a health care system that vacillates from almost adequate to totally impaired, characterised by inadequate funding, inferior technology, epidemics, war and political instability, a lack of infrastructure, insufficient training capacity, and a long-standing shortage of healthcare professionals (Stewart, Clark & Clark 2007).

The rise, in the last decades, of the phenomenon of international migration of doctors (especially to OECD countries) has drawn experts' attention to analyse *the reasons* of medical staff deficit worldwide and to study the phenomenon of doctor migration so as to understand these movements as well as their causes and consequences.

2. The Consequences of the Migration of Doctors from Source Countries to Host Countries

In general, the international migration has positive consequences for the destination countries and negative consequences for the source countries. Analysts in the socio-economic field have emphasised that the migration of health care professionals may have *negative effects* for the developing countries – often *the source countries*, and it may also affect the operation of the health care systems in the developed countries – *the host countries*. The negative consequences in the developing countries consist, first of all, in *losing the investment* (in education and training) and the *human capital*.

From the point of view of the host countries, which are, in general, affluent societies, the negative consequences of the doctors' migration refer to the fact that the vacant jobs are taken by foreign doctors and, in this way, *the access to the labour market of the home-grown medical students/interns is limited*, which means a direct conflict inside the national economic system. Keeping and developing the human resource is a benchmark for any organisation. In the medical field, staff fluctuations will affect both the access to health care

services and the health care quality – consequences felt by the patients as beneficiaries of the system. Currently, there is little research in the impact of the staff fluctuation/leaving on *organisational performance* on the whole, and even less as far as the medical field is concerned (Buchan, 2010).

The main *costs of staff leaving* are: a) losing experienced professionals, b) limitations in the quality of services, c) separation costs, d) costs related to the provisional substitution of the staff that has left, e) costs related to the recruitment, training and integration of the new employees. Among the benefits of the organisations from which staff leaves we can list: a) a “refreshment” of the workforce, b) possibilities of career advancement, c) an increase in the organisational flexibility, d) opportunities to cut down costs/consolidation, e) a decrease in the “withdrawal” behaviour (absenteeism) (Buchan, 2010). The cost-benefit analyses of the staff fluctuation/leaving conclude that, generally, the costs are higher than the advantages but they vary according to every employer, to the employee’s experience and the organisation’s replacement strategies.

The emigration of doctors, unlike that of other professionals, causes direct and immediate problems to individuals. The effects of the doctors’ absence are reflected in a decrease in health care availability and quality, which means: less doctors for more patients, a shortening of the time dedicated to providing service to patients, a rise of the health care costs, a rise of the disease rate (Bohl, 2009), an encouragement of health care tourism.

However, the emigration of health care professionals may also have *good effects* for the country of origin in the form of sums of money sent back home, sums that may significantly contribute to raising the living standard of the population in those countries. Thus, in the case of some countries (Philippines), the workforce migration has become one of government’s strategies to develop their economy. The positive effects can also be seen in the health care system. One of these effects is creating new jobs, or fighting the problem of doctors’ unemployment if there is an excess of professionals in certain medical specialties. Also, the doctors who have gone to work abroad assist in establishing cooperation contacts between the institutions and specialists from the developed countries and those from the developing countries, which foster the development of the health care system in the deprived countries. Individually, the experience of working abroad involves acquiring new abilities and skills that can subsequently be capitalized on in the country of origin. Thus, the return of the doctors who have gone to work overseas for a while may result in a transfer of work experience in the field under superior circumstances. This can encourage investment in new technologies, which may lead to *changes in the organisational management* and an *increase in the quality of the doctor-patient relationship*, as well as a *development of private health care services*.

3. The doctors - Rights and Responsibilities - Ethic Conflicts Brought about by the Access to Rights Recognised by Law

If we compare the good and the bad effects if the medical staff migration, we can debate on a series of ethic aspects. Among these, the dilemma between social and individual responsibility and the right to freedom of movement of the medical staff.

Economic development and political opening have made possible that people might move freely within the borders of their countries and abroad. Nowadays the *freedom of movement* is recognised as one of the fundamental human rights. The *Universal Declaration of Human Rights*, adopted and proclaimed by the UNO General Assembly as *Resolution 217 A (III) of December, 10, 1948*, where the following are stated: (1) *everyone has the right of freedom and residence within the borders of each state and (2) everyone has the right to leave any country, including his own, and to return to his country.*

The Romanian Constitution and other national legislation guarantee the right to freedom of movement of Romanian citizens. The Romanian Constitution stipulates both aspects that are part of the right to freedom of movement: the freedom of movement in Romania's territory and the freedom of movement outside this territory (Constantinescu M, Iorgovan A, Muraru I, 2004). The freedom of movement of persons, according to the Single European Act (1987), represents one of the four fundamental liberties of the Single Market, together with the freedom of movement of goods, services and factors of production (capital and labour). The basis of the "single market" was laid in 1957 when the Treaty of Rome established the European Economic Community (EEC). This is a starting point for the essential EU policies regarding the domestic market, which take an important step forward in 1985, when the Commission launches the single market initiative.

In the field of the movement of labour, Romania has clinched a series of agreements with the EU member states and started negotiations with other countries aimed at concluding bilateral agreements. These legal instruments determine a controlled and protected access of the Romanian workers to the European labour market. The national legislation tries to regulate ever-changing social situations, in compliance with the EU legislation in the field and that regarding the migration of medical staff. Some EU stipulations and directives, such as Directive 2005/36/CE relating to the recognition of the professional qualifications have facilitated the migration of Romanian medical staff in the EU. After Romania joined the EU, the migration of doctors to other countries has risen and the consequences are beginning to show up more and more in the Romanian health care system. The relation between the right to freedom of movement – social responsibility of the doctors employed in the

Romanian health care system who go abroad is of current interest, the more so when we notice that the migration of doctors affects even the access of the patients to health care services.

The right to health care is a fundamental human right. An efficient health care system, which largely depends on qualified workforce, is vital if everyone's access to health care services is to be ensured and the right to health care is to be put into practice. This is a necessity both for source and host countries, which, in the context of a world crisis of health care professionals, entails a fruitful dialog between the developed and the developing countries and coordinated actions to compensate for the consequences of a certain asymmetry in the international migration of medical staff. States, besides their obligation to ensure the right to health care within their borders, are urged to respect this right in other states and in this way the ethic principle not to do harm becomes relevant in the approach to the migration of the health care professionals.

We cannot separate the issue of social responsibility of the doctors who decide to emigrate from ethic principles and values such as equity, or social justice, and neither can we place it outside the human rights scope. Social responsibility sometimes entails even giving up certain rights or exercising them within certain limits so as not to infringe on the equal rights and liberties of other persons and to abide by the ethic principle of doing good. Jeremy Snyder (2009) sees these limitations even as an obligation and not as a choice of the individual who has certain rights, the obligation to give up the right of freedom in order to pay back to the local community. The fact that the individual lives in a community fostering connections between individuals leads to a moral duty of each one of them and to social responsibility. Starting from this idea, the higher social responsibility of the health care professionals can be accounted for by these connections and the state of necessity in which those who live in the source country find themselves, the state of the vulnerable persons who demand a fundamental right: the right to health care.

James Dwyer (2007) claimed that the phenomenon of the migration of health care professionals was natural as a result of their exercising their rights and it helped rich countries to fulfil their obligations of social justice, but, at the same time, it caused problems of social justice in the source countries. Solving these problems requires both a balance between social and individual needs and a balanced relationship between social justice and international justice.

Thus, we may notice that social responsibility involves two levels: global and individual. The first deals with the relationship between the source and the destination (host) county and refers to policies related to migration, interstate agreements, recognition of qualifications, pull and push determining factors, while the second focuses on domestic issues related to the assimilation of values, moral principles, the option to exercise or not to exercise certain rights, and the limits of exercising the rights by respecting the principle of not doing harm.

Justin List (2009) claimed that the destination countries couldn't call on the right to freedom of movement that the migrant medical staff had in their source country so as to minimize the inequalities they triggered worldwide. Hence, sometimes the good of a nation may work against another nation and so certain imbalances appear with the help of the legal and internationally recognised exercise of some rights such as the right to freedom of movement, residence, and health care.

When they encourage the migration phenomenon, the destination countries might encroach on the ethic principle of doing good, since the migrants have a social responsibility for the community at home. The migrant medical staff exercises their autonomy when they accept the job offers of the affluent destination countries, hence an ethic conflict between the principle of doing good and that of autonomy.

There is a very important ethic principle, namely "charity starts at home" (Zivotofsky), which involves investing one's own energy and resources in the place of residence. However, forcing a person to stay in the country of origin and fulfil their moral obligation to help those who are in need would mean that the state limits the freedom of movement of the health care professionals. This means an inequality of chance as far as rights are concerned and a limitation in terms of the exercise of rights. From an ethic perspective, to suggest that a person who is a health care professional and who might contribute to the local area should be limited as regards their right to freedom of movement is unfair and shows a wrong train of thought (Zivotofsky,).

Nevertheless, the ethic challenges brought about by the emigration of the medical staff require a deeper understanding and an analysis at a higher organisational level than that of the individual agents (Crozier, 2009), given that the individual's way of acting is determined and constrained by a series of social relations.

4. Possible Solution to Mitigate the Conflict – Social Responsibility – the Right to Freedom of Movement

The relation between the right to freedom of movement and social responsibility is dynamic and is determined by the ever-changing needs and the freedom of individual choice. In this context, to comply with the ethic principles the best solutions should be found so that a balance in this relation be kept, both globally by accessing the awareness of the relational phenomenon and individually by intertwining and internalising the personal needs and rights with doing good to others.

The right to emigrate can be considered as one of the human rights as contributing to strengthening these rights and to protection of people in situations when these fundamental rights are violated or in danger of being so (Dwyer, 2007). At the same time, the Universal Declaration of Human Rights states "Everyone has duties to the community in which alone the free and full development of his personality is possible. In the exercise of his rights and freedoms, everyone shall be subject only to such limitations as are determined by law solely for the purpose of securing due recognition and respect for the rights and freedoms of others and of meeting the just requirements of morality public order and the general welfare in a democratic society." Actually, the exercise of individual rights involves, at the same time, the possibility that the others in the community may exercise their rights too. From this point of view, the right to emigrate of the medical staff is set against the social responsibility of this social and professional category. More specifically, social responsibility involves moral duty for the society that invested in the education and training of the medical staff who decide to emigrate (costs related to teachers' salaries, institutions, research grants, internships in clinics and hospitals, etc), an investment supported by public money, that is, indirectly, by the community. On the other hand, on the social level, the government must ensure the proper conditions to practise the profession and the system must enable the young medical students to integrate in the labour market. That is why the health care policies should be adapted to the real needs of an ever-changing society so that it might prove its efficiency and reduce the rate of health care professionals who go overseas.

The analysis of the main reasons for the migration of doctors highlights the significant contribution that the socio-economic and political environment in the country of origin has when doctors decide to go and work overseas. Thus, the financial/economic aspects do not represent the main cause for the health care migration, but the career opportunities and the will to obtain professional satisfaction (WHO, 2010). Hence, the society plays an essential role in ensuring individual needs and in offering opportunities that may enable personal development and fulfilment.

One of the solutions is that the source countries should demand substantial engagements from those who are offered education in the health care field and that increased attention should be paid to resources when people are given training in this field. In many schools in the host countries students are influenced by the "Western aspirations" so that their programmes don't agree with the local pattern of diseases and the technological level. This may lead to lack of satisfaction as concerns the opportunities that the students have in their countries of origin and to inadequate training for local problems, which determine them to look for a job abroad.

Globally, it would be desirable a cooperation between the source and the destination countries, the latter helping the former to cope with the migration and to take action against the “brain drain” phenomenon all the while encouraging social responsibility.

The right to health care is a legal right too, just like the right to freedom of movement. Therefore, the state must offer an adequate infrastructure to the health care system, which implies a proper workforce and, indirectly, individual responsibilities of those who are part of the system (List, 2009).

Conclusions

The right to freedom of movement for professional purposes is guaranteed both by the national and international legislation, the same as the right to health care and, implicitly, the access to health care services. The migration of health care professionals is a process that cannot be stopped and that has increased in our country recently. As individual rights aren't absolute, because they entail certain lawful limitations, it is necessary that a balance should be found between personal fulfilment and the welfare of the community to which a health care professional belongs. In this context, the deciders in the Romanian health system hold a key role to providing favourable conditions for personal and professional development.

BIBLIOGRAPHY

- Bohl, Daniel, D, *The Ethics of Physician Migration and the Implications for the United States. Consilience*, “The Journal of Sustainable Development”, <http://www.consiliencejournal.org/>, 2009
- Buchan, James, 2010, *Reviewing the Benefits of Health Workforce Stability*, “Human Resources for Health”, 8, 2010, p.29
- Buchan, James, *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?*, “World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies”, 2008, available at: http://www.intnursemigration.org/assets/pdfs/7_hsc08_epb_10.pdf
- Connell, John, Buchan, James, *The impossible dream? Codes of practice and the international migration of skilled health workers*, “World Medical and Health Policy”, volume 3, Issue 3, 2011, p.4
- Crozier, G.K.D, *Agency and responsibility in health care worker migration*, „The American Journal of Bioethics”, March, Volume 9, Number 3, 2009, p.8-9
- Dumont, Jean-Christophe, Zurn, Pascal, *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration* in “International Migration Outlook: Sopemi 2007 Edition”, 2007, p.163, available at: <http://www.oecd.org/dataoecd/22/32/41515701.pdf>

- Dwyer, James, *What's wrong with the global migration of health care professionals? Individual rights and international justice*, "Hastings Center Report" 37 (5), 2007, p. 36-43
- List, Justin, *Justice and the Reversal of the Healthcare Worker 'Brain-Drain'*, „The American Journal of Bioethics”, March, Volume 9, Number 3, 2009, p.1-2
- Mackintosh, M. , *International migration and extreme health inequality: robust arguments and institutions for international redistribution in health care*, "The economics of health equity", 2007, p. 151-173
- Snyder, Jeremy, *Is Health Worker Migration a case of Poaching?*, "The American Journal of Bioethics”, March, Volume 9, Number 3, 2009, p.3-5
- Stewart, J., Clark, D., Clark, P.F., *Migration and Recruitment of Healthcare Professionals: Causes, Consequences and Policy Responses*, Policy Brief, no. 7, 2007, available at: <http://www.bpb.de/files/7Z9L93.pdf>
- Zivotovsky, Ari, Zivotovsky, Naomi, *Are Healthcare workers chained of their country of origin?*, „The American Journal of Bioethics”, March, Volume 9, Number 3, 2009, p.16-18

EUTANASIA CA INTENȚIE

MIRCEA GELU BUTA*, LILIANA BUTA**

ABSTRACT. *Euthanasia as Intention.* Christian theology has always accepted death as a natural phenomenon. The Christian leaves in peace, understanding that this is part of life, that death represents a moment and not a final stage. But now everything has changed. Patients are permanently dying in hospital and the complexity of doctor's duty is more increased. To help someone to die is not easy, not only because the death is more and more spoofed and disposed of truth, but because instead of being lived as an extraordinary event, however painful it would be for our human condition, it is considered as an insufficiency for the moment of the science. Many times, someone's death and suffering are hard to handle for ourselves and the wish to reduce this suffering takes sometimes an unclear aspect so we ask ourselves sometimes, who we want to release quicker from suffering, ourselves or the moribund.

Keywords: *Orthodoxy, Medicine, Euthanasia*

REZUMAT. Teologia creștină a acceptat întotdeauna moartea ca pe un fenomen firesc. Creștinul pleacă liniștit, înțelegând că ea face parte din viață, că moartea reprezintă un moment și nu o etapă finală. Dar acum totul s-a schimbat. Se moare mereu, mai ales în spital, iar complexitatea datoriei medicului este tot mai crescută. A ajuta pe cineva să moară nu este ușor, nu numai pentru că moartea este din ce în ce mai falsificată și deposedată de adevăr, ci și pentru că în loc să fie trăită ca un eveniment extraordinar, oricât de dureroasă ar fi pentru condiția noastră omenească, ea este considerată ca o insuficiență de moment a științei. Adesea, moartea și suferința cuiva sunt greu de suportat pentru noi înșine, iar dorința de a scurta această suferință, capătă câteodată un caracter neclar, așa încât ne întrebăm uneori pe cine dorim să scăpăm mai repede de suferință, pe noi înșine sau pe muribund.

Cuvinte cheie: *Ortodoxie, Medicină, Eutanasi*

1. Introducere

În momentul în care pacientul se apropie de moarte, rolul medicului se complică enorm. A ajuta pe cineva să moară nu este ușor, nu numai pentru că moartea este din ce în ce mai falsificată și deposedată de adevăr, dar și pentru că,

* Prof. Univ. Dr., Facultatea de Teologie Ortodoxă, Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca, România, e-mail: butamircea@yahoo.com

** Medic primar Pediatrie, Doctor în Științe Medicale, Spitalul Județean de Urgență Bistrița, România, e-mail: libuta@yahoo.com

în loc să fie trăită ca un eveniment extraordinar, oricât de dureros ar fi pentru condiția umană, ea este considerată ca o insuficiență de moment a științei. Această fugă din fața morții nu este de altfel decât o travestire a aspirației către veșnicia pe care o purtăm în noi. „*Sensul moral al omului, se vede cu claritate în proba morții care desăvârșește viața pe care acesta a trăit-o*” (Nicolai Berdiaev).

Avem certitudinea că moartea nu este definitivă, că ultimul cuvânt nu este al ei, așa cu se accentuează în troparul pascal: „Hristos a înviat din morți, cu moartea pre moarte călcând”. În acest sens, „a te revolta împotriva ei”, spune Nicolai Berdiaev, „înseamnă a te revolta împotriva lui Dumnezeu”. În orice caz, totul este confuz, într-atât apăsarea neliniștii care îl copleșește pe muribund, cât și pe cei apropiați lui, căci moartea unui om ne aduce aminte de propria noastră moarte. Adesea, suportăm cu greu moartea și suferința unui apropiat, iar dorința de a scurta această suferință capătă câteodată un caracter neclar, așa încât ne întrebăm uneori pe cine dorim să scăpăm mai repede de suferință, pe noi înșine sau pe muribund.

2. Eutanasia

În Ortodoxie, viziunea supra eutanasierei se analizează din perspectiva în care viața este legată de Biserică. Cererea pentru eutanasiere poate veni din partea bolnavului, a familiei acestuia, sau în anumite situații, chiar din partea echipei de îngrijire. În ultimele două cazuri actul eutanasic, fiind practicat în afara dorinței bolnavului, îl face inacceptabil din punct de vedere deontologic.

Pentru creștinul mărturisitor, sfârșitul vieții pământești se constituie într-o etapă esențială care trebuie să fie din plin trăită de către bolnav, ca un sfârșit creștinesc, în optica sa „de justificare în fața tronului de temut a lui Hristos”. Nimeni nu are dreptul de a-i fura acest timp care îi aparține doar lui și nu nouă.

Dacă cererea de eutanasiere vine din partea bolnavului, ea trebuie întotdeauna să ne alerteze și să ne întrebăm de ce semenul nostru are o asemenea opțiune. Este o epuizare fizică? Este vorba de o epuizare psihică? Asistăm la o epuizare spirituală?

Desigur, sfârșitul vieții nu este fără durere și fără neliniște, fapt pentru care este nevoie să adaptăm tratamentele analgetice și anxiolitice în așa fel încât să-i redea celui aflat în suferință echilibrul care-i va permite să-și trăiască intimitatea sa cu Dumnezeu.

În cazul în care durerea nu poate fi stăpânită, sedarea se constituie într-o opțiune terapeutică pe care echipa de îngrijire trebuie să o ia în considerare. Ea trebuie însă concepută ca un act terapeutic, permițând oricând pacientului să devină conștient și nicidecum ca un act mascat de eutanasiere, fie ea „de excepție”, prin folosirea unor supradoze. Un somn astfel indus nu poate altera misterul raportului bolnavului cu Dumnezeu.

Subliniem că cei care îngrijesc o persoană muribundă, indiferent de credința sau filozofia lor, de faptul că ei au sau nu conștiință, au un rol foarte important în îndeplinirea unui sfârșit de viață creștinesc, fără durere, fără rușine, liniștit al bolnavilor. Nu putem constata decât că într-o îngrijire paliativă bine condusă nu există niciodată cerere reală de eutanasiu din partea bolnavului.

Un lucru este clar, calitatea însoțirii omului aflat în suferință nu se rezumă doar la tehnică, ci în egală măsură, la aceasta contribuie asistența psihică și spirituală.

Dragostea este un cuvânt cheie al însoțirii celui suferind. Iubirea creștină are în plus o dimensiune divină. Iubește „cum ne-a iubit Hristos”! Dovada Iubirii lui Hristos, pe care o dăm comunității noastre, poate fi mai mică decât cea pe care o dăm lumii? Hristos ne-a zis: „Mai mare dragoste decât aceasta nimeni nu are, ca sufletul lui să și-l pună pentru prietenii săi.” (Ioan 15,13).

Adevărata dragoste are ca și corolar o compasiune, de care creștinul nu poate face economie, în unitatea corpului lui Hristos. În această manieră, nu putem zice că „am o problemă la cap”, ci doar că „mă doare capul”. De asemenea nu pot să zic că „fratele nostru suferă”, ci că „noi suferim în fratele nostru”. A nu trăi aceasta, înseamnă pentru cei apropiați să-și asume riscul pentru a resimți puțin câte puțin oboseala care va determina în cele din urmă, cererea unei eutanasiu eliberatoare pentru ei, dar nu și pentru bolnav. Rezolvarea problemelor prin moarte apare astfel mult mai ușoară decât de a ne oferi fără limite celui aflat în suferință, precum Hristos a făcut-o pentru noi.

Dăruind moartea nu facem altceva decât să permitem a economisi o însoțire a aproapelui nostru, aflat în suferință, care de cele mai multe ori poate fi penibilă, dureroasă și dificil de suportat. Ajutorul dat bolnavului în încercării sale, împărțind în credință suferința și angoasa cu el, este mult mai conformă cu iconomia creștină decât înduioșarea și de aici acceptul să-l ajutăm să moară printr-un gest care cedează total disperării.

Este adevărat că Biserica creștină nu poate să accepte ideea de a dăruia moartea, după cum nu poate accepta ca să abandoneze persoanele care sunt victime ale suferinței morale și spirituale, având credința în ineputabilă compasiune a lui Dumnezeu.

Pentru că adepții eutanasiu invocă „demnitatea” bolnavului, ne întrebăm, ce este atunci demnitatea? Este oare faptul că dorim să scurtăm viața unei persoane pentru a o scăpa de încercările de care ne temem că nu le va putea învinge, bineînțeles în necunoștința față de puterea ajutorului divin? Oare demnitatea nu este cea descrisă de Sfântului Vasile cel Mare: „Dumnezeu a onorat omul cu Imaginea Sa...” „El a risipit angoasele morții și a deschis pentru noi calea reînvierii.” Sau de Sfântul Pavel: „Slăviți, dar, pe Dumnezeu în trupul vostru și în duhul vostru, care sunt ale lui Dumnezeu”. (1 Co 6, 20).

A slăvi pe Dumnezeu în corpul nostru, înseamnă a ne păstra încrederea în ciuda degradării progresive a corpului nostru, înseamnă acceptarea în a-ți purta crucea până la capăt, urmându-l pe Hristos, înseamnă a transfigura ceea ce poate părea o decădere în desăvârșirea asemănării. Un corp aflat în suferință poate deveni atunci plenitudinea templului Sfântului Duh.

Demnitatea bolnavului nu poate fi definită doar în mod univoc, căci ea este susținută de comunitate, adică de familie, de prieteni, de personal medical, ceilalți membrii ai echipei de îngrijiri, care cu toții îl ajută pe bolnav să-și conserve până la capăt intimitatea sa cu Dumnezeu. Cu alte cuvinte toți cei care-l ajută să trăiască în Dumnezeu, în trecerea spre viața eternă, construiesc și împart această demnitate în ceea ce am putea numi o „liturghie a morții”.

3. Consilierea bolnavilor muribunzi

Consilierea bolnavilor muribunzi reprezintă una dintre cele mai intense, mai personale și poate cea mai intimă întâlnire dintre două ființe umane. Să nu uităm însă că moartea este în același timp cea mai personală și intimă experiență a persoanei în cauză. Pentru cel ce moare este momentul său, este drumul său, pe care trebuie să rămână. Nouă ne revine sarcina de a-l însoți pe tot acest drum, până într-un ultim moment, care ne este accesibil. Dar atenție, nicidecum nu trebuie să încercăm ca să devenim noi actorii principali, pentru că aceasta înseamnă că încercăm să furăm ceva ce nu ne aparține.

Ceea ce putem face ca profesioniști este să intrăm în acest angajament, așa cum am face-o pentru părintele nostru, așa cum am vrea să fie făcut pentru noi.

Acompanierea bolnavilor muribunzi reprezintă o chestiune de angajament și de iubire, care-l duce pe medic în pragul unei aventuri, în care va trebui să riște cu toată ființa sa.

Este înainte de toate o chestiune de umanitate, pentru că nu te poți ascunde după halatul de profesionist. Fiecare trebuie să fie conștient de propriile sale limite. Te epuizezi mai puțin dacă te angajezi până la capăt, în profunzime, dacă știi să te încarci în altă parte și nu să te protejezi printr-o atitudine defensivă.

Cel care este pe moarte nu are timp de pierdut. El încearcă să atribuie timpului care i-a mai rămas și care este timpul său, un sens, angajându-se pe deplin în relații, demonstrând un elan afectiv și simțind nevoia unei reciprocități.

Ceea ce face posibil ca răspunsul celui care îl acompaniază să fie adecvat în intensitate este conștientizarea unei limite temporale (zile, săptămâni) a relației. În această etapă a vieții, orice retragere afectivă poate fi fatală. Nu discursul este cel care ajută, ci prezența. Să nu precupețești nici o clipă, deoarece nu știi niciodată dacă va mai fi alta, dacă vei mai găsi bolnavul în viață. Totul are în

acel timp o valoare infinită, valabilă pentru totdeauna. Aceasta l-a făcut pe Francois Mitterrand, care suferea de cancer să afirme: „Descoperim întotdeauna prea târziu că minunea se află în clipă”.

Chiar dacă din punct de vedere medical nu se mai poate face nimic pentru vindecarea pacientului, aceasta nu înseamnă că nu se mai poate face nimic pentru el. Nu este oare o ființă vie până la capăt? Pentru a răspunde acestei exigențe, îngrijirile paliative se adresează bolnavilor cu o boală activă, progresivă și avansată, pentru care prognosticul este limitat, iar îngrijirea se orientează asupra asigurării calității și demnității vieții.

Îngrijirile paliative se ocupă de omul aflat în suferință, încercând să-i asigure un confort bio-psiho-social și spiritual, ajutându-l astfel să-și trăiască ultimele momente ale vieții, așa cum și-o dorește, cu demnitate și înconjurat cu atenție și căldură. Echipele care sunt angajate în acest tip de îngrijire sunt pluridisciplinare, asigurând o abordare holistică, ele ocupându-se atât de bolnav, cât și de familia sa, pentru că problema nu este întotdeauna doar boala și consecințele sale, ci și legăturile familiale, care își descoperă acum deficiențele.

În mod cert bolnavul are nevoie de prezența noastră fizică, ca mărturie concretă că „mergem pe același drum” cu el, că simțim în același timp cu el prezența lui Dumnezeu și trebuie să rămânem alături de el până în ultimul moment, chiar și atunci când pare că și-a pierdut cunoștința.

Prin prezența noastră în apropierea bolnavilor aflați în ultimul stadiu al vieții, avem datoria să le arătăm că Dumnezeu este Darul vieții ca și al morții. Acesta este singurul semn de speranță pentru cei care se află în ultimele clipe ale vieții lor.

INUTILITATEA TRATAMENTULUI MEDICAL LA FINALUL VIEȚII

ANDRADA PÂRVU*, STEFANA MOISA**, RODICA GRAMMA***,
ANGELA ENACHE****, SILVIA DUMITRAS*****, GABRIEL ROMAN*****,
CHIRIȚĂ RADU***** , BEATRICE IOAN*****

ABSTRACT. *The Inutility of the Medical Treatment at the End of Life.* Medical futility is an old concept used to describe a treatment that has no benefit for the patient. The definition of futility should include the goal of the treatment which might be a source of ethical dilemmas because the patient or the family's goal could be different from the doctor's purpose. The paper presents controversies about the medical futility's definition from different point of view (opinion of quality of life's proponents versus sanctity of life's sustainers) and the qualitative and quantitative components of futility. The *medical futility* concept differs from rationing medical resource and should not represent an argument for doctors to overpower the patient's family. The ethical dilemmas appear when the patient is not conscious or competent and there is a medical decision to be taken and the doctor and the family have different opinion about the utility of a medical intervention. The physician should not prescribe a futile treatment even if the patient or his family insists to do it because family hope the patient will improve. In order to solve these decision making dilemmas,

* Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași, Asistent Universitar, Disciplina Hematologie, UMF "Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca. Informații de contact prim autor: parvuandrada@hotmail.com

** Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași

* Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași, Asistent Universitar, Disciplina Hematologie, UMF "Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca. Informații de contact prim autor: parvuandrada@hotmail.com

*** Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași, Conferentiar Universitar, UMF "Nicolae Testemitanu" Chișinău

* Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași, Asistent Universitar, Disciplina Hematologie, UMF "Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca. Informații de contact prim autor: parvuandrada@hotmail.com

* Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași, Asistent Universitar, Disciplina Hematologie, UMF "Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca. Informații de contact prim autor: parvuandrada@hotmail.com

**** Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași

***** Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași

***** Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași

***** Cercetator postdoctoral, Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF "Gr T Popa" Iași, Lect. dr. Facultatea de Drept, Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca

***** Conferentiar Universitar, UMF "Gr T Popa" Iași

an important issue is to respect the patient's values and beliefs and to explain the patient and his family the limitations of medical science. Futility disputes are easier to prevent than to resolve and an essential point is using sincere and emphatic communication with patients and their families.

Keywords: *Medical futility, End of life medical decisions, Quality of life, Sanctity of life*

REZUMAT. Inutilitatea medicală este un concept vechi folosit pentru a descrie un tratament care nu aduce niciun beneficiu pacientului. Definiția inutilității ar trebui să includă și scopul tratamentului care poate fi o sursă de dileme etice deoarece scopul pacientului ori al familiei poate să difere de cel al medicului. Lucrarea prezintă controverse legate de definirea inutilității medicale din diferite puncte de vedere (viziunea susținătorilor calității vieții versus cea a susținătorilor sanctității vieții) și componentele calitative și cantitative ale inutilității. Conceptul de *inutilitate medicală* diferă de raționalizarea resurselor medicale și nu ar trebui să reprezinte un argument al medicilor pentru a contracara familia pacientului. Dilemele etice apar când pacientul nu e conștient ori competent și trebuie luată o decizie medicală iar doctorul și familia au păreri diferite despre utilitatea intervențiilor medicale. Terapeutul nu ar trebui să prescrie un tratament inutil chiar dacă pacientul sau familia insistă sperând că astfel pacientul se va însănătoși. Pentru a rezolva dilemele în luarea deciziilor, este importantă respectarea valorilor și credințelor pacientului și explicarea limitării capacităților științei medicale. Disputele inutile sunt mai ușor de prevenit decât de rezolvat, iar un punct esențial este folosirea comunicării sincere și empatice cu pacienții și familiile lor.

Cuvinte cheie: *Inutilitate medicală, Decizii medicale privitoare la sfârșitul vieții, Calitatea vieții, Sacralitatea vieții*

Despre conceptul de inutilitate a unui tratament sau act medical s-ar putea crede că este unul modern, apărut în secolul XX, alături de alte concepte bioetice (beneficiența, non-maleficiența unui tratament, autonomia, drepturile pacientului, etc.). Istoria medicinei demonstrează, însă, că noțiunea de inutilitate a unui tratament este la fel de veche ca medicina însăși, datând de pe vremea lui Hippocrate. Acesta își sfătuia discipolii astfel: „refuzați să-i tratați pe cei care sunt învinși de boala lor, realizați că în aceste cazuri medicina este lipsită de putere”¹.

¹ Mary Whitmer, Marilyn Prins, *Medical Futility. A paradigm as old as Hippocrates*, în “Dimension of Critical Care Nursing”, vol 28, nr. 2, 2009, p. 68.

Termenul de *inutilitate a unui tratament medical* a fost operaționalizat de multe ori, din diferite puncte de vedere (medical, filosofic, teologic, psihologic, etc.), creând numeroase dispute etice. Fără îndoială, fiecare definiție are gradul său de subiectivism și nu a clarificat întru totul conceptul. Schneiderman și colaboratorii săi au publicat în anul 1990 una dintre cele mai amănunțite analize ale conceptului *inutilitate* în medicină, lucrarea lor fiind citată de mulți autori care au studiat ulterior această noțiune. După Schneiderman și colaboratorii, un tratament medical este inutil dacă nu va produce niciun beneficiu pentru pacient. Acest autor consideră că beneficiul se poate evalua pe baza celor mai bune evidențe medicale posibile. Mai mult, Schneiderman și colaboratorii fac distincție între efectul unui tratament la nivelul unui organ sau aparat și beneficiul adus de acesta pentru pacientul ca întreg. Acesta este cazul, de exemplu, al unui pacient suferind de o boală incurabilă în stadiul terminal, la care survine un stop cardio-respirator. Pacientul este resuscitat, inima reîncepe să bată, plămânii reîncep să funcționeze, dar doar asistați de un aparat. Mai mult, pacientul se află în stare vegetativă, creierul său fiind ireversibil lezat, fără a exista posibilitatea de a-și recăpăta starea de conștiență. În aceste condiții, resuscitarea în sine a avut efect pe aparatele cardiovascular și respirator, repornindu-le activitatea, dar nu a fost benefică pentru pacient ca întreg, ca sistem bio-psiho-social, acesta nemaiputând să își reia starea de conștiență sau să își continue viața de dinainte de stopul cardiac. Conform definiției lui Schneiderman, această resuscitare reprezintă un tratament inutil².

Operaționalizarea conceptului de inutilitate a unui tratament medical trebuie să ia în considerație și scopul acestuia³. Revenind la exemplul de mai sus, dacă scopul resuscitării era reluarea stării de conștiență urmată de vindecarea bolii de bază, atunci resuscitarea a reprezentat o manevră medicală inutilă. Dar dacă scopul resuscitării era ca pacientul să mai trăiască o perioadă de timp, chiar în stare de inconștiență, în secția de terapie intensivă, dependent de aparate, atunci nu putem aprecia că resuscitarea a fost inutilă. În publicațiile pe teme de bioetică se face deseori referire la astfel de cazuri în care pacienții sunt ținuti în viață pentru ca rudele care locuiesc departe să ajungă și să-și ia rămas bun de la cei dragi⁴.

Atâta timp cât pacientul este conștient și își poate exprima dorințele cu privire la a accepta sau nu un tratament, la calitatea vieții minim acceptabilă (conform propriilor experiențe și propriului sistem de valori), lucrurile sunt clare, mai ales dacă scopul dorit de pacient coincide cu cel al medicului. Cele

² Lawrence S Schneiderman, Nancy S Jecker, Albert R Jonsen, *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications*, în "Annals of Internal Medicine", vol. 112, nr.12, 949-954.

³ Stuart J Youngner, *Medical futility*, în "Enciclopedia of Bioethics 3rd ed.", Stephen G. Post (editor), Thomson Gale, 2010, 1719.

⁴ Deborah L Kasman, *When is Medical Treatment Futile? A guide for Students, Residents and Physicians*, in "Journal of General Internal Medicine", vol. 19, 1054.

mai multe conflicte bioetice izvorăsc din faptul că scopul dorit de medic nu coincide cu cel al pacientului sau al familiei acestuia. Aceste scopuri pot diferi din cauză că medicul, în stabilirea unui scop al tratamentului, ține cont de misiunea impusă de profesia sa, respectiv să trateze, să vindece sau cel puțin să amelioreze boala, asigurând o minimă calitate a vieții. În alegerea tratamentului și a scopului terapeutic medicul trebuie să se bazeze pe judecata clinică și să fie conștient de faptul că a face exces de tratamente invazive, a dovedi îndârjire terapeutică, poate produce mai mult rău decât bine pacientului⁵.

Scopul pacientului sau al familiei acestuia poate fi diferit de cel al medicului, fiind stabilit cu totul subiectiv și adesea influențat de factori culturali și religioși. Pacientul și familia sa pot spera în miracole venite din partea medicinei moderne sau din partea Divinității^{6,7}. Speranța în miracolele medicale este de multe ori întreținută de mass-media care prezintă doar efectele pozitive ale unor tehnici moderne de tratament. Exemple tipice în acest sens sunt cele oferite de seriale de televiziune celebre, pe teme medicale, în care medicii au la dispoziție aparatură de top și își pot vindeca toți pacienții. Speranța în miracolele medicale este întreținută și de lipsa de comunicare sau de comunicarea inadecvată între medic și pacient sau între medic și aparținătorii pacientului. Adesea membrii familiilor pacienților aflați în stop cardio-respirator cred, în mod eronat, că toate cazurile resuscitate își vor reveni și se vor reîntoarce la viața pe care o aveau înainte de apariția bolii. În realitate, toți pacienții resuscitați prezintă diferite grade de dizabilitate, în funcție de aria din creier care a fost lipsită de oxigen în timpul stopului cardio-respirator. Mulți pacienți resuscitați ajung să aibă sechele neurologice și să fie instituționalizați, aceste informații nefiind oferite familiilor, care cer resuscitarea cazurilor grave cu orice preț.

Influențe religioase privind luarea deciziilor medicale

Implicarea Divinității în apariția sau vindecarea unor boli este deseori invocată de bolnavi și de familiile acestora și poate influența aprecierea utilității unui tratament. În funcție de interpretarea religioasă a bolii (pedeapsă, încercare, moment de aprofundare a valorilor sacre), un om poate avea diferite scopuri și poate adopta atitudini sau comportamente diferite față de boală (luptă, pasivitate, resemnare, o atitudine rațională sau nu)⁸. Reprezentanții anumitor religii au formulat declarații oficiale referitoare la luarea anumitor decizii privind tratamentul

⁵ *Ibidem*, p. 1054.

⁶ Mary Whitmer, Marilyn Prins, *op. cit.*, p. 70

⁷ Deborah L Kasman, *op. cit.*, p. 1055.

⁸ Andrada Pârvu, Gabriel Roman, Silvia Dumitraș, Rodica Gramma, Mariana Enache, Ștefana M Moisa, Radu Chiriță, Cătălin Iov, Beatrice Ioan, *Arguments in favor of a religious Coping Pattern in Terminally Ill Patients*, în "Journal for the Study of Religions and Ideologies", vol. 11, nr. 31, 2012, p. 88-112.

medical sau acceptarea anumitor tratamente la finalul vieții. Spre exemplu, în 2005 episcopul Bisericii Romano-Catolice din Statele Unite ale Americii cerea Vaticanului o opinie referitoare la acceptabilitatea întreruperii alimentației și/sau a hidratării artificiale a pacienților aflați în stare vegetativă permanentă. Această solicitare a apărut ca reacție la controversele etice iscate de cazuri celebre ale unor pacienți în stare vegetative permanent ținuti în viață pe teritoriul SUA. Răspunsul a venit în urma unor îndelungi dezbateri doi ani mai târziu, Vaticanul precizând faptul că a înlătura alimentația și hidratarea artificială a pacienților aflați în stare vegetativă permanentă reprezintă un act imoral echivalent cu a curma viața aceluia pacient.

Sinodul Bisericii Ortodoxe Române nu a făcut declarații oficiale cu privire la subiectul inutilității unui tratament la finalul vieții. În declarația cu privire la eutanasiu, se recomandă conservarea autonomiei și abordarea psihologică complementară tratamentului medical cu scopul conservării demnității pacientului terminal: “pacientului să i se garanteze libertatea de a decide cu privire la tratamentul bolii în stadiul terminal și să i se arate solidaritate și compasiune de către cei din jur (familie, prieteni, personal medical), să i se administreze medicația adecvată pentru ușurarea suferințelor fizice și psihice (care ar putea deveni insuportabile și chiar dezumanizante), încât pacientul să moară cu maximum de conștiință și minimum de durere”⁹.

Biserica Ortodoxă Română nu a adoptat nicio poziție oficială referitoare la oportunitatea resuscitării pacienților terminali, administrarea nutriției sau alimentației artificiale sau întreruperea aparatelor de susținere a funcțiilor lor vitale. În declarația referitoare la opoziția totală față de eutanasiu se afirmă „iubirea de aproapele nu constă în curmarea vieții cuiva din milă pentru a-l scăpa de dureri, ci a-l ajuta să suporte durerea până în clipa când se va preda lui Dumnezeu, moment care trebuie să rămână rezultatul unui proces natural și, pe cât posibil, în deplină conștiință și cu deplină conștiință. Datoria noastră și în special scopul medicilor este de a fi în slujba vieții până la capătul acesteia; or omul trăiește chiar și atunci când se află în stadiul terminal al vieții fizice”. În cazul bolilor incurabile, Biserica Ortodoxă recomandă folosirea tuturor mijloacelor în vederea ușurării durerii provocate de boală: în primul rând a celor de natură spirituală, înțelegându-se prin aceasta administrarea Sfintelor Taine, consilierea duhovnicească, rugăciune și susținere morală, iar în al doilea rând, de natură medicală, prin administrarea tratamentelor normale, prin asigurarea igienei corespunzătoare și a tratamentelor paliative¹⁰. Această poziție recomandă pe prim plan abordarea spirituală și din punct de vedere medical efectuarea unui tratament paliativ, simptomatic. Nu se face referire la posibilitatea opririi vreunei proceduri medicale și pe de altă parte, interpretând strict medical se recomandă tratamente “normale”, termen care poate ridica nivelul confuzional.

⁹ Biserica Ortodoxă Română. Opera social-filantropică, *Bioetica. Euthanasia*. Disponibil la: http://www.patriarhia.ro/ro/opera_social_filantropica/bioetica_2.html, citat la 15.12.2012

Biserica Ortodoxă Rusă face lumină referitor la acest subiect, recomandând să se efectueze resuscitarea și menținerea artificială în viață a pacienților aflați în stadiu terminal dacă aceștia și-au exprimat clar această dorință. Dacă pacienții nu și-au exprimat dorința, atunci se recomandă luarea celei mai bune decizii de către medicul curant în funcție de particularitatea fiecărui caz¹¹.

Principiul sanctității vieții versus principiul menținerii calității vieții

În literatura de specialitate, în aprecierea inutilității unui tratament s-au conturat două tabere care aduc argumente de sorginte diferită, respectiv sanctitatea vieții versus calitatea vieții. Adepții calității vieții (de regulă specialiști din lumea medicală) consideră utile doar acele intervenții care prezervă sau sporesc calitatea vieții¹². La polul opus, adepții sanctității vieții susțin toate intervențiile medicale care prezervă viața, considerând că aceasta aparține Divinității și nu omului. La polul opus, adepții sanctității vieții susțin toate intervențiile medicale care prezervă viața, considerând că aceasta aparține Divinității și nu omului. În acest sens, există declarații ale capilor bisericilor: în 1957 Papa Pius al XII-lea în „49 Acta Apostolica Sedis 1027” se adresează corpului medical: „ai dreptul și obligația ca, în caz de boală gravă, să faci pașii necesari pentru conservarea sănătății și a vieții. Această datorie revine din mila ordonată de Creator, din justiția socială și chiar din lege¹³”.

În ceea ce privește calitatea vieții, există interpretări diferite din punct de vedere medical și teologic creștin, în particular ortodox. În definiția Organizației Mondiale a Sănătății, calitatea vieții este reprezentată percepția individului despre existența sa în contextul culturii și a sistemului de valori în care trăiește, ținând seama de obiectivele sale¹⁴.

Din punctul de vedere al medicinei paliative, un scop central în îngrijirea bolnavului terminal este obținerea, sprijinirea, conservarea unei cât mai bune calități a vieții pacientului terminal și controlul (pe cât posibil) al tuturor simptomelor. Nivelul acceptabil al calității vieții este definit personal, de fiecare pacient din punct de vedere bio-psiho-social și spiritual, fiecare pacient experimentând un nivel propriu de suferință. În paleație, pentru ameliorarea

¹¹ Russian Orthodox Church, Official Web Site of the Department for External Church Relation, *Problems of Bioethics*, Disponibil la: <http://www.mospat.ru/en/documents/ustav/>, citat la 15.12.2012.

¹² Weijer Charles, *Medical futility. Editorial* în “West Journal of Medicine”, nr. 20, 1999, p. 109-21.

¹³ Justin Lupu, *Calitatea vieții în sănătate. Definiții și instrumente de evaluare*, în „Calitatea Vieții”, vol. XVII, nr. 1-2, 2006, 1, p. 73-91.

¹⁴ World Health Organisation, *Measuring Quality of Life*. Disponibil la: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf, citat la 15.12.2012.

suferinței fizice, pentru controlul durerii se indică medicație antialgică intensă (chiar opioide), ajungându-se până la sedare paliativă, dacă controlul simptomelor nu se poate realiza cu medicația simptomatică¹⁵.

Creștinismul însă nu exclude suferința. În accepțiunea creștin-ortodoxă, „aceasta este o realitate pe care Mântuitorul Hristos n-a negat-o, n-a suprimat-o, ci și-a asumat-o. Iubirea de aproapele constă (...) în a-l ajuta să suporte durerea până în clipa când se va preda lui Dumnezeu, moment care trebuie să rămână rezultatul unui proces natural și, pe cât posibil, în deplină conștiință și cu deplină conștiință”¹⁶.

În spațiul ortodox se pleacă de la premisa că viața lipsită de calitate și de demnitate este lipsită de sensul suferinței¹⁷. Viața este sacră, iar calitatea ei rezultă din sacralitatea acesteia și nu invers. În Ortodoxie, „moartea bună” sau calitatea vieții sunt considerate ca fiind „centrate pe iubirea lui Dumnezeu și a aproapelui, mai degrabă decât asupra propriei comodități”¹⁸.

În concluzie, în accepțiunea biblică, suferința fizică este aducătoare de beneficii spirituale, deci suferința pacientului terminal poate fi interpretată, valorizată ca o lucrare divină în viața omenească¹⁹.

Inutilitatea cantitativă și calitativă

În încercarea de a defini cât mai clar *inutilitatea* unui tratament, s-au conturat o componentă cantitativă și una calitativă a conceptului. Componenta cantitativă reprezintă probabilitatea numerică, exprimată în procente, ca un act medical să producă efectul fiziologic dorit, care – la rândul său – ar trebui să fie măsurabil. Componenta calitativă se referă la probabilitatea ca efectul fiziologic dorit să producă un beneficiu pacientului.

Conform criteriului cantitativ, Schneiderman și colaboratorii consideră o intervenție medicală inutilă dacă are sub 1% șanse de succes (aprecierea șanselor de succes se face conform celor mai acurate cercetări în domeniu, după cum am arătat anterior). Acest procent de 1% este cel mai des publicat de autorii care

¹⁵ Daniela Moșoiu, *ABC-ul medicinei paliative*, Lux Libris, Brașov, 1999, 9-97.

¹⁶ Biserica Ortodoxă Română, *op. cit.*, http://www.patriarhia.ro/ro/opera_social_filantropica/bioetica_2.html

¹⁷ Ștefan Iloaie, *Cultura vieții: aspecte morale în bioetică*, Renașterea, Cluj-Napoca, 2009, 85.

¹⁸ Tristram Engelhardt jr., *Fundamentele bioeticii creștine. Perspectiva ortodoxă*, Deisis, Sibiu, 2005, 436.

¹⁹ Eniko Skolka, *Principii etice fundamentale și considerații medicale referitoare la problematica intervențiilor medicale de scurtare intenționată a duratei vieții în fază terminală*, în „Aspecte ale asistenței bolnavului aflat în stadiu terminal. Posibilități, limite și dileme fundamentale”, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 2004, 69.

au operaționalizat conceptul^{20,21,22,23}. Există și publicații care stabilesc la peste 2% sau 5% probabilitatea de succes a unui tratament pentru a fi declarat inutil²⁴. Opiniile critice referitoare la componenta cantitativă aduc în discuție faptul că pentru situații clinice de excepție nu există studii care să arate posibile evoluții postterapeutice sau anumite studii nu sunt corect conduse, designul sau interpretarea datelor putând conține erori. Uneori, chiar dacă există studii clinice performante și corect conduse, acestea reflectă un prognostic stabilit statistic care reprezintă evoluția postterapeutică a majorității pacienților din acel studiu. Evoluția unui individ anume poate fi identică cu a majorității sau diferită, în sens negativ sau pozitiv²⁵.

Dimensiunea calitativă a inutilității este și mai controversată deoarece se impune o apreciere a calității răspunsului terapeutic, aceasta fiind eminentamente subiectivă. Nu este clar, însă, cine ar fi mai autorizat să judece și după ce standarde care este nivelul minim al calității vieții unui pacient (rezultat în urma unui tratament) pentru a considera acel tratament ca fiind util? Conform căror criterii s-ar putea efectua o asemenea judecată? Ar ajuta mai mult criteriile morale, sistemul de valori al pacientului sau criteriile medicale?²⁶ Se pare că ne aflăm într-o zonă de graniță, pe un teritoriu multidisciplinar, în care soluția este comunicarea și stabilirea unor scopuri comune și realizabile ale tratamentului medical.

Conotații negative conferite conceptului de *inutilitate* a unui tratament medical

Noțiunea de inutilitate este de multe ori confundată cu cea de raționalizare sau de limitare a cheltuielilor materiale alocate îngrijirii sănătății. Inutilitatea și raționalizarea au, însă, înțelesuri morale și conceptuale diferite. Raționalizarea reprezintă a nu oferi un tratament care ar produce un beneficiu clinic din cauza unor fonduri limitate. Inutilitatea se apreciază pe baza unei judecăți clinice argumentate cu date din studii clinice sau din experiența personală a medicului, care indică faptul că aplicând un tratament nu se va ajunge la un efect dorit. Astfel, un tratament este inutil indiferent de fondurile alocate sistemului sanitar. Raționalizarea resurselor are la bază teoria justiției sociale care încearcă să

²⁰ James L Bernat. *Medical Futility. Definition, Determination and Disputes in medical Care*, în "Neurocritical Care", nr. 2, 2005, p. 198-205.

²¹ Deborah L Kasman, *op. cit.*, p. 1055.

²² Mary Whitmer, Marilyn Prins, *op. cit.*, p. 70.

²³ Stuart J Youngner, *op. cit.*, p. 1719.

²⁴ James L Bernat, *op. cit.*, p. 199.

²⁵ James L Bernat, *op. cit.*, p. 199.

²⁶ James L Bernat, *op. cit.*, p. 199.

determine ce persoane pot fi ajutate mai mult cu fonduri limitate²⁷. Multe publicații subliniază faptul că societatea nu-și poate permite să ofere tratamente care nu ar oferi niciun beneficiu unor pacienți, dimpotrivă, ar prelungi procesul morții, în detrimentul altora care nu ar putea primi toate îngrijirile medicale necesare deși ar avea șanse mai mari de a beneficia de pe urma acestora²⁸.

Alți autori sunt de părere că în spatele termenului de inutilitate a unui act medical se află intenția de a ascunde raționalizarea resurselor și costurilor de îngrijire a pacienților la finalul vieții. În aceleași publicații se regăsește recomandarea de a limita utilizarea termenului de *inutilitate*, acesta putând avea conotații pejorative, recomandarea fiind de a utiliza termenii de *îngrijire standard* într-o anumită situație sau de *a se rezolva situația în cel mai bun interes al pacientului*²⁹.

Ardach, citat de Kasman, se opune termenului de inutilitate a unui tratament medical, arătând că acesta ar putea reprezenta un argument invocat de medicii care doresc să se impună în fața familiilor pacienților, adoptând un comportament paternalist³⁰.

Atitudinea medicului în situația unui tratament *inutil*

După cum am arătat într-un paragraf anterior, principala dilemă etică apare atunci când medicul (având la bază cunoștințele medicale, experiența practică și raționamentul clinic) decide că un tratament medical este inutil și, cu toate acestea, pacientul sau familia acestuia insistă să se efectueze sau să se continue acel tratament. Întrebarea care se pune în această situație este dacă poate deveni medicul un simplu executant al dorințelor pacientului sau familiei. Răspunsul unanim venit din partea majorității autorilor care au studiat această problemă este că medicul nu este obligat să efectueze un tratament despre care consideră că ar face rău pacientului³¹ și are dreptul de a refuza tratamentele inutile solicitate de familia pacientului³². Această abordare crează, însă, un conflict între autonomia pacientului și datoria medicului de a nu provoca rău pacientului său (non-maleficiența). Pacientul (sau reprezentantul acestuia) poate invoca autonomia individuală în solicitarea instituirii sau continuării unui tratament medical. La rândul său, în cazul în care consideră tratamentul solicitat inutil, medicul poate invoca obligația sa profesională de a nu produce rău pacientului pe care îl are în îngrijire (principiul non-maleficienței), dar și autonomia sa profesională. În aceste condiții se ridică problema ierarhizării principiilor etice și

²⁷ Stuart J Youngner, *op. cit.*, p. 1720.

²⁸ Mary Whitmer, Marilyn Prins, *op. cit.*, p. 68.

²⁹ Weijer Charles, *op. cit.*, p. 109.

³⁰ Deborah L Kasman, *op. cit.*, p. 1055.

³¹ Deborah L Kasman, *op. cit.*, p. 1055-1056.

³² Schneiderman LS, Nancy S Jecker, Albert R Jonsen, *op. cit.*, p. 949-954.

a diferitelor autorități. Desigur că nu există un răspuns universal valabil și fiecare caz medical trebuie judecat în parte, de multe ori fiind necesar arbitrajul unei comisii de etică. La momentul actual este recunoscut faptul că în virtutea autonomiei sale, pacientul are dreptul de a alege între mai multe opțiuni terapeutice sau de a respinge un tratament, dar nu are dreptul de a primi un anumit tratament solicitat despre care medicul curant ar considera că este inutil³³. De asemenea, în publicațiile internaționale³⁴ și românești³⁵ este recunoscut dreptul medicului de a refuza să furnizeze un tratament pe care îl consideră medical și etic nepotrivit.

În Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România (art. 33 (1)) se stipulează că medicul poate refuza acordarea asistenței medicale „dacă prin solicitarea formulată, persoana în cauză îi cere medicului acte de natură a-i știrbi independența profesională, a-i afecta imaginea sau valorile morale ori solicitarea nu este conformă cu principiile fundamentale ale exercitării profesiei de medic, cu scopul și rolul social al profesiei medicale”³⁶. Practic, tratamentul inutil, care este de natură a produce mai mult rău decât bine pacientului, ar putea fi încadrat la „solicitare neconformă cu principiile fundamentale ale exercitării profesiei de medic”.

Un alt argument împotriva aplicării de către medici a tratamentelor inutile este că prin acestea ar putea crea speranțe și așteptări false pacienților și familiilor acestora³⁷.

Soluția pentru evitarea conflictelor medic-pacient sau medic-aparținători pe tema inutilității unui tratament este comunicarea eficientă. Este de datoria medicului să explice onest pacienților și familiilor acestora cele mai probabile modalități evolutive generate de aplicarea unui tratament. Medicul poate ajuta pacientul și/sau familia acestuia să realizeze care ar putea fi beneficiile și neajunsurile unui tratament (vindecare, acceptarea unui anumit grad de dizabilitate, eșec, efecte adverse, etc.) și să ofere soluțiile terapeutice cele mai adecvate³⁸. Tot prin comunicare medicul ar putea afla dacă pacientul sau rudele acestuia au false speranțe sau idei preconcepute cu privire la tratamente sau dacă au convingerea că medicina modernă poate trata orice boală în orice fază. În urma acestei discuții medicul poate oferi informațiile corecte, evitând potențiale conflicte.

³³ Beatrice Ioan, Cristina Gavrilovici, Vasile Astărăstoae, *Tratamente inutile în practica medicală*, în „Controverse etice în epoca biotehnologiilor”, coord. Bogdan Olaru, Editura Universității Al. I. Cuza Iași, 2008, p. 191.

³⁴ Deborah L Kasman, *op. cit.*, p. 1055-1056.

³⁵ Beatrice Ioan, Cristina Gavrilovici, Vasile Astărăstoae, *op. cit.*, p. 192.

³⁶ Colegiul Medicilor din România. *Codul de Deontologie Medicală*. Disponibil la: <http://www.cmb.ro/legislatie/codulDeontologic/cod.pdf>, citat la 15.12.2012.

³⁷ Beatrice Ioan, Cristina Gavrilovici, Vasile Astărăstoae, *op. cit.*, p. 188.

³⁸ Stuart J Youngner, *op. cit.*, p. 1720.

Exemplul cel mai bun este cel al informării rudelor care solicită resuscitarea pacienților cu boli debilitante și care cred că prin resuscitare pacientul poate să își revină și să se vindece complet. În această situație poate fi benefică o discuție cu privire la gradul de dizabilitate care poate să apară în urma resuscitării, la sistemul de valori al pacientului și la ce ar însemna a trăi inconștient și dependent de aparate³⁹.

O comunicare eficientă medic-pacient sau medic-familie nu îi va determina pe pacienți sau pe membrii familiilor să se simtă abandonați. Niciodată medicul nu ar trebui să utilizeze sintagma „nu se mai poate face nimic”. Practic, întotdeauna se mai poate face ceva pentru a îmbunătăți starea bolnavului, de cele mai multe ori acel „ceva” fiind reprezentat de medicina paliativă^{40, 41}.

În caz de persistență a părerilor divergente între medic și pacient/familie literatura recomandă cererea unei alte opinii medicale, transferul pacientului într-un alt serviciu medical sau discutarea cazului într-o comisie de etică^{42, 43, 44}. De asemenea, pentru prevenirea conflictelor au fost propuse protocoale clinice referitoare la comunicarea cu familiile pacienților aflați în stare terminală, protocoale de abordare a nevoilor emoționale și informaționale ale acestor familii, strategii de minimizare a conflictelor și de stabilire a limitelor unor tratamente sau ghiduri pentru medicii aflați în dispute pe tema inutilității tratamentelor la finalul vieții cu familiile pacienților⁴⁵. De asemenea, completarea de către pacienți a unor directive anticipate ar putea rezolva unele dintre disputele care pot să apară la finalul vieții acestora⁴⁶.

În loc de concluzii

Dezbaterile cu privire la luarea deciziilor la finalul vieții sunt departe de a se fi încheiat, acest subiect fiind de actualitate pentru cercetătorii în domeniul bioeticii. Principala dificultate în soluționarea unor cazuri dilematice este stabilirea argumentului care ar trebui să primeze. Experiența clinică și cunoștințele medicale? Autonomia pacientului conștient și competent? Hotărârea luată de un reprezentant desemnat de pacient în cazul pacienților inconștienți sau incompetenți? Hotărârea luată de o instanță sau o comisie de etică?

³⁹ Mary Whitmer, Marilyn Prins, *op. cit.*, p. 69.

⁴⁰ Beatrice Ioan, Cristina Gavrilovici, Vasile Astărăstoaie, *op. cit.*, p. 192.

⁴¹ Deborah L Kasman, *op. cit.*, p. 1054.

⁴² James L Bernat, *op. cit.*, p. 201-204.

⁴³ Deborah L Kasman, *op. cit.*, p. 1054-1055.

⁴⁴ Stuart J Youngner, *op. cit.*, p. 1720-1721.

⁴⁵ James L Bernat, *op. cit.*, p. 202-203.

⁴⁶ Mary Whitmer, Marilyn Prins, *op. cit.*, p. 70-71.

Elementele esențiale în elucidarea conduitei terapeutice optime sunt scopul propus și gradul în care acesta poate fi atins de tratament, pe de o parte, iar pe de altă parte sistemul de valori și credințe ale pacientului.

Îmbinarea optimă între acestea poate fi realizată în condițiile unei comunicări empatică și eficiente între echipa medicală, pacient și familia acestuia, pentru a clarifica necunoscutele cu privire la datele medicale dar și la precizarea dorințelor și nevoilor pacientului.

Recunoaștere

Această lucrare a fost redactată în cadrul proiectului POSDRU/89/1.5/S/61879 „Studii postdoctorale în domeniul eticii politicilor de sănătate”. Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013, axa prioritară „Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere”, domeniul major de intervenție 1.5 „Programe doctorale și postdoctorale în sprijinul cercetării”.

DEFINIȚII, PRINCIPII ȘI FUNDAMENTE ALE BIOETICII CONTEMPORANE

MARIA ALUAȘ*

ABSTRACT. *Contemporary Bioethics: Definitions, Principles and Fundaments.*

Due of the extraordinary advances of science and technology on life, for the first time in history, the man begins to take control of biological processes. Bioethics makes an ethical analysis of the consequences of these developments in people's lives. It appears a new and wide range of interdisciplinary reflection where they meet biology, medicine, philosophy, law, theology, economics, psychology, ecology. Besides reflecting and questioning upon the problems brought by the biotechnology, we are also called to decide which are the best practices, available today, considered to be ethical, lawful and possible on the area of the legislative intervention. The first problem that arises is to identify *who should decide*. It is clear that doctors can not be allowed to do whatever it is, technically, possible to change technological processes. But when it comes to determine what it is from ethically point of view, legitimate or acceptable, the political will may be receptive to different positions and therefore to provide different solutions on the same issues according to the cultural orientation prevalent in different countries at a particular historical moment. In this article we present some cases which gave rise to bioethical reflection type, creating extensive discussion and led to bioethical and legal repercussions.

Keywords: *Bioethics, Technologies of life, ethical pluralism*

REZUMAT. Datorită progreselor extraordinare ale științei și ale tehnologiilor asupra vieții, pentru prima oară în istorie, omul începe să aibă controlul proceselor biologice. Bioetica face o analiză etică a consecințelor aduse de aceste progrese în viața oamenilor. Se naște astfel o nouă și vastă arie de reflecție interdisciplinară unde se întâlnesc biologia, medicina, filosofia, dreptul, teologia, economia, psihologia, ecologia. În afară de a reflecta și a ne interoga cu privire la problemele aduse de biotehnologii, suntem chemați să decidem care sunt practicile, disponibile în zilele noastre, considerate a fi, din punct de vedere etic, licite și admisibile pe terenul intervenției legislative. Prima problemă care se pune este aceea de a identifica *cine trebuie să decidă*. Este evident faptul că medicii nu pot fi lăsați să facă tot ceea ce este, din punct de vedere tehnic, posibil pentru modificarea proceselor tehnologice. Dar când este vorba de a stabili ce este, din punctul de vedere *etic*, licit sau admisibil, voința politică a legislativului poate fi sensibilă la

* Lect. Dr. Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca; referent la Centrul de Bioetică, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, maria.aluas@umfcluj.ro

diferite poziții exprimate, fie a bisericilor, fie a societății civile și prin urmare poate adopta soluții diferite, cu privire la aceleași probleme, conform orientării culturale prevalentă în diferite state, la un anumit moment istoric. În acest articol vom prezenta câteva cazuri cunoscute care au stat la baza reflecției de tip bioetic, care au creat au avut ecou și au dus la consecințe în plan bioetic și juridic.

Cuvinte cheie: *Bioetică, Tehnoștiințe, Pluralism etic*

1. Noțiuni introductive

Termenul „bioetică” este o noțiune relativ recentă, apărând cu câteva decenii în urmă. Este compus din două cuvinte derivate din limba greacă: *bíos* care înseamnă „viață” și *êthos* care înseamnă „obicei”, „comportament”. A fost folosit pentru prima oară de oncologul american Van Potter în anul 1971¹, cu scopul de a indica o știință capabilă să evalueze din punct de vedere etic, la lumina valorilor umane, a aplicațiilor biologice sau a intervențiilor medicale asupra vieții omului.

La începutul anilor '70, în Statele Unite, au fost judecate trei cazuri, care au avut drept urmare deteriorarea imaginii medicinei, opinia publică punându-și întrebări cu privire la posibilitatea uzului social al medicinei și a experimentării pe persoane umane.

2. Cazurile care au dat naștere *Bioeticii*

Primul caz a fost cel de la *Willowbrook State School*² din New York, o școală pentru copii cu grav retard. Între anii 1956 și 1970, pentru a verifica eficacitatea profilaxiei contra hepatitei, aproape 800 de copii au fost infestați, în mod voluntar, cu rădăcinile virusului hepatic. Părinților li s-a dat un document prin care li se cerea acordul, lăsându-se să se înțeleagă, în mod implicit, că dacă nu și-ar fi dat consimțământul pentru a se realiza acel proiect de experimentare, copiii lor nu ar fi admiși la acea școală.

Al doilea caz a fost cel de la *Jewish Chronic Disease Hospital*³ tot din New York. În anul 1964, celule vii de cancer au fost injectate la 22 de persoane vârstnice, ce sufereau de patologii mentale și nu aveau aparținători.

¹ În anul 1970 Potter a publicat articolul *Bioethics the science of survival*, iar în anul următor publica volumul intitulat *Bioethics: Bridge to the Future*, folosind pentru prima dată acest termen.

² A se vedea reportajul intitulat *Willowbrook State School Exposed. Unbelievable*, <http://www.youtube.com>, accesat la 10.12.2012.

³ Jay Katz, *Experimentation with Human Beings*, Russel Sage Foundation, New York, 1972, p. 9 ș.u.

Al treilea caz este cunoscut sub numele de *Tuskegee Syphilis Study*⁴. Din anul 1932 până în anul 1972, 600 de țărani și muncitori de culoare au fost supuși unui studiu al Serviciului Sanitar Public al Guvernului Federal al Statelor Unite. Acest studiu avea scopul de a determina efectele cursului normal al sifilisului în lipsa tratamentelor. 399 de bărbați afectați de sifilis nu au fost tratați, nici informați cu privire la natura bolii lor, iar alți 201 nu aveau sifilis și au participat ca grup de control standard. În timpul celor 40 de ani de cercetări toți cei 600 de bărbați au fost privați, în mod sistematic de tratamente chiar și atunci când, la finele anilor '40, penicilina era ușor de procurat.

Aceste experimentări au fost posibile și pentru că era amplu difuzat, în mentalitatea comună, modelul *darwinismului social*⁵, care făcea, de fapt, grave discriminări între ființele umane, fie în baza criteriilor rasiale, fie în baza parametrilor de eficiență sau de sănătate.

De altfel, cu un deceniu mai devreme, în anul 1962, tot Statele Unite, au fost teatrul unei dezbatere pe tema utilizării tehnologiei în practica medicală, însă cu resurse financiare cât mai scăzute. Discuția se naștea și în această situație de la un caz concret, cel cunoscut sub numele de *cazul John Meyers*⁶, primul om afectat de o gravă patologie renală, care a beneficiat de dializă. În acei ani, aparatele pentru dializă erau abia funcționale, existând, de fapt, unul singur. Se căutau atunci soluții urgente: care bolnav ar putea beneficia de dializă? Cine decide? Și care sunt criteriile în baza cărora se va lua această decizie?

În termeni mai generali, comunitatea se interoga cu privire la o gravă problemă de echitate: care sunt criteriile în baza cărora se distribuie resursele umane și economice în sectorul sanitar? Care sunt bolile asupra cărora trebuie concentrate cercetările și resursele? Care sunt limitele în folosirea aparatelor pentru menținerea în viață a bolnavilor? Care sunt criteriile de selecție între atâția bolnavi afectați de boli renale care pot să beneficieze de dializă?

3. Consecințele acestor cazuri și a progresului tehnico-științific în câmpul reflecției bioetice

Aceste patru cazuri au fost practic cazurile care au dus la nașterea reflecției de tip bioetic. Acestea și multe altele, care nu au fost atât de cunoscute, au ridicat probleme de importanță politică și socială, au contribuit la modificarea

⁴ Fred D. Gray, *The Tuskegee Syphilis Study*. Montgomery: New South Books, 1998, <http://www.tuskegee.edu>, accesat la 12.12.2012. A se vedea și *Presidential Apology - USPHS Syphilis Study at Tuskegee*, <http://www.youtube.com>

⁵ Peter Dickens, *Social Darwinism: Linking Evolutionary Thought to Social Theory*, Open University Press, 2001.

⁶ A. Pessina, "Che cos'è la Bioetica: origine e storia", în A. Pessina, M. Picozzi (a cura di), *Percorsi di Bioetica*, Vita e Pensiero, Milano, 2002, p. 66.

culturii și a modului de a gândi, precum și la schimbarea mentalităților. Vom arăta în continuare, pe scurt, consecințele cele mai semnificative, determinate de aceste cazuri:

1. Au trezit spiritul filosofic și critic și au redeschis teme pe care unii credeau că sunt rezolvate, prin progresul medicinei și a tehnologiilor. Au arătat că echilibrul dintre drepturile individuale și cercetarea științifică nu poate fi determinat numai de comunitatea științifică.

2. Au contribuit la clarificarea faptului că dimensiunea etică nu se referă doar la unii, așa cum s-a crezut până nu demult, ci privește întreaga societate, având o valență publică care cere o dezbatere amplă, pe baza rațiunilor obiective relevante pentru binele comun. Vechea mentalitate liberală și individualistă, care cerea o decizie cu privire la bine și la rău plecând de la conștiința subiectivă, este, din acest punct de vedere, depășită de exigențele realității.

3. Au evidențiat faptul că mitul neutralității eticii a științelor nu mai există. Teza dominantă era cea conform căreia planul valorilor etice și cel al faptelor ar fi separate și nu ar comunica între ele și că, prin urmare, știința ar trebui să se bucure întotdeauna și oricum de un fel de imunitate morală, aflată sub umbrela libertății de cercetare. Se spunea că știința experimentală este pură, nu are implicații morale, în timp ce aplicațiile tehnice ale cercetării științifice pot să fie supuse evaluărilor morale. Experiențele cu folosirea bombei atomice au răsturnat, însă, această convingere. Robert Oppenheimer, directorul proiectului „Manhattan”⁷ pentru construirea mecanismului atomic, afirma în anul 1947, că: «Fizicienii au cunoscut păcatul». Astăzi, de altfel, a căzut și distincția dintre științele pure și aplicațiile tehnice deoarece procesul științific se realizează într-o circularitate, între teorie și tehnică, prin intermediul unei conexiuni și a unei dependențe mutuale, până la punctul că nu se mai vorbește despre științe, ci despre tehnostiințe, întrucât știința are nevoie de instrumente tehnice tot mai sofisticate pentru a se ajunge la cunoașterea a ceea ce se propune și tehnica este necesară în cunoaștere.

4. De altfel, aceste fapte istorice demonstrează că este posibil să se denunțe abuzurile numai dacă conștiința comună rămâne ancorată în valorile de bază precum cea a respectului demnității tuturor ființele umane și numai dacă se respinge tentația utilitaristă de cercetare și de promovare cu orice preț a unei presupuse stări de bine, a unei calități a vieții viitoare a unora în detrimentul altora.

5. În sfârșit, aceste cazuri au determinat nașterea *bioeticii* ca disciplină nouă și autonomă. Consecințele acestora și progresul biotehnologic din ce în ce mai accentuat, au relevat faptul că etica medicală tradițională este insuficientă,

⁷ A se vedea *Manhattan Project*, U.S. government research project (1942–45), www.britannica.com/EBchecked/topic/362098/Manhattan-Project, accesat la 12.12.2012.

în special din câteva motive. Primul, pentru că etica medicală prin originea și istoria sa dorește să aducă indicații pentru cei care practică profesiunea medicală, în timp ce *bioetica* înțelege să aibă o arie de destinatari mult mai amplă, adresându-se întregii opinii publice. Apoi, etica medicală își fundamentează normele pe tradiții și pe obiceiurile unui grup profesional, în timp ce *bioetica* dorește să se fundamenteze pe argumentații teoretice solide. Și pentru că *bioetica* studiază multe teme ale eticii medicale, dar studiază și altele noi, cum ar fi, spre exemplu, toate problemele legate de exploatarea ecosistemului.

4. O istorie a definiției termenului de „bioetică”

Bioetica este o disciplină care studiază problemele morale ridicate de medicină și de alte științe, precum biologia, genetica sau neuroștiințele. Pe tărâmul bioeticii se exprimă și interacționează toate temele complexe legate de aceste discipline, ale epocii noastre moderne, postmoderne și premoderne⁸.

În ultimele decenii aceste științe s-au dezvoltat foarte mult, cunoștințele fiecăreia extinzându-se și deschizându-se astfel numeroase posibilități de intervenție, din punct de vedere tehnic, în procesele vitale ale sănătății omului, ale celulelor sale, ale animalelor și ale vegetalelor.

Aceste posibilități reale de intervenție pun probleme morale cu totul noi sau le repropun cu o forță și mai mare pe cele vechi care au existat dintotdeauna. În prima ediție a *Enciclopediei de Bioetică (Encyclopedia of Bioethics)* (1978), definiția dată de către Danner Clouser *bioeticii*, nu este nimic altceva decât aplicarea eticii tradiționale problemelor care existau dintotdeauna, dar care prezintă aspecte noi datorate dezvoltării medicinei. În cea de-a doua ediție (Simon & Schuster Macmillan, 1995), definiția termenului *bioetică* este dată de Daniel Callahan, filosof catolic și care ilustrează vasta diversitate a acestui cuvânt: de la etica medicală la etica mediului înconjurător, trecând în revistă teme sociale și politice, ținând seama de schimbările întâmplare în cea de-a doua jumătate a secolului al XX-lea. *Bioetica* se referă la „științele vieții”, Potter fiind recunoscut ca fiind cel care a creat termenul. Callahan a insistat pe caracterul *interdisciplinar* al bioeticii, însă se limitează la definițiile aduse de diferite abordări ale filosofiei morale, precum: utilitarismul, cazuistica, etica virtuților, abordările naratologice, feministe, hermeneutice⁹.

Apariția volumului, *The Birth of Bioethics*¹⁰ este un moment esențial pentru formarea și istoria bioeticii și înțelegerea extensiei termenului. Albert R. Jonsen, foarte aproape de grupul de la Georgetown, editor asociat al *Enciclopediei*,

⁸ Gilbert Hottois, *Definir la bioethique: retour au sources*, in „Revista Colombiana de Bioetica”, Vol. 6, no. 2, Diciembre 2001, p. 86.

⁹ Daniel Callahan, *Bioethics as a Discipline*, in „The Hastings Center Studies”, vol. I (1), p. 66-73, 1973.

¹⁰ Albert Jonsen, *The Birth of Bioethics*, USA: Oxford University Press, 1998.

un filosof iezuit, face partea teologică, făcând minimale referințe la Van Rensselaer Potter¹¹.

Bioetica este un termen construit, un artefact datat, a cărui paternitate este cunoscută, însă există și un text scris de teologul protestant german Fritz Jahr în anul 1927, care folosea termenul "Bio-Ethik", dar nu a influențat istoria bioeticii, începută în anii '70, nefiind exclusă însă posibilitatea unei *preistorii* a termenului încă din Antichitate¹².

Acum când omul are posibilitatea fizică să săvârșească o intervenție, precum reanimarea, transplantul de inimă, de ovare, bioetica își pune aceste întrebări: o asemenea operație este licită din punct de vedere moral sau este ilicită? Această intervenție respectă omul, exigențele sale și viitorul său?

Bioetica se prezintă, așadar, ca o conștiință critică a dezvoltării tehnologice, ce evaluează, în termeni de bine și de rău acțiunile omului *tehnologic*¹³. Această civilizație tehnologică este cea care în secolul al XX-lea a oferit posibilități de natură biomedicală „total noi”, precum reanimarea, fecundarea in vitro, transplantul de organe și care face pași mari spre codificarea ADN-ului cu posibilități de dezvoltare a terapiilor genetice. Suntem în fața posibilității unei „lumi noi”, determinată de o conștiință biologică activă. R. Dulbecco, spre exemplu, cu privire la Proiectul Genomul Uman¹⁴, evidențiază faptul că „a ne cunoaște genele înseamnă a ne cunoaște pe noi înșine, a ne cunoaște originile și rolul mediului în formarea vieții și a personalității noastre”¹⁵.

Bioetica nu este o știință rezervată numai celor ce practică medicina sau o altă profesiune sanitară, biologică sau juridică, ci sunt întrebări care implică pe oricine, pe orice om, dincolo de competența sa profesională. Aceste întrebări pun mereu în joc teme antropologice, adică, în ultima analiză duc la întrebări de tipul cine este omul, care este sensul vieții sale și care sunt soluțiile corecte pe care trebuie să le ia când se află în fața unor dileme de acest fel.

5. Domeniul de intervenție

Bioetica este o disciplină care trăiește o expansiune atât de rapidă, încât este dificil să îi delimităm domeniile de intervenție, frontierele. Totuși, o zonă tradițională de intervenție este viața umană prenatală. Bioetica evaluează din punct de vedere moral problemele legate de identitatea embrionului uman, îngrijirea și apărarea acestuia, cele relative la reproducerea artificială și asistată medical, cele derivate din clonarea umană și relative la avortul terapeutic.

¹¹ Albert Jonsen, *The Birth of Bioethics...*, p. 27.

¹² Gilbert Hottois, *Definir la bioethique: retour au sources...*, p. 89.

¹³ Adriano Pessina, *Bioetica. L'uomo sperimentale*, Bruno Montadori, Milano, 2000, pp. 3-21.

¹⁴ "The Human Genome Project", www.sanger.ac.uk/about/history/hgp/, accesat la 12.12.2012.

¹⁵ R. Dulbecco, *La mappa della vita. L'interpretazione del codice genetico: una rivoluzione scientifica al servizio dell'umanità*, Sperling&Kupfer Editori, Milano, 2005, p. 5.

Un alt sector al reflecției bioetice este reprezentat problemele cu care ne confruntăm la sfârșitul vieții, probleme legate de transplantul de organe, senilitate ireversibilă și gravă, stare vegetativă și reanimare, eutanasia și înverșunarea terapeutică, îngrijirile paliative. De altfel, bioetica studiază și raportul dintre medic și pacient, tema alocării resurselor economice și umane în domeniul cercetării și al asistenței sanitare, al experimentării de medicamente pe animale sau pe subiecți umani, problema producerii de organisme modificate genetic și cea a tutelei echilibrului ecologic.

6. Principiile bioeticii

În timp ce etica medicală face referire la principiile deontologice ale unei profesii, bioetica are pretenția de a se ancora în principii cu caracter universal. Din punct de vedere istoric prima tentativă în această direcție este cea a principialismului.

Paradigma principialismului a apărut în Statele Unite ale Americii în anii '70. S-a dezvoltat, mai ales, în literatura anglo-saxonă și apoi a pătruns și pe continent. Această paradigmă a fost elaborată în Belmont Report: Congresul Statelor Unite a instituit, în anul 1974, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research cu scopul de a identifica anumite principii etice pentru orientarea experimentărilor pe subiecții umani. La 18 aprilie 1979, această comisie a publicat un document final, cunoscut sub numele de The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research¹⁶. Acest document propunea recurgerea la trei principii generale:

- 1) respectarea *autonomiei* persoanelor umane implicate;
- 2) *beneficiența*;
- 3) *echitatea*.

Documentul nu pretindea că poate oferi un fundament *bioeticii*, ci doar poate identifica anumite principii generale și comune, prin care comisiile de bioetică și cercetătorii să poată ajunge la un acord cu privire la experimentarea pe subiecții umani.

Imediat după publicarea acestui raport, doi autori, Tom L. Beauchamp și James F. Childress propun fundamentarea bioeticii pe aceste trei principii¹⁷.

¹⁶ Cf. THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Department of Health, Education and welfare, Publication no. OS 78-0012, US Government Printing Office, Washington 1979.

¹⁷ Cf. BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., *Principles of biomedical ethic*, Oxford University Press, New York 1979.

Principiile au fost apoi extinse de la domeniul limitat al experimentării pe subiecți umani la întreg domeniul biomedical. În opinia lui Beauchamp și a lui Childress aceste trei principii pot să-și găsească justificarea în toate modelele etice, chiar opuse între ele, precum teorii deontologice, utilitariste și cele teleologice. Baza modelului principiilor este următoarea: teoriile etice radical opuse, precum *utilitarismul* și *deontologismul*, pot, pe de o parte să ajungă la un acord cu privire la conceptele teoretice și la metodele de justificare, pe de alta pot concorda cu privire la regulile practice și la acțiunile recomandabile¹⁸.

Cele trei principii reușeau să acopere ușor diferite domenii ale biomedicinii. Principiul de bază a fost considerat cel al respectării *autonomiei*, conform căruia pentru ca o acțiune să fie acceptată, din punct de vedere moral, este necesar ca subiectul să aleagă în mod autonom.

Înainte însă de a examina principiile etice la care ne referim este necesar să clarificăm ce se înțelege prin *autonomia* celui implicat și cum ar putea fi respectată.

Respectarea *autonomiei* este fundamentul consimțământului informat, al refuzului conștient al tratamentelor, a dreptului pacientului de a cunoaște adevărul, a dreptului de a redacta directive anticipate, un fel de testament prin care o persoană capabilă să-și exprime voința, poate dispune cu privire la viața sa, ce intervenții să se facă sau mai bine zis să nu se facă, în cazul în care își pierde capacitatea de a se exprima. Autonomia cuprinde și alte concepte, precum: autodecizia, dreptul la libertate, dreptul la confidențialitate, dreptul de a alege¹⁹.

Principiul respectării autonomiei, chiar dacă este un principiu de bază, nu este absolut și necondiționat, existând așa-numitul principiu sau datorie «prima facie», adică derogabil și limitat de instanțe provenite din celelalte două principii.

Principiul *beneficienței* se compune din principiul de *non-maleficiență*, care echivalează cu datoria «primum non nocere», și din cel de beneficiență, care implică acțiuni pozitive pentru a preveni și a îndepărta durerea, răul și pentru promovarea binelui. Principiul de *non maleficiență* duce la condamnarea *înversunării terapeutice*²⁰.

Principiul *echității* cere imparțialitate în recunoașterea unor drepturi fundamentale, fiind invocat cu privire la tratamentele necesare, datorate oricărui bolnav, la definirea priorităților în distribuirea fondurilor în domeniul sanitar și la raționalizarea tuturor intervențiilor medicale.

¹⁸ Francesco D'Agostino, Laura Palazzani, *Bioetica. Nozioni fondamentali*, Editrice La Scuola, Brescia, 2007, pp. 23-56.

¹⁹ Nicola Abbagnano, *Dizionario di filosofia*, UTET Libreria, Toriono, 1998, pp. 108-109.

²⁰ Cu privire la definiția "înversunării terapeutice" a se vedea A. Pessina, *Eutanasia*, trad. rom., pp. 31-32.

După Beauchamp și Childress aceste trei principii sunt valabile pentru orice tip de etică, cu condiția ca niciunul dintre ele să nu aibă o prioritate absolută. În caz de conflict între cele trei principii care va trebui să predomină? Depinde doar de caracteristicile specifice ale contextului în care ne aflăm.

Paradigma principiilor, așa cum a fost propusă de acești doi autori, este susceptibilă de câteva critici: 1) excesiva simplificare, fapt care a determinat ca aceste trei principii să fie supranumite în mod ironic «Mantra de la Georgetown», un fel de formulă magică care rezolvă orice²¹; 2) există riscul foarte mare de a ne situa doar în etica situației sau într-un fel de intuiționism etic, ceea ce înseamnă de fapt un relativism etic; 3) de altfel, în funcție de accentul pus pe unul sau altul dintre principii s-ar putea ajunge la soluții diametral opuse²².

Aceste critici se concretizează în cazul lui Leonard Arthur²³, un pediatru englez care în noiembrie 1981 a fost achitat de acuzația de tentativă de omor. S-a început urmărirea penală împotriva acestui medic, întrucât el a administrat dihidrocodeina unui nou-născut cu sindromul Down, la cererea mamei copilului. Dihidrocodeina este o substanță analgezică care determină o deprimare respiratorie, fapt pentru care nou-născutul a murit asfixiat. Acuzația care s-a adus medicului invoca principiile de beneficență și cel al echității. În baza acestora, toate ființele umane au dreptul fundamental la viață, fiind inacceptabilă uciderea sau negarea tutelării vieții acestora sau neadministrarea unui tratament. Prin urmare pediatrul față de pacient și părinții față de copii au datoria de a-i apăra, fiind inacceptabilă administrarea unui nou născut sănătos, la cererea părinților, a unui analgezic periculos, când durerea pacientului putea fi îndepărtată prin alte tratamente nu atât de riscant.

Apărarea medicului s-a concentrat, însă, pe respectarea *autonomiei* pacientului, în acest caz a autonomiei părinților. Deși datoria pediatrului era aceea de a trata pacienții săi, apărarea considera că pot exista situații, precum handicapul neonatal fizic și psihic grav, în care nu ar fi justificată o intervenție pentru mărirea posibilității de supraviețuire. Probabil că persoane de acest fel, atunci când sunt salvate, vor avea o calitate a vieții scăzută și presupun costuri economice pentru părinți, pentru tutori și pentru comunitate. În aceste circumstanțe părinții ar fi cei care trebuie să decidă și este crud ca medicul să dorească să impună o soluție care contrastează cu cea a părinților.

Cazul s-a încheiat cu achitarea medicului și consolidarea fundamentului principiului *autonomiei* părinților acestui copil.

²¹ Gilbert Hottois, Jean-Noël Missa (ed.), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique: médecine, environnement, biotechnologie*, De Boeck Université, Bruxelles, 2003, p. 663 ș.u.

²² Cu privire la anumite considerații critice asupra paradigmei principialiste a se vedea: TOULMIN S., *The Tyranny of Principles*, in «Hasting Center Report» 11, 6, 1981, pp. 31-39; SPAGNOLO A.G., *I principi della bioetica nord-americana e la critica al "principlismo"*, in «Camillianum» 20, 1999, pp. 225-246.

²³ *The Times*, April 3, 1981, p. 1.

Recurgerea la cele trei principii ale *Belmont Report* lăsa spațiu a diferite interpretări și la soluții opuse între ele. Acest caz, așadar, demonstrează că cele trei principii nu funcționează, lipsind o coordonare între ele, un fundament real. Atunci când acestea sunt în conflict, este lăsat totul la intuiția subiectului care trebuie să decidă și care va acționa în funcție de circumstanțele cazului.

Principiul *beneficienței* nu face nicio referire la ce anume este „binele” omului. Principiul *echității* nu face referire la ce este “datorat”, cui și de ce. Principiul *autonomiei* respectă autonomia de alegere și de decizie numai a anumitor subiecți interesați, dar îi neglijează pe alții, așa cum a fost cazul lui Arthur, unde s-a respectat autonomia pediatrului și a părinților, nu interesele nou-născutului. Paradigmei principiilor îi lipsește o ontologie și o antropologie de referință, fapt pentru care, acestea rămân principii pur formale și lipsite de conținut. Se pune accentul pe acțiuni mai degrabă decât pe agenți, pe «ce trebuie să fac acum» mai degrabă decât «pe cum trebuie să fiu», și se pierde din vedere structura motivațională a subiectului în globalitatea sa.

7. Concluzii

În fața acestor dificultăți, respectarea modelului principiilor nu pare a fi cheia problemelor, s-ar impune soluții fundamentate pe alte criterii, cum ar fi o etică a «îngrijirii» sau a angajării responsabilității pentru toți cei care sunt oameni, care aparțin speciei umane, indiferent dacă sunt sau nu capabili să fie autonomi, să aleagă și să se exprime cu privire la alegerile lor. Ființa umană trebuie considerată în complexitatea ei globală, ca unitate corporală, psihică și de duh, fiind valoarea prin excelență, binele primar, ei datorându-i-se actul medical și tehnologic, și nu invers.

Bioetica este chemată să aducă lumină, să clarifice și să propună soluții pentru aceste noi tipuri de dileme. Chiar dacă a moștenit bagajul conceptual elaborat de etica medicală, bioetica este interpelată pe teme și abordări biomedicale care fac posibile intervenții asupra vieții umane ce ridică întrebări de natură antropologică sau filosofică. Se cere o contribuție a tuturor celor care pot să identifice acele căi care favorizează un raport echilibrat între *bios* și *psyché*, cu scopul de a favoriza o dezvoltare pozitivă a vieții umane, de a salva viața, demnitatea, de a salva omul de pericolul aplicării tehnologiilor, sau mai precis spus, de a salva omul de *el însuși*.

DETERMINISMUL GENETIC. EREDITATE CAUZALĂ, SAU ȘANSA UNEI NOI ANTROPOLOGII

IONUȚ BELDEAN*

ABSTRACT. *Genetic Determinism. Causal Heredity or the Chance of a New Anthropology.* Genetic determinism rose in the past decades as a universal force that petrified any personal volitional process, placing it under the universal DNA code. In the hereby paper we examine the developmental possibility of this concept within its own terms through Epigenetics and the possible implications and outcomes of this phenomena in the christian conceptualization of life.

Keywords: *gene, heredity, genetic determinism, anthropogenetics, epigenetics*

REZUMAT. Determinismul genetic a fost introdus în ultimele decenii ca o forță universală ce pietrifică orice proces volitiv personal, supunând-ul codului universal ADN. În prezenta lucrare examinăm posibilitatea dezvoltării acestei noțiuni în tocmai contrariul ei prin Epigenetică și posibilele implicații și consecințe ale acestui fenomen în gândirea creștină alături.

Cuvinte cheie: *genă, ereditate, determinism genetic, antropogenetică, epigenetică*

Introducere

Dezvoltarea tehnologică a ultimului secol a facilitat și a introdus apariția pe scala gândirii și a problematizării existenței umane a unei teorii care pretinde a pune capăt căutării umane de sens. Determinismul genetic, înțeles ca explicarea științifică cu ajutorul științei genelor a rațiunii și a modului de „a fi”, se impune ca fiind, probabil, cea mai cutezătoare teorie antropologică a mileniului prezent. Având la bază un suport științific eminent bazat pe cercetări și descoperiri științifice revoluționare, această teorie își găsește cu ușurință o poziție dominantă în explicarea universului biologic. Pe scurt, determinismul genetic poate fi tradus ca fiind viziunea conform căreia genele (genotipul) cauzează, determină trăsăturile (fenotipul)¹. Plecând de la premisa cauză-efect, toate caracterele manifestate pot fi astfel urmărite înspre ceea ce le determină, creând o structură binară imuabilă.

* Absolvent al Masteratului de *Bioetică, Morală și Deontologie*, UBB Cluj, Facultatea de Teologie Ortodoxă. Articol publicat cu acordul Pr. Conf. Dr. Ștefan Iloaie.

¹ Kitcher P: *The Lives to Come*, New York: Simon and Schuster; 1997

Prin urmare, simplificând, dacă gena A determină caracterul A1, iar legătura cauzală dintre acestea două se poate extinde asupra întregii vieți organice, atunci avem înaintea noastră cel mai puternic argument științific, că forma și viitorul acestei existențe e predeterminat și se află înscris în codul său genetic, iar orice exercițiu volitiv personal e realmente inutil.²

Dezbaterea dintre determinismul genetic și liberul arbitru ridică o serie de întrebări fundamentale. Privind acest posibil conflict, din punct de vedere etic sau filosofic, trebuie să subliniem câteva puncte relevante. Determinismul genetic presupune că suntem doar victime ale propriului plan constitutiv genetic și că orice efort depus pentru a schimba natura morală ori *pattern*-ul comportamental e inutil. Aici identificăm două puncte cheie: Fixitate Genetică și Capacitate Înnăscută. Prima asumă faptul că genele părinților determină inevitabil caracteristicile copiilor lor și caracterul repetitiv al comportamentului, în concordanță cu natura fiecăruia³. A doua constată că suntem ceea ce suntem, prin urmare un produs care poate fi supus inclusiv modificărilor de ordin constitutiv⁴. Iar de aici se poate devia ușor către ideea de inechitate și de instabilitate.

De cealaltă parte, Teoria Liberului Arbitru⁵ este împărțită pe două direcții de lucru: Poziția Științifică - impredictibilitate quantum-mecanică, teorie uzată de Erwin Schrödinger și Albert Einstein; și Poziția Filosofică, care la rândul ei implică principii diverse, încercând să explice ideologia din spatele determinismului științific prin Aquino, Hume, Mill. O altă dimensiune a acestui „război” este dusă la nivel etic⁶- necesarianism, fatalism, determinism și psihologic⁷ - siguranță, motivare, identitate.

În rândurile următoare vom încerca să explicăm amploarea fenomenului prezentat anterior și consecințele, cel puțin sociale, ale sale. Vom identifica o soluție aparent fără finalizare și vom analiza posibile reacții ale Bisericii la întregul spectru al discuției noastre, urmând ca în cele din urmă să prezentăm o propunere a științei genetice actuale, care ar putea răsturna impresia că întreaga ființă umană e o păpușă care dansează pe sforile genelor sale.

De fiecare data când o nouă știință apare în lumina reflectoarelor cercetării actuale cu un avânt nestăpânit, restul lumii științifice, și nu numai, trebuie să treacă printr-un foc curățitor antropologic. La fel este și cazul geneticii.

² Sober E, *The meaning of genetic causation*, Cambridge University Press; 2000:347-70.

³ D Dennett, 1984, Elbow Room, *The Varieties of Free Will Worth Wanting*, The MIT Press, p. 11.

⁴ Richard Lewontin, *Biology as ideology: The doctrine of DNA*, H.A.P, Toronto, 2003, pp. 21-28.

⁵ Robert Kane, *Free Will*, Blackwell Publishing, 2002.

⁶ David Resnik, Daniel Vorhaus, *Genetic modification and genetic determinism*, în „Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine”, 2006, 1:9, p. 4.

⁷ Henry Sidgwick, *Methods of Ethics*, Macmillan, London, 1874, pp. 43-58.

Imediat după momentul istoric în care Mendel⁸, Bateson⁹, Watson, Crick¹⁰ și alții au punctat constituția vieții organice, întreaga lume științifică a fost răscolită ca de un uragan, încercând să surprindă orice perspectivă asupra constituției, a eredității și a variației vieții. Experimentele privind hibridizarea plantelor, conduse de Mendel au încercat să exprime modul în care funcționează ereditatea, transmiterea diverselor caractere la urmași. Cu certitudine, Mendel nu s-a gândit nicio clipă la vreun fel de evoluționism darwinian. Mai târziu, când știința a beneficiat de descoperirile cercetărilor sale au început să fie exprimate și opiniile asupra originilor și a evoluției vieții.

Unul din cele mai fascinante aspecte ale vieții biologice este împărțirea comună a aceluiași sistem de codificare genetică, aceeași structură bazată pe carbon, dând o nouă înțelegere expresiei din Ps. 102, 14¹¹.

De la descoperirea genelor și a funcționalității acestora, întreaga focalizare cade asupra înseși *genezei* vieții.

Până în acest punct este evident, în ce mod, această știință particulară interferează cu religia, ținând nu doar să modifice anumite aspecte ale ei, dar, mai degrabă, să o facă irelevantă prin metode pur științifice. Astfel, comparând-o cu știința, teologia apare a fi vetustă, atât în origine cât și în realitate. Deci, una din încercările majore ale Bisericii este de a ține pasul cu știința. Privind înapoi în istorie, au mai fost înregistrate asemenea episoade. Pentru a lua doar un exemplu, Iluminismul a pornit o adevărată răscoală asupra conștiinței noastre¹². Discuțiile antropologice anterioare au fost alterate și noi puncte centrale au fost adoptate în întreaga cultură. Fiecare curent filosofic a schimbat ceva în modul în care societatea și-a văzut existența. Și de fiecare dată misiunea Bisericii a venit să contracareze orice exagerare ideologică, tehnologică ori științifică.

Să vedem dacă în această lumină a lucrurilor Biserica ar trebui sau nu să reacționeze în fața acestor fenomenale descoperiri biologice; și ce motive pot sta în spatele oricărei decizii.

În primul rând depinde de certitudinea pe care se bazează Adevărul nostru. În lumina scepticismului filosofic¹³, Biserica poate sta liniștită, chiar confortabil la adăpostul ideii că descoperiri biologice vor fi făcute și în viitor, ba chiar mai mari decât acestea, și care la rândul lor vor muta atenția publică de la acest subiect.

⁸ Gregor Mendel, călugăr augustinian și cercetător științific recunoscut ca fondator al geneticii, Bibliografie suplimentară : Edward Edelson, Gregor Mendel, *And the roots of Genetics*, Oxford University Press, 1999.

⁹ William Bateson, genetician britanic, autorul noțiunii de genetică văzută ca studiul eredității și moștenirii biologice.

¹⁰ James Watson și Francis Crick, laureați ai premiului Nobel pentru descoperirea și determinarea structurii acidului dezoxiribonucleic – ADN.

¹¹ Psalmi 102,14 - „Că El a cunoscut zidirea noastră, Adusuși-a aminte că țărână suntem”

¹² Israel Jonathan, *A Revolution of the Mind*, Princeton University Press, 2000.

¹³ B. Stroud, *The Significance of Philosophical Skepticism*, Oxford University Press, 1984.

Personal găsesc îndoielnic gândul că o astfel de atitudine ar fi suficientă. Bănuim cu toții repercusiunile încremerii în istorie și intuim roadele inconsistenței în manifestare, așa că putem, dacă suntem suficient de serioși, să renunțăm la acest prim răspuns nevertebrat. Dar dacă o facem, cum contraponderăm certitudinile științifice ale momentului? Pe de altă parte, în termeni ai certitudinii creștine, orice descoperire ori progres biologic va avea numai menirea de a explica tot mai multe despre natura umană și despre necesitatea existenței noastre (In. 17, 3)¹⁴.

Construcția unei noi ipoteze antropologice, necesitate sau avertizare.

Cum spectrul tematic este atât de larg, pentru identificarea unui platou comun de dialog ne vom limita la dezbaterăa câtorva teme generale, numind una din temele de discuție creștine confirmate de cercetarea științifică a fi înscrisă în codul nostru genetic. Numite *patimi*, dependența și abuzul de alcool, dependența și abuzul de droguri, dependența de nicotină (Fumatul Sever) și obezitatea, pentru a numi doar câteva dintre ele, par a fi ereditare. De fapt, adicția ca manifestare a dependenței e dovedită a avea temelii ereditare. Alcoolismul este probabil o tulburare genetică multifactorială¹⁵. Influența genetică este indicată de studii care arată că există un risc, de-a lungul vieții, cuprins între 25-50 % pentru alcoolism la fii și frați ai indivizilor cu alcoolism sever. Referitor la adicția de droguri, anumite corelații au fost stabilite în bazinul genetic al subiecților cu dependență în comparație cu grupul de control (Flanagan et al. 2006). Rezultate chiar mai precise și evidente au fost expuse în cazul comportamentului fumătorilor severi, unde cantitățile de tutun inhalate și fenotipul fumătorului sever au fost legate în mod direct de anumiți cromozomi¹⁶. Despre comportamentul alimentar numeroase studii indică diverse conexiuni cu coordonate genomice, variind de la indicele de masă corporală până la deficiențe patologice ce dictează bulimia, obezitatea morbidă sau sindromuri specifice precum PraderWilly.

Toate cele de mai sus se află într-o strânsă relație cu genele depresiei. În acest caz un polimorfism dictează diversele stadii ale tulburării¹⁷. Imediat lângă aceasta se află situația suicidului, ca punct terminus al comportamentului depresiv, care este și el legat genetic¹⁸.

¹⁴ „Iar viața veșnică aceasta este: Să Te cunoască pe Tine, singurul Dumnezeu adevărat, și pe Iisus Hristos, pe Care L-ai trimis, (In 17,3)

¹⁵ Donald Goodwin, *Is Alcoholism Hereditary?*, Ballantine Books, 1988.

¹⁶ Pentru o mai bună înțelegere științifică a fenomenului și a nivelului actual al cercetărilor, vizitați: pentru alcoolism - <http://www.omim.org/entry/103780>; dependența de droguri - <http://www.omim.org/entry/602935?search=drug%20addiction&highlight=addiction%20dru>; pentru dependența de nicotină - <http://www.omim.org/entry/188890?search=smoking%20addiction&highlight=smoking%20addiction>

¹⁷ Caspi, Avshalom, et al., *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*, "Science Signalling" 301.5631 (2003): 386.

¹⁸ Yogesh Dwivedi, *The Neurobiological Basis of Suicide*, CRC Press, 2012.

Un alt subiect crucial este predispoziția, recent descoperită, pentru religiozitate. Au fost efectuate câteva studii pentru a aprofunda ideea că genele pot contribui la înclinația religioasă. Unul din cele mai ample studii a fost realizat pe mai mult de 2500 de gemeni, atât monozigotici cât și dizigotici¹⁹. Întrucât nu există studii comparative ale întregului genom între persoane religioase și non-religioase, acest exemplu este prezentat pentru a observa extensia viitoarelor studii și cercetări din domeniul genetic²⁰. Așadar, cantitatea de muncă științifică depusă pentru doar o mică parte a lumii genetice este incomensurabilă. Studiile variază de la abordări clinice, management clinic, biochimie, genetică moleculară, citogenetică²¹ la genetica populațiilor, ereditate și așa mai departe. Tot acest corpus științific implică din ce în ce mai mult personal, afectând tot mai mulți indivizi. Nu trebuie să ne preocupe doar mesajul în sine și tratarea problemelor identificate, ci și mediul în care sunt implicate aceste persoane sau asupra cărora aceste cercetări au repercusiuni directe ori indirecte. Există o alternativă pentru întreaga lor muncă, există un scop pentru activitatea lor minuțioasă? Purtăm responsabilitatea dezvoltării corpului științific? Și poate de aici începem să observăm nevoia urgentă a unei poziții teologice.

Pentru prima dată ideea determinismului genetic apare ca fiind de importanță majoră. Această teorie presupune că odată ce avem genele suntem susceptibili la a dezvolta orice trăsătură dictată de acestea. Întrucât funcționarea organismul nostru se bazează tocmai pe această transcriere a materialului genetic și sintetizarea produsului finit, putem vorbi cu deplină siguranță despre determinare de tip cauză-efect. Prin urmare, dezvoltarea unui fenotip specific pare iminentă; iar în cazul nostru a patimii. De aici, discuția despre vină devine relevantă. Un comportament asumat înseamnă preluarea sau purtarea responsabilității actelor întreprinse. Dar ce se întâmplă în cazul în care nu ne asumăm acest comportament; și natura noastră, ori genomul cum știința îl numește, ne îndreaptă către acel punct specific, în ciuda voinței aparente de a opta pentru o alternativă.

Prin urmare, moștenirea ereditară contrazice, înfrânge sau restaurează Credința creștină?

Să încercăm să tratăm acest răspuns din punct de vedere științific și mai apoi teologic. Fiecare caz prezentat anterior dintr-un punct de vedere genetic, este foarte bine documentat și susținut științific. Asta înseamnă că putem folosi

¹⁹ Kenneth S. Kendler, Hermine H. Maes and Todd Vance, *Genetic and Environmental Influences on Multiple Dimensions of Religiosity*, (J Nerv Ment Dis 2010; 198: 755-761).

²⁰ Alte studii care indică potențialul de cercetare viitoare: How your genes can affect your response to religion, accesat la <http://epiphenom.fieldofscience.com/2012/01/how-your-genes-can-affect-your-response.html>.

²¹ Citogenetica este o ramură a geneticii care studiază genele și cromozomii.

aceleași resurse pentru a răspunde în ambele situații. Fiecare situație amintită, legată de o dependență este știută a fi moștenită de la un predecesor care a comis un fel anume de abuz. Dar, de asemenea, știm că *patternul* ereditar²² nu e atât de simplu și nu urmează doar legile mendeliene de segregare. De pildă, pentru alcoolism niciuna din dovezile prezentate aici, ori din literatura de specialitate nu sugerează că susceptibilitatea la alcoolism este moștenită printr-o simplă transmitere mendeliană dominant/recesivă ori sex-linkată²³. În afară de alcoolism situația este aproximativ aceeași în fiecare caz prezentat. În definitiv factori psiho-socio-culturali și ai mediului înconjurător contribuie esențial în manifestarea unui anumit comportament, activând sau nu genele determinante. Dar acesta și cazul propus de teologie.

Dacă luăm în considerare punctul forte al eredității genetice, atunci apare inevitabil întrebarea dacă genetica nu explică și nu sprijină, de fapt, credința creștină. Aducând discuția în câmpul teologic atunci argumentului științific i se alătură nucleul credinței noastre. Dacă luăm exemplele anterioare vom observa că anumite corelări se pot stabili cu textul scripturistic. Pentru a evidenția relevanța teologică a exemplului, să ne întoarcem în Vechiul Testament și să reconsiderăm cartea *Ieșirii și Numerii*.

În *Ieșire* 20, 5-6 vedem explicit un fel de moștenire a unei condiții, a unei stări de fapt, legată strâns de viața religioasă a individului în cauză²⁴. Se pare că în această poruncă biblică, se află un mesaj previzionar pentru cercetătorii și oamenii de știință ai secolului al XXI-lea. Versetul corespunzător din *Numeri* 14, 18, întărește această poziție²⁵.

Dacă ne-am oprit aici, poziția științifică ar fi explicată doar parțial. Prin urmare, considerăm necesară o explicare a situației, care să depășească noțiunea strictă a eredității de tip mendelian. Așadar, vorbind despre moștenire, ereditate am ajuns la păcat. Dar nu orice fel de păcat. Acceptăm în discuția noastră patimile mai degrabă decât un păcat ordinar; cu toate că și acesta din urmă ar

²² Pattern ereditar – atribute dobândite de la generațiile anterioare prin hereditate biologică.

²³ „Chiar dacă moștenirea anumitor factori biologici implicați în alcoolism se presupune a fi Mendeliană, efectul acestor factori asupra dezvoltării tulburărilor complexe poate să nu se încadreze într-un simplu model genetic. Un nivel însemnat de heterogenitate etiologică în fenotipul alcoolismului rezultă în manifestarea ultimă a tulburării în funcție de interacțiunile gene-mediului înconjurător”, Kumar Nayak, B. N. Sarkar, P. K. Das and V. R. Rao, *Genetics of Alcohol Use in Humans: An Overview*, Int J Hum Genet, 8(1-2): 181-197 (2008), accesat de la [http://www.krepublishers.com/02 - Journals/IJHG/IJHG-08-0-000-000-2008-Web/IJHG-08-1-2-001-256-2007-Abst-PDF/IJHG-08-1-2-181-08-352-Nayak-J-K/IJHG-08-1&2-181-08-352-Nayak-J-K-Tt.pdf](http://www.krepublishers.com/02-Journals/IJHG/IJHG-08-0-000-000-2008-Web/IJHG-08-1-2-001-256-2007-Abst-PDF/IJHG-08-1-2-181-08-352-Nayak-J-K/IJHG-08-1&2-181-08-352-Nayak-J-K-Tt.pdf), în data de 25.10.2013.

²⁴ *Ieșire* 20, 5-6 - „Să nu te închini lor, și nici să le slujești; că Eu, Domnul, Dumnezeuul tău, Eu sunt un Dumnezeu gelos Cel ce vina părinților o dă pe seama copiilor până la al treilea și-al patrulea neam pentru cei ce Mă urăsc/dar Mă milostivesc până la al miilea neam spre cei ce Mă iubesc și-Mi păzesc poruncile”.

²⁵ *Numeri* 14,18 - „Domnul este îndelung-răbdător, mult-milostiv și adevărat, Cel ce șterge fărădelegile, nedreptățile și păcatele, și cu curăție nu-l va curăți pe cel vinovat, ci nelegiuirile părinților le va strămuta în copii până la al treilea și al patrulea neam”.

urma aceeași logică a expresiei genice. Distincția dintre acestea două este făcută precis de însăși natura lor și nu necesită clarificare suplimentară. La Sfinții Părinți ne putem apropia cel mai mult de determinismul genetic prin abordarea temei determinismului și a predestinării. Însă și acestea urmează o linie mai mult teologică. Este adevărat că o bună parte din poziția lor vine ca o reacție față de un anumit tip de învățământ teologic influențat de mediul științific în care a fost *plămădit*. Poziția Sfântului Teofan este orientată către mântuirea noastră și nicidecum către limitările noastre de orice fel. Luptând cu patimile și cu darul Harului sunt singurele căi prin care un om își poate depăși natura²⁶.

Epigenetica. Punctul de cotitură al teoriei determinismului genetic

Dacă teoria determinismului genetic ar fi desăvârșită, atunci orice discuție despre liberul arbitru, despre voința umană nesupusă condiționării secvențialității ADN-ului ar fi de prisos. Însă, după finalizarea secvențializării genomului uman, a fost foarte clar că pentru ca un caracter să fie exprimat sau nu era nevoie de procesul de activare sau de inactivare a funcției genei în cauză și că astfel organismul, ca structură genetică, se află într-o uriașă relație cu mediul înconjurător²⁷. Astfel, s-a conturat noțiunea de *epigenetică*, care cuprinde atât codul genetic cât și alte informații adiționale stocate în organismul uman sub forma memoriei celulare nongenice (care înregistrează informații despre mediu). Epigenetica este în sens larg, puntea dintre genotip și fenotip, un fenomen care schimbă produsul final al unei gene fără a modifica ADN-ul²⁸. Procesul de „silenționare” (de reducere a funcției unei gene) este un tip de inactivare a unei gene și poate contribui la exprimarea diferențiată. În acest fel se poate explica dezvoltarea celulară primară distinctă și diferențele fenotipice ale gemenilor identicii²⁹. Importanța acestei descoperiri e fundamentală, deoarece nu presupune determinism în sensul tare al noțiunii. Mai mult, orice informație care vizează individualitatea personală nu modifică secvența ADN-ului, iar transmisibilitatea ei e pe perioadă scurtă, nu

²⁶ De pildă, Sfântul Teofan Zăvorâtul, întreat: „Care este relația dintre providența Divină și voința noastră liberă?” răspunde: The fact that the Kingdom of God is "taken by force" (Mt. 11,12) presupposes personal effort. When the Apostle Paul says, "it is not of him that willeth," this means that one's efforts do not produce what is sought. It is necessary to combine them: to strive and to expect all things from grace. It is not one's own efforts that will lead to the goal, because without grace, efforts produce little; nor does grace without effort bring what is sought, because grace acts in us and for us through our efforts. Both combine in a person to bring progress and carry him to the goal. (God's) foreknowledge is unfathomable. It is enough for us with our whole heart to believe that it never opposes God's grace and truth, and that it does not infringe man's freedom. Usually this resolves as follows: God foresees how a man will freely act and makes dispositions accordingly. Divine determination depends on the life of a man, and not his life upon the determination", preluat din Johanna Manley, *The Bible and the Holy Fathers for Orthodox*, St. Vladimirs Seminary Press, New York, 1984, p. 609.

²⁷ Matthias Beck, *Leben – wie geht das?*, Styria Premium, 2012, p. 97.

²⁸ Aaron Goldberg, David Allis, Emily Bernstein, *Epigenetics – A Landscape takes Shape*, Cell 128, February 23, 2007, p. 635.

²⁹ Simmons, D., *Epigenetic influence and disease*, Nature Education 1(1) (2008).

afectează generațiile viitoare. În acest mod există posibilitatea reală de a depăși barierele structurii deterministe. Tratând situațiile genetice amintite anterior, epigenetica ne răspunde că: a) privitor la alcoolism, factorii genetici creează predispoziție, iar factorii epigenetici, vizează dezvoltarea alcoolismului; avem prin urmare o procedură care nu mai e determinată ci e un proces în cadrul căruia se poate interveni³⁰; b) referitor la cauzele epigenetice în dependența de nicotină și droguri³¹ și transmiterea obezității, există studii care afirmă că un comportament precum cele amintite are o cauzalitate genetică limitată, după care obiceiul, mediul înconjurător și voința individului devin factori decidenți; c) referitor la depresie și suicid alte studii atestă legături între epigenetică și cauzalitatea acestor stări argumentând că variații în mediul înconjurător timpuriu vor declanșa modificări epigenetice³².

Prin urmare, aceste argumente concurează în favoarea opțiunii personale în fața diverselor încercări; condițiile din jurul indivizilor susceptibili și mai apoi comportamentul acestora tinde să devină din ce în ce mai responsabil de afecțiunile fiecăruia, chiar dacă au ca modalitate de manifestare procese epigenetice. Explorarea viitoare a domeniului devine imperioasă pentru evitarea deculpabilizării și a imersării într-un univers în totalitate determinat structural și imuabil. Șansa oferită de epigenetică întregii științe a genelor apare astfel ca una salvatoare, transformând o poziție de blocaj existențial într-una de tranzit și realitate personală; și de ce nu una transcendentă.

Așadar, după cum reiese din lucrarea prezentă, poziția Bisericii ar putea fi crucială în acest moment, încercând să stabilească o situație de calm și certitudine. În acest moment nu doar teologia caută un răspuns; departamentele de medicină și psihologie, bioetică, drept, științele sociale o fac. Toate sunt interesate să descopere noi informații și să găsească noi răspunsuri.

Întrebările majore care se ridică în urma acestei prezentări sunt: *Noile descoperiri antropogenetice din mediul științific modifică întreaga antropologie umană?* Pentru că dacă răspunsul e pozitiv, noi premise ale naturii umane ar trebui formulate astfel încât acestea să fie pe măsura noii direcții a praxisului vieții umane. Și dacă nu este cazul, cum ar trebui exprimată antropologia creștină în acest secol al Genomicii?

³⁰ Bella Starkman et al, Epigenetics – Beyond the Genome in Alcoholism, Current Reviews, Volume 34, Issue Number 3, accesat de la <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr343/293-305.htm>, în data de 25.02.2013.

³¹ Launay J-M, Del Pino M, Chironi G, Callebert J, Peoc'h K, et al. (2009) *Smoking Induces Long-Lasting Effects through a Monoamine-Oxidase Epigenetic Regulation*, „PLoS ONE” 4(11): e7959. doi:10.1371/journal.pone.0007959, accesat la <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0007959>, în data de 25.02.2013.

³² Schroeder M et al, *Epigenetics and depression: current challenges and new therapeutic options*, 2010 Nov; 23(6):588-92., Accesat la <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20644477>, în data de 25.02.2013. Benoit Labonte & Gustavo Turecki (2010): *The Epigenetics of Suicide: Explaining the Biological Effects of Early Life Environmental Adversity*, „Archives of Suicide Research”, 14:4, 291-310.

DOCUMENTE BIOETICA

UNESCO

Life as a technological project: the need for responsibility and social ecology

Under the heading «What is Life 2.0 Worth?», the conference organised on Friday 30 November 2012 at UNESCO Headquarters in Paris by the French association Vivagora, UNESCO and about twenty partners – several of them from the media – will explore the ethical and social impact on everyday life of developments in biotechnology.

While human bioethical issues are well recognised, and genetic engineering and nanotechnologies are widely debated, the area of new life technologies – which combine biotechnology, nanotechnology and information technology into one innovative synthesis – is rarely envisaged as a whole.

To consider them as a whole is the goal of the “Life Conference”, organised by Vivagora with the support of UNESCO’s Social and Human Sciences Programme, at UNESCO Headquarters, Paris, on 30 November 2012.

Continuing on from the work of the World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST), and echoing two recent draft reports by the International Bioethics Committee (IBC) on traditional medicine and on the new risks of discrimination linked to recent scientific progress, this “Life Conference” will combine technology foresight and ethical consideration with an attempt to grasp the social effects of synthetic biology, biomimicry and the post-oil bioeconomy.

Of particular interest will be the question of cohabitation and solidarity between living beings, with one workshop being dedicated to the implications of mastering or owning living things. The core issue will be the power at stake and the challenges for the international community, faced with the extremely rapid development of biotechnologies and the possibilities they bring.

The use of technology to produce living beings is not, strictly speaking, something new. Since the Neolithic agricultural revolution, the selection of species has been profoundly transforming the environment and the dynamics of human life. Without living technologies there would be no wheat, no dogs, no cows’ milk and no roses.

Nevertheless, the acceleration of discoveries and new scientific and technological dynamics suggest the imminence not only of a change of scale and interventions of a totally new sort, but also of greater disparities in the distribution of power between rich and poor.

The “Life Conference” will open with a plenary session which will consider what common future there could be for ecosystems and biotechnology and will close on a profoundly political matter: what democratic regulations can we envision and build regarding the use of life?

One reason the new life sciences attract considerable investment is that they point to revolutionary applications which could – according to those who promote them – solve many of the environmental problems of the 21st century. The expression “Life 2.0” has even gained coinage to mean no longer simply life sciences but life itself as a technological project.

While non-renewable raw materials are becoming rarer and global warming could be greater than 2°C by the end of this century, nature’s ‘capital’ – ‘biomass’ – made up of forests, crops, the seas and, more generally, all living organisms, is becoming an essential resource which is, in theory, inexhaustible – just so long as we give it due consideration.

‘Biosourced’ agro-fuels, bioplastics and chemical products suggest a path which would be based on living organisms. According to the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) the world market for industrial biotechnology could reach 300 billion euros by the year 2030 – five to six times what it is today.

The pressure is growing to explore and extract the riches of biodiversity, increase the productivity of plants, produce various substances and materials using plants, animals and micro-organisms, make synthetic life, capable of new functions, create artificial meat, etc. We will have to feed 9 billion people by 2050 – and to meet their material and energy needs. And yet we still don’t know who will control all this, for whom and with what effects – including those that nobody could today predict.

The biomass race is already dominated by the big multinationals who intend to optimize the performance of organisms by genetic engineering, metabolic engineering, synthetic biology, green chemistry, etc. How can this dynamic be reconciled with a reasonable and sustainable use of ecosystems and marine and land life? How can we ensure a fair sharing of the benefits of this scientific and technological progress? How can we guarantee public and democratic control of its uses?

There is a considerable risk that we may be witnessing a concentration of power in the hands of 'agro-info-energy' consortiums. Just as big is the risk of seeing the food and energy security of entire populations and countries dwindle, as they are deprived of access to natural resources - which have, so far, been considered as public goods - as a result of monopolisation through property rights and patents. And yet, technical and scientific approaches which are based on respect for ecosystems and the rights of populations - such as agro-ecology, agro-forestry and the development of 'bio-inspired' products - demonstrate that a sustainable use of natural resources is indeed possible, and can be very productive.

By holding this "Life Conference", VivAgora, UNESCO and their score of partners seek to question the pertinence and sustainability of the ways in which life is being used. They want to underline the challenge for 'Life 2.0', which is a responsible bioeconomy and a social ecology. The matter is crucial for democracies, which are confronted by huge ecological, health and ethical issues, when a strong and shared conception of sustainable development has yet to emerge.

DIN ACTIVITĂȚILE CENTRULUI DE BIOETICĂ ACTIVITIES OF THE BIOETHICS CENTRE

- Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj, Facultatea de Teologie Ortodoxă și Centrul de Bioetică, în colaborare cu Institutul INTER au organizat în zilele de 19 și 21 iunie 2012, vizita și prelegerile profesorului Mattias Beck de la Universitatea din Viena, cu titlurile: *Întrebări medicale și etice actuale legate de începutul vieții: fertilizarea in vitro pentru cuplurile de același sex și femei singure, maternitatea surogat, diagnosticul din faza preimplantării, tehnologia chip-ului în diagnosticul preimplantare și Medicina personalizată. Boala în contextul noilor cunoștințe de genetică, epigenetică și psihologie cerebrală.* Moderatori au fost pr. conf. dr. Ștefan Iloaie și lect. dr. Radu Preda. Aceste prelegeri s-au desfășurat sub egida „Central European Exchange Program for University Studies” (CEEPUS), o inițiativă academică menită să faciliteze schimbul de studenți și profesori între țările Europei Centrale și de Est.
- Centrul de Bioetică a primit joi, octombrie 2012 vizita domnului Tristram Engelhardt jr., Profesor la Rice University, Houston (Texas) Centrul de Bioetică a fost gazda unor cursuri și seminarii susținute de profesorul Tristram Engelhardt jr., Profesor asociat la Rice University, Houston (Texas) însoțit fiind de părintele Iulian Aniței, preot ortodox la San Antonio (Texas). Astfel, în perioada 8-11 octombrie 2012, profesorul Engelhardt Engelhart a vorbit masteranzilor în Bioetică și altor studenți interesați despre: *Originile și fundamentele Bioeticii, Regândirea celor patru principii ale Bioeticii, Provocări ale Bioeticii seculare și a făcut câteva observații critice cu privire la Finanțarea sistemului de sănătate.*
- Conferința Națională de Bioetica, ediția a VIII-a s-a desfășurat în acest an la Cluj-Napoca în perioada 13-16 septembrie 2012, fiind organizată de Societatea Română de Bioetică, Colegiul Medicilor din România, Universitatea de Medicina și Farmacie Grigore T. Popa din Iași, prin Centrul de Etică și Politici de Sănătate, Centrul de Bioetică al Universității Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca și Comisia Națională de Bioetică UNESCO. Având ca invitați nume marcante ale bioeticii românești și internaționale, conferința a abordat teme în premieră în România, precum *educația în bioetică, perspective spirituale în bioetică, cazuri celebre care au determinat reacții sociale sau responsabilitatea individuală și socială în sistemul de sănătate, prilejuind discuții și dezbateri multidisciplinare între specialiștii din diferite*

domenii de activitate: bioetică, teologie, filosofie, drept, psihologie și medicină. Contribuțiile membrilor Centrului de Bioetică au fost următoarele: Pr. prof. dr. Ioan Chirilă, *În-singurarea – telosul unei lumi fără de sens*; Pr. conf. dr. Ștefan Iloaie, *Responsabilitatea morală sau raportul dintre libertate și lege*; Pr. conf. dr. Liviu Jitianu, *Problema de bază a eticii, reducția antropologică*; Lect. dr. Călin Săplăcan, Lect. dr. Adina Rebeleanu, *O abordare metodologică în etica sănătății. Studiu de caz: determinanți ai accesului persoanelor și grupurilor vulnerabile la servicii de sănătate*; Maria Aluaș, *Binele pacientului și mizele testamentului biologic. Câteva observații relative la contextul românesc și Cazul Eluana Englaro (Italia, februarie 2009). Precizări cu privire la alimentarea și hidratarea artificială*; Prof. dr. Mircea Gelu Buta, Dr. Liliana Buta, *Bioetica și diagnoza societății nesigure*.

- Centrul de Bioetică a găzduit în zilele de 27 și 28 Noiembrie 2012 două *focus grupuri* pe tema “Directivelor anticipate în România”, reprezentând o acțiune de culegere de date pentru studiul grupului 7 de cercetare al proiectului POSDRU/89/1.5/S/61879. Între participanți s-au numărat teologi, filosofi, medici, juriști asistenți sociali și psihologi, printre care amintim: PS Vasile Someșanul, coordonatorul Centrului de Îngrijiri Paliative Sf. Nectarie Cluj-Napoca, Prof. Dr. Borzan (Sănătate Publică și Management Sanitar), Prof. Dr. Nagy Viorica, (Oncologie, sef secție), Conf. Dr. Sergiu Bogdan (Drept), Conf. Dr. Ștefan Iloaie (Teologie Ortodoxă, Bioetică), Lect. Dr. Săplăcan Calin (Teologie greco-catolică, Bioetică), Șef lucr. Dr. Maria Aluaș, Șef disciplină, Bioetică UMF Cluj, Dr. Sorina Pop (Medicina de familie, Îngrijiri paliative, Gerontologie), dr. Ileana Nica (Medicina de familie, Îngrijiri paliative), drd. Carmen Ciornei (Asistenta socială), Ljubomir Petrov (psihologie). Mediatorii focus-grupului au fost Dr. Pârvu Andrada și Dr. Radu Chiriță, din grupul 7 de cercetare al proiectului amintit. Acest proiect este cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013, având ca axă prioritară „Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere”.

INDICAȚII PENTRU AUTORI

Articole

Articolele trimise pentru publicare trebuie să aibă între 6 000 și 10 000 de semne.

Titlul să fie de maximum 80 de caractere, all caps, bold.

Textele vor fi însoțite de :

- un rezumat, maximum 250 de semne;
- 5 cuvinte cheie;
- prezentarea autorului (titlul științific, poziția didactică, afilierea, informațiile de contact, adresa e-mail);

Bibliografia se listează la sfârșitul articolului, în ordine alfabetică, cu fonturi Times New Roman 10 pt, la 1,5 rânduri, astfel: autorii, titlul articolului (italic), numele publicației (între ghilimele), editor, volum, număr, an, pagini.

Materialele pot fi trimise prin e-mail, în *attachment*, în format doc. + pdf. la adresa: centruldebioetica@yahoo.com

Textul scris cu font Times New Roman, 12 pt, la 1,5 rânduri.

Regulile de citare

- citațiile scurte până la 3 rânduri pot fi puse între ghilimele
- citațiile mai lungi de 3 rânduri pot forma singure un paragraf, cu font Times New Roman, 11 pt, la 1 rând.

Recenziile

Textele să aibă între 1 000 și 1 500 de semne.

Note

1. Autorii își asumă întreaga responsabilitate a conținutului articolului trimis spre publicare.
2. Autorii au obligația să respecte toate regulile privind legile privind copyright-ul.

Articolele care nu respectă indicațiile menționate vor fi trimise înapoi la autor pentru a se face corecturile necesare, întârziindu-se astfel publicarea materialului.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Articles

The articles submitted for publication normally range between 6 000 to 10 000 characters.

Title (maximum 80 characters; all caps; bold)

The texts will be accompanied by:

- an abstract, with a maximum of 250 characters;
- 5 key words;
- the author's presentation (scientific title, didactic position, institutional affiliation, contact information, e-mail address).

References: are listed at the end of the article, in alphabetical order, with Times New Roman font, 10 pt, 1.5 lines spacing, as follows: authors, article's title (*italic*), the name of the publication (double quotes), editor, volume, number, year, pages. Materials can be sent via e-mail, as an attachment, formatted doc. + pdf. at centruldebioetica@yahoo.com

The text should use the Times New Roman font, 12 pt, and a pagination of 1,5 lines.

Quotations Rules

- Quotations shorter than 3 lines should be marked with double quotes.
- Quotations longer than 3 lines should form a single paragraph with the following figures:

Fonts: Times Roman

Size: 11

Line spacing: single line spacing

Book Reviews

The texts should range between 1000 and 1500 characters.

Notes

1. The author assumes all responsibility for the ideas expressed in the material published.
2. The authors have the obligation to respect all rules concerning the law governing copyright.

The articles which do not observe the mentioned indications will be sent back to the first author for the necessary corrections, thus delaying the material publication.