

PRINCIPIILE BIOETICII – REVIRIMENTE ÎN MEDICINA CONTEMPORANĂ

Ludmila Rubanovici

Catedra de filosofie și bioetică,

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

Chișinău, R.Moldova

ludmila.rubanovici@usmf.md

Motto: „Își merită viața, libertatea-aceia numai
Ce zilnic și le cucerește ne-ncetat”
Goethe [1 p.⁴⁵¹]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tendința „totalitară”, de până în anii '60-70 ai secolului XX, din etica medicală a fost în mod inevitabil revizuită. Ca urmare a dezbaterilor publice care au fost aprige în Statele Unite și Europa de Vest, s-a stabilit că *obiectul* cercetării științifice sau al acțiunii terapeutice nu este doar corpul uman, ci *subiectul* în integritatea sa: antropologică sau ontologică (ființă umană în corporalitatea sa); conștientă (ființă psihică); morală (capabil să decidă pentru sine). Prin urmare, nimeni nu are dreptul să efectueze cercetări științifice sau să desfășoare acțiuni terapeutice fără permisiunea pacientului însuși.

Ulterior, comunitatea științifică medicală a dezvoltat și a discutat principiile bioeticii, recunoscute ca fiind universale. În ceea ce privește stabilirea altor principii, ele apar într-un *set* aparte și uneori au conținut diferit, reflectând specificul abordărilor regionale ale drepturilor omului, tradițiilor și valorilor naționale. Bioeticienii nu sunt deseori de acord cu abordarea limitelor precise ale disciplinei. Se discută dacă domeniul ar trebui să se preocupe de evaluarea etică a tuturor întrebărilor care implică biologia și medicina, sau este doar un substrat al activității medicale. Unii reduc bioetica doar la evaluarea etică, la moralitatea acțiunilor lucrătorilor medicali, a inovațiilor tehnologice aplicate în tratarea pacienților, a studiilor din cercetare etc. Alții sunt de altă părere, lărgind sfera aprecierii etice și incluzând moralitatea tuturor acțiunilor care ar putea ajuta sau dăuna organismelor vii. În consecință, actualmente se cunosc două căi de evoluție a bioeticii sau două tipuri de bioetică: 1) *bioetica în sensul cel mai larg* – studiază problemele de etică a mediului, precum și cele biomedicale; 2) *bioetica în sens îngust* – se examinează problemele ce apar în contextul medical [13 p.18-26]. Aceste direcții de cercetare a bioeticii, începând cu anii '90 ai secolului trecut, au devenit de interes pentru R.Moldova prin intermediul membrilor Catedrei de filosofie și bioetică, în elucidarea specialiștilor din domeniul sanitar. Astfel, principiile morale, utilizate în aceste două direcții, diferă

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografie

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

399-4 Disponibil la: https://library.usmf.md/sites/default/files/2019-01/Bioetica_maketare.pdf. (accesat: 27.06.2021).

10. Brody, H. The physician-patient relationship: model and criticisms. *Theoretical Medicine*, 1987, vol.8, nr.2, pp. 205-220. DOI: 10.1007/BF00539756.
11. Mondielli, E. *L'essentiel de la Bioéthique et du droit de la biomedicine*. Paris: Gualino, Lextenso Editions, 2008. ISBN-13: 978-2-297-00346-9
12. Roy, D.J., Williams, J.R., Dickens, B.M., Baudouin, J.-L. *La bioéthique: ses fondements et ses controverses*. Saint-Laurent, Montreal: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 1995. ISBN: 2-7613-0803-4
13. Țirdea, T.N., Gramma, R.C. *Bioetica medicală în sănătate publică*. Chișinău: Casa editorial-poligrafică Bons Offices, 2007. ISBN: 9789975-80-036-5
14. Beauchamp, T., Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th Edition. New York: Oxford University Press, 2013. ISBN-13: 978-0199924585
15. Hottois, G., Missa, J.-N. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Médecine, Environnement, Biotechnologie*. Bruxelles: Ed. De Boeck Université, 2001, p. 663.
16. Kant, I. *Întemeierea metafizicii moravurilor* (Trad. F. Bogoiu, V. Mureșan, M. Ota, R. G. Pârvu; Coment. și note de V. Mureșan). București: Humanitas, 2007. ISBN: 978-973-50-1066-9
17. Rubanovici, L. Principiul solidarității și cel al reciprocității în sistemul de sănătate pe timp de pandemie Covid-19. În: *Materialele Conferinței Științifice consacrate Zilei Mondiale a Filosofiei, 19 noiembrie 2020, Chișinău*. Coord. șt.: Ana Pascaru. Chișinău: „Lexon Prim”, 2020, pp. 213-219.
18. Alexander, S. They decide who lives, who dies: Medical miracle puts a moral burden on a small committee. *Life*. 1962, vol.53, nr.9, pp. 102-125.