

**UNIVERSITATEA DE STUDII EUROPENE DIN MOLDOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ
ȘTIINȚE JURIDICE ȘI RELAȚII INTERNAȚIONALE**

Cu titlu de manuscris

C.Z.U.: 342.721:343.6(043.3)

NELU, GHEORGHITĂ

**LIBERTATEA INDIVIDUALĂ ÎN DREPTUL CIVIL CU PRIVIRE
LA CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT ÎN CONTEXTUL
AVORTULUI ȘI EUTANASIEI**

553.01. - DREPT CIVIL

Teză de doctor în drept

Conducător științific:

PUȘCĂ Andy Corneliu,

Conf. univ. Dr.

Autor:

CHIȘINĂU, 2025

© GHEORGHIȚĂ Nelu, Chișinău, 2025

CUPRINS

LISTA FIGURILOR.....	4
Avortul în România.....	4
ADNOTARE.....	6
ANNOTATION.....	7
АННОТАЦИЯ.....	8
ABREVIERI.....	9
INTRODUCERE.....	10
Actualitatea și importanța temei	10
Obiectivele și ipotezele cercetării	15
Metodologia cercetării	17
Structura tezei	26
1. ANALIZA SITUAȚIEI ÎN DOMENIUL PROTECȚIEI LIBERTĂȚII INDIVIDUALE	27
1.1. Definiții și concepte fundamentale.....	27
1.1.1. Dreptul la viață și integritatea corporală.....	27
1.1.2. Autonomia personală și drepturile civile	33
1.2. Protecția drepturilor individuale în legislația civilă	38
1.2.1. Norme juridice relevante.....	38
1.2.2. Aplicarea normelor în jurisprudență	46
1.3. Concluzii la capitolul I.....	52
2. CADRUL JURIDIC AL CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT ȘI PROVOCĂRILE	54
CONTEMPORANE.....	54
2.1. Context național și internațional	54
2.1.1. Evoluții legislative	54
2.1.2. Comparații între diverse sisteme juridice	57
2.2. Provocări și soluții în aplicarea normelor juridice	59
2.2.1. Probleme de interpretare juridică.....	59
2.2.2. Lacune legislative și dificultăți practice	62
2.3. Concluzii la capitolul al II-lea.....	65
3. IMPLICAȚII INTERDISCIPLINARE ALE LIBERTĂȚII INDIVIDUALE	67

3.1. Elemente de drept penal, teologie și filosofie	67
3.2. Libertatea în concepția existențialistă	71
3.3. Influența interdisciplinară asupra dreptului civil	76
3.4. Concluzii la capitolul al III-lea.....	77
4. ANALIZA COMPARATIVĂ A PROTECȚIEI DREPTURILOR INDIVIDUALE.....	79
4.1. Consimțământul informat în contextul avortului	79
4.1.1. Reglementari de drept civil în Europa	79
4.1.2. Norme civile în alte jurisdicții	102
4.1.3 Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului față de problematica avortului.....	107
4.2. Consimțământul informat în contextul eutanasiei.....	116
4.2.1. Norme civile în Europa.....	116
4.2.2. Aspecte de drept civil în alte jurisdicții	128
4.2.3 Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului față de problematica eutanasiei	149
4.3. Concluzii la capitolul al IV-lea.....	157
CONCLUZII ȘI PROPUNERI DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CADRULUI JURIDIC.....	159
Concluzii avort.....	159
Concluzii eutanasiie	162
Propuneri de îmbunătățire.....	166
BIBLIOGRAFIE.....	169
Legi, site-uri, jurisprudență, raportări, statistici.....	179
ANEXE.....	187

LISTA FIGURILOR

Avortul în România

Figura 4.1 Întreruperi de sarcină pe grupe de vârstă România (2021).....	88
Figura 4.2 Avortul al adolescente 15-19 ani – România (2012-2021).....	89
Figura 4.3 Rata avorturilor - Europa (2013-2020).....	90
Figura 4.4 Ponderea avorturilor induse la mame 15-19 ani - UE	91

Avortul în Republica Moldova

Figura 4.5 Evoluția numărului întreruperilor de sarcină (2015-2020).....	95
Figura 4.6 Întreruperi de sarcină pe categorii de vârstă (anul 2020)	95
Figura 4.7 Metode de întrerupere de sarcină (anul 2020).....	96
Figura 4.8 Metode de întrerupere de sarcină pe categorii de vârstă	96
Figura 5.9 Categorii de întreruperi de sarcină (anul 2020).....	97
Figura 4.10 Întreruperi spontane de sarcină pe categorii de vârstă (anul 2020)	98
Figura 4.11 Metode de anestezie (anul 2020)	98
Figura 4.12 Numărul complicațiilor după întreruperea de sarcină (2015-2020)	99
Figura 4.13 Răspunsurile întrebării „Sunteți de acord cu întreruperea voluntară a sarcinii (avortul) atunci când părinții nu-și doresc copilul?”.....	100
Figura 4.14 Principalele condiții în care cetățenii Republicii Moldova acceptă avortul	100

Eutanasia la nivel mondial

Figura 4.15 Când este considerată eutanasia legală în Australia, în 2022-2023.....	140
Figura 4.16 Țările în care cei mai mulți oameni mor prin sinucidere asistată.....	142
Figura 4.17 Modalitatea de legalizare a eutanasiei în diferite țări din lume.....	143
Figura 4.18 – Repartizarea pe glob a îngăduinței eutanasiei.....	148

ADNOTARE

GHEORGHITĂ Nelu „*Libertatea individuală în dreptul civil cu privire la consimțământul informat în contextul avortului și eutanasiei*”,

teză de doctor în drept la specializarea

553.01- Drept civil, Chișinău, 2025

Structura tezei: introducere, capitole (patru), concluzii generale, bibliografie din 211 de titluri, anexe, 153 pagini text de bază.

Cuvinte-cheie: avort, dreptul la viață, embrion, eutanasi, făt, întreruperea ilegală a sarcinii, libertate, liber-arbitru, produs de concepție, sinucidere asistată medical, uciderea la cererea victimei.

Domeniul cercetării: Drept civil.

Scopul și obiectivele cercetării: Scopul cercetării constă în justificarea teoretico-practică a importanței și necesității aplicării normelor juridice, psihologice și etico-religioase atunci când vorbim despre libertatea umană și dreptul la viață, finalizată cu un anumit concept care să asigure o corelație echitabilă între protecția dreptului la viață al embrionului și fătului și protecția libertății și a vieții private ale femeii însărcinate; sau între dreptul la viață al omului și libertatea acestuia în a alege când și cum dorește să moară. Acest scop a determinat încercarea de a soluționa următoarele **obiective:** a stabili noțiunea și esența libertății raportat la avort și la eutanasi; a analiza libertatea în strânsă legătură cu avortul și eutanasia din punct de vedere juridic, istoric, filosofic și religios; a identifica sistemul și conținutul cerințelor juridice și etico-religioase atunci a stabili și analiza esența consimțământului informat din perspectiva dreptului la libertate al ființei umane, al accesului liber la avort precum și la eutanasi; a determina importanța dreptului la libertate al ființei umane, precum și dreptul la viață privată în raport cu dreptul la viață al acesteia; a analiza regimul juridic și legislativ național și internațional în privința întreruperilor de sarcină și a eutanasiei; a formula concluzii și recomandări în materia revizuirii legislației în lumina legislației europene și internaționale precum și a practicii organelor de drept în materia avortului și eutanasiei.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor cercetării se regăsește în faptul că teza de doctor reprezintă, practic, o primă încercare de a trece în revistă multiple probleme și aspecte teoretico-practice ale dreptului la libertate al ființei umane cu aplicație strictă la întreruperea sarcinii și la eutanasi ca și subiecte de actualitate, fiind expusă și necesitatea operării unor revizuri și corectări în legislația privitoare la avort și eutanasi.

Problema științifică importantă soluționată prin cercetarea desfășurată se referă la cercetarea reglementărilor naționale și internaționale, urmărindu-se clarificarea unor ambiguități în legislația națională privind avortul și eutanasia și umplerea, pe cât posibil, a unui vid legislativ în acest domeniu.

Semnificația teoretică a lucrării se datorează faptului că totalitatea concluziilor formulate poate servi ca bază științifică a dezvoltării și studierii complexului de probleme apărute pe segmentul drepturilor la viață și la libertate ale omului.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în faptul că rezultatele cercetării pot fi folosite pentru dezvoltarea sau chiar pentru redactarea unor norme juridice referitoare la avort și eutanasi.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele științifice au fost utilizate în procesul educațional al Facultății de Drept din cadrul Universității de Studii Europene din Moldova și al Facultății de Drept din cadrul Universității „Danubius” din Galați, România.

ANNOTATION

GHEORGHITĂ Nelu „Individual freedom in civil law regarding informed consent in the context of abortion and euthanasia”, PhD thesis in law, Chisinau, 2025

Structure of the thesis: introduction, chapters (four), general conclusions, bibliography of 211 titles, annexes, 153 pages of basic text.

Keywords: abortion, right to life, embryo, euthanasia, fetus, illegal termination of pregnancy, freedom, free will, product of conception, medically assisted suicide, killing at the request of the victim.

Field of study: specialty 553.01 - Civil Law.

The purpose and objectives of the research: The purpose of the research consists in the theoretical and practical justification of the importance and necessity of applying legal, psychological and ethical-religious norms when we talk about human freedom and the right to life, finalized with a certain concept that would ensure a fair correlation between the protection of the right to life of the embryo and fetus and the protection of the freedom and private life of the pregnant woman; or between the right to life of a person and his freedom to choose when and how he wants to die. This purpose determined the attempt to solve the following objectives: to establish the notion and essence of freedom in relation to abortion and euthanasia; to analyze freedom in close connection with abortion and euthanasia from a legal, historical, philosophical and religious point of view; to identify the system and content of legal and ethical-religious requirements then to establish and analyze the essence of informed consent from the perspective of the right to freedom of the human being, of free access to abortion as well as to euthanasia; to determine the importance of the right to freedom of the human being, as well as the right to private life in relation to the right to life thereof; to analyze the national and international legal and legislative regime regarding abortion and euthanasia; to formulate conclusions and recommendations regarding the revision of the legislation in light of European and international legislation as well as the practice of law enforcement bodies in the field of abortion and euthanasia.

The novelty and scientific originality of the research results is found in the fact that the doctoral thesis represents, practically, a first attempt to review multiple problems and theoretical-practical aspects of the right to freedom of the human being with strict application to abortion and euthanasia as topical subjects, the need for revisions and corrections in the legislation regarding abortion and euthanasia being also exposed.

The important scientific problem solved by the research carried out refers to the research of national and international regulations, aiming to clarify some ambiguities in the national legislation on abortion and euthanasia and to fill, as far as possible, a legislative vacuum in this field.

The theoretical significance of the work is due to the fact that all the conclusions formulated can serve as a scientific basis for the development and study of the complex of problems arising in the segment of human rights to life and freedom.

The applicative value of the work lies in the fact that the research results can be used for the development or even for the drafting of legal norms regarding abortion and euthanasia.

Implementation of scientific results. The scientific results were used in the educational process of the Faculty of Law of the University of European Studies of Moldova and the Faculty of Law of the "Danubius" University in Galați, Romania.

АННОТАЦИЯ

ГЕОРГИЦЭ Нелу «Свобода личности в гражданском праве в отношении информированного согласия в контексте аборт и эвтанази», докторская диссертация по праву, Кишинев, 2025 г.

Структура диссертации: введение, главы (4), общие выводы, библиография из 211 наименований, приложения, 153 страницы основного текста.

Ключевые слова: аборт, право на жизнь, эмбрион, эвтаназия, плод, незаконное прерывание беременности, свобода, свободная воля, продукт зачатия, самоубийство с медицинской помощью, убийство по просьбе жертвы.

Область обучения: специальность 553.01 - Гражданское право.

Цель и задачи исследования: Цель исследования состоит в теоретическом и практическом обосновании важности и необходимости применения правовых, психологических и этико-религиозных норм при рассмотрении вопросов свободы человека и права на жизнь, оформленных в определенную концепцию, обеспечивающую справедливое соотношение между защитой права на жизнь эмбриона и плода и защитой свободы и частной жизни беременной женщины; или между правом человека на жизнь и его свободой выбирать, когда и как он хочет умереть. Данная цель обусловила попытку решения следующих задач: установление понятия и сущности свободы применительно к аборту и эвтаназии; проанализировать свободу в тесной связи с абортами и эвтаназией с юридической, исторической, философской и религиозной точек зрения; выявить систему и содержание правовых и этико-религиозных требований, затем установить и проанализировать сущность осознанного согласия с точки зрения права человека на свободу, свободного доступа к аборту, а также эвтаназии; определить важность права человека на свободу, а также права на неприкосновенность частной жизни по отношению к праву человека на жизнь; проанализировать национальный и международный правовой и законодательный режим в отношении аборт и эвтаназии; сформулировать выводы и рекомендации по пересмотру законодательства с учетом европейского и международного права, а также практики правоохранительных органов в вопросах аборт и эвтаназии.

Новизна и научная оригинальность результатов исследования заключается в том, что докторская диссертация представляет собой, по сути, первую попытку рассмотрения многочисленных теоретических и практических проблем и аспектов права человека на свободу применительно к таким актуальным темам, как прерывание беременности и эвтаназия, а также выявляет необходимость внесения изменений и дополнений в законодательство об абортах и эвтаназии.

Важная научная проблема, решенная в ходе проведенного исследования, касается изучения национальных и международных нормативных актов с целью прояснения некоторых неясностей в национальном законодательстве относительно аборт и эвтаназии и заполнения, по возможности, законодательного вакуума в этой области.

Теоретическая значимость работы обусловлена тем, что все сформулированные выводы могут служить научной основой для разработки и изучения комплекса проблем, возникающих в сегменте прав человека на жизнь и свободу.

Прикладная ценность работы заключается в том, что результаты исследования могут быть использованы при разработке или даже составлении правовых норм, касающихся аборт и эвтаназии.

Внедрение научных результатов. Научные результаты были использованы в учебном процессе юридического факультета Университета европейских исследований Молдовы и юридического факультета Университета «Данубиус» в Галаце, Румыния.

ABREVIERI

Alin. - aliniat
Art. – articol
BOR – Biserica Ortodoxă Română
c. - contra
CEDO – Curtea Europeană a Drepturilor Omului
CE – Consiliul Europei
CPP – Cod de Procedură penală
CP– Cod Penal
C. pen. – Cod Penal
DEX – Dicționarul Explicativ al Limbii Române
d.Hr. – după Hristos
Ed. – editură
e.g. – *exempli gratia* (spre exemplu)
GDPR – Regulament General de Protecție a Datelor
IBMBOR – Institutul Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române
ICH-GCP- Bunele practici clinice
î.Hr. – înainte de Hristos
Lit. – litera
M. Of.- Monitorul Oficial
Nr. – număr
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
Pct. – punct
RM – Republica Moldova
RPR – Republica Populară Română
RSSM – Republica Sovietică Socialistă Moldovenească
SAM – Sinuciderea Asistată Medical
Sec. – secol
SRHR – Sexual and Reproductive Health and Rights (Drepturile sănătății sexuale și
reproductive)
SUA – Statele Unite ale Americii
UE – Uniunea Europeană
URSS – Uniunea Republicilor Sovietice Socialiste
Vs. – versus, împotriva

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei

Libertatea individuală reprezintă unul dintre pilonii fundamentali ai dreptului civil, fiind esențială pentru protecția și respectarea drepturilor omului. În acest context, consimțământul informat și protecția drepturilor individuale în situații precum avortul și eutanasia sunt subiecte de maximă actualitate și relevanță. Analiza normelor naționale și internaționale privind aceste aspecte evidențiază diversitatea abordărilor și influențele culturale, religioase și juridice care le modelează. Acest studiu se concentrează pe examinarea comparativă a cadrului juridic în România și alte jurisdicții, cu scopul de a identifica bunele practici și lacunele legislative, precum și de a propune îmbunătățiri pentru protecția eficientă a drepturilor individuale. [4]

S-a născut și a crescut simțul libertății și al dreptății. Pentru om, libertatea, așa cum a fost gândită, este și va fi întotdeauna naturală și legală. Conceptul de libertate are un conținut filozofic, precum și o dimensiune juridică. Ca și categorie filozofică, libertatea este un mod de comportament preocupat de interpretarea obiectivă a vieții, o reflectare a relevanței acțiunilor umane față de nevoile și legile obiective ale naturii și ale societății. Dreptul fundamental la libertate este cea mai înaltă valoare a societății, adică capacitatea unui individ de a gândi și a acționa în conformitate cu ideile și idealurile sale, fiind necesară și de dorit, pentru a atinge scopurile urmărite și, astfel, pentru a se realiza în lumea obiectivă.

Într-un sens filozofic, libertatea nu înseamnă a fi capabil să obții ceea ce îți dorești, ci pur și simplu căutarea a ceea ce poți experimenta. Libertatea în sens juridic este valoarea socială care este susținută, promovată și protejată de normele juridice, și în acest sens, garantată de comportamentul uman în cadrul libertăților prevăzute și garantate de statul de drept [10]. Libertatea constă în a putea face orice care nu dăunează nimănui, astfel încât să nu mai existe restricții în exercitarea drepturilor naturale ale fiecărui individ, ci restricții care determină posibilitatea exercitării acelorași drepturi pentru ceilalți membri ai societății [4]. În literatura juridică se face distincția între autonomie ca atribut uman și libertate ca drept fundamental al cetățenilor.

În sensul său original, libertatea presupune capacitatea de a însoți toate manifestările sociale, cu ideea de inviolabilitate a unui om. În al doilea rând, ea apare ca un set de drepturi garantate și asigurate de Constituție. Libertatea personală este un drept fundamental al omului.

Acestea sunt drepturi formale și inalienabile la libera dezvoltare a personalității umane, garantate și impuse de norme precum legile, constituțiile sau alte legi fundamentale [20]. Libertatea personală, ca drept fundamental al omului, este o condiție necesară pentru dezvoltarea societății moderne. O persoană trăiește într-o societate, este membru al unei societăți și, prin urmare, gradul de drepturi și libertăți recunoscute pentru ea, precum și rata migrației efective a acestora, depind de circumstanțele economice, sociale și politice inerente fiecărei persoane, individual, în funcție de situație.

Potrivit unor autori, negarea sau limitarea autonomiei personale, a drepturilor fundamentale, echivalează cu o oprimare a persoanei și, prin urmare, o exprimare nelimitată a libertăților individuale, și echivalează cu interzicerea creșterii și a progresului social. Ea duce la amenințarea cu anarhia și la dezintegrarea unității organice reprezentate de viața societății. Din dorința de a evita împrejurările extraordinare, nivelul libertății umane este subordonat nivelului normelor juridice, determină conținutul și mediul, ceea ce stabilește „status libertatis” al individului [25]. În aceste circumstanțe, libertatea este o valoare socială determinată de stadiul de dezvoltare a societății și este adesea dreptul de a evalua toate caracteristicile, atitudinile, interesele și dorințele legitime ale persoanei [25]. Articolul 25 din Constituția Republicii Moldova prevede că „libertatea și securitatea personală sunt indispensabile”. Pentru prima dată în Europa continentală, Magna Carta Libertatum din 1215, prima lege constituțională a Marii Britanii, a afirmat că „niciun om liber nu va fi arestat, înțemnițat sau privat de proprietatea sa” fără autoritate legală sau altfel spus urmărit penal, dacă nu suntem îndreptățiți în judecata noastră, într-un proces echitabil, de același popor și conform legilor țării [26].

În același timp, prin această lege, respectiv articolul 36, se întărește poziția controlului judiciar asupra legalității arestării acuzatului și a posibilității eliberării acestuia la cerere, împrejurare care a fost proeminentă în Anglia până la semnarea Cartei Libertăților, care s-a semnat ulterior recunoașterii acestui drept. Carta Libertății apare în numele unei proceduri pentru protecția individului – „habeas corpus” [28], iar procedura „habeas corpus” se referea inițial la dreptul persoanei arestate de a fi dus la autoritățile judiciare în termen de 24 de ore pentru ca judecătorii să cunoască cauza reținerii sau arestării, în vederea protejării dreptului persoanei la libertatea sa. După ședință, judecătorul trebuie să decidă dacă păstrează măsura arestului, indiferent dacă persoana arestată a fost sau nu reținută, iar aceasta a fost concepută pentru aceleași tip de acțiuni,

nerespectarea hotărârii judecătorești de eliberare fiind pedepsită cu amendă [32], în 1688, și care privea în mod rudimentar eliminarea arbitrariului în reținerea unei persoane [44].

Pentru a garanta libertatea individuală, Declarația drepturilor și libertăților cetățenilor interzice în mod expres practica arestării publice în baza cunoscutelor mandate de arestare emise de autorități, care conținea doar o prevedere de arestare a unei persoane la pedeapsa închisorii, fără posibilitatea suspendării acuzației ori a termenului. Și uneori, aceste mandate de arestare erau date în formă incompletă (în blank) oamenilor populari, făcând posibilă sechestrarea cuiva pe nedrept [36].

În gândirea juridică din ultimele decenii, a devenit o presupunere necontrovertată faptul că libertatea persoanei trebuie să fie garantată de legile oricărui guvern. Prevederile care autorizează privarea de libertate ca pedeapsă penală sau prin proces judiciar trebuie să respecte standardele aplicabile stabilite în diferitele documente internaționale. Prin urmare, Declarația Universală a Drepturilor Omului din 1948 în articolul 3 prevede că „Orice persoană are dreptul la egalitate, libertate și securitate personală”, iar articolul 9 prevede că „Nimeni nu poate fi supus arestării, detenției sau exilului arbitrar” [36], [152].

În 1776, pe continentul american apare *Declarația de independență a Statelor Unite*, influențată de stilul constituțiilor engleze, care proclamă: „Noi considerăm aceste adevăruri evidente, că toți oamenii sunt egali, că ei sunt înzestrați de Creator cu anumite Drepturi inalienabile, că printre acestea sunt Viața, Libertatea și căutarea Fericirii. Că, pentru a asigura aceste drepturi, Guverne sunt instituite printre oameni, izvorând puterile lor doar din consimțământul celor guvernați, Că atunci când orice Formă de Guvernare devine distructivă acestor scopuri, este dreptul poporului de a o modifica sau elimina, și să instituie o nouă Guvernare [116], [153]. În America, Declarația a fost adoptată în 1787 și a consacrat drepturile și libertățile fundamentale ale omului regăsite în Declarația de Independență a SUA și ratificate de 17 legislaturi de stat – în 1791 prin „Carta drepturilor”, care conține primele zece amendamente în Constituția SUA [94], [151].

Al patrulea amendament la Constituția S.U.A. prevede că drepturile cetățenilor de a fi în siguranță în persoană, clădirile, bunurile lor, includ și neîncălcarea acestora prin percheziții și confiscări nerezonabile ori prin emiterea de mandate numai pentru o cauză probabilă, susținută de un jurământ sau de o declarație solemnă, în care se descrie în detaliu locul de percheziționat și persoanele sau lucrurile care urmează a fi ridicate. Unul dintre motivele care au stat la baza

Revoluției Franceze a fost problema garantării libertății individuale, care este afirmată în Declarația Drepturilor Omului și al Cetățeanului din 1789, în care conceptul de drepturi și libertăți fundamentale, inspirat din teoriile din 1789, respectiv a dreptului natural și a contractului social. Articolul 7 din Declarația drepturilor omului și al cetățeanului prevede că „nimeni nu poate fi supus unui proces arbitrar, arestare sau detenție decât în cazurile și în conformitate cu o procedură stabilită de lege [116], [152].

Declarația franceză a drepturilor omului și a cetățeanului a mai afirmat în articolul 4 că: „Libertatea constă în a cunoaște tot ceea ce nu dăunează nimănui.”[136] În mod similar, exercitarea drepturilor naturale ale fiecărei ființe umane este fără limitare și doar restricțiile care asigură ca alți membri ai societății să beneficieze de aceleași drepturi. Aceste restricții pot fi determinate doar prin lege. În Convenția Europeană a Drepturilor Omului, semnată la Roma la 4 noiembrie 1950, articolul 5 prevede principiul „Orice persoană are dreptul la libertatea și securitatea persoanei” și „Nimeni nu poate fi privat de libertate cu excepția acestor cazuri și în conformitate cu procedurile legale [146] [147]”.

Una dintre excepțiile de la regula „nimeni nu poate fi privat de libertate” este detenția preventivă. Prevederile Convenției Europene conțin și o serie de ipoteze generale, printre care: - privarea de libertate poate fi decisă numai în principiu de către o instanță; - privarea de libertate are scopul de a se asigura că făptuitorul este adus în fața autorității competente pentru a-l face răspunzător legal pentru fapta pe care a făcut-o; - privarea de libertate se efectuează numai prin mijloace legale și în conformitate cu procedura prevăzută de legile jurisdicției competente; - perioada de privare de libertate să fie limitată, astfel încât până la soluționarea definitivă a dosarelor penale măsurile de securitate să fie cât mai scurte; - privarea de libertate poate fi substituită în anumite împrejurări legale cu alte proceduri care asigură buna soluționare a cauzei penale sau nerespectarea condițiilor de arestare, suspectul putând fi eliberat (sub supraveghere judiciară, pe cauțiune, etc.) - privarea de libertate poate fi contestată de către deținut în fața instanței, cu cei care doresc să formuleze plângeri.

La liniile directoare din Convenția Europeană ar trebui adăugate următoarele prevederi generale, și anume: „fără încălcarea libertății personale și a securității personale”, deoarece libertatea individuală, ca toate libertățile umane, nu este, nu poate și nu trebuie să fie [146] restrânsă în mod absolut „în scopul realizării unei valori substanțiale numai prin lege”. Constituția Republicii Moldova prevede în articolul 54 alineatul (2) că „Exercitarea drepturilor și libertăților

nu poate fi supusă altor restricții decât celor prevăzute de lege, în conformitate cu normele unanim recunoscute de dreptul internațional și sunt necesare în interesul securității naționale, integrității teritoriale, bunăstării economice a țării, ordinii publice, în scopul prevenirii tulburărilor în masă și infracțiunilor, protejării drepturilor, libertăților și demnității altor persoane, împiedicării divulgării informațiilor confidențiale sau garantării autorității și imparțialității justiției”, măsură care interferează cu garanția și nu poate afecta existența dreptului sau a libertății (art. 54, alin. 4 din Constituția Republicii Moldova). În baza naturii „libertății individuale”, în mod deliberat se impun restricții asupra acestui drept prin statul de drept, în general, și pentru a proteja statul de drept, în special, în desfășurarea anchetelor penale. În documente speciale, se face referire la activitățile participanților la puterea publică, de a restabili statul de drept, iar violența (dacă este cazul) este și ar trebui să fie limitată și clar definită, astfel încât să se respecte libertatea personală care ar trebui astfel să existe. Există și persoane nevinovate care pot deveni victime ale unor acte abuzive și care pot fi determinate de motive politice [26].

Pentru a asigura buna desfășurare a proceselor penale se pot prescrie măsuri împotriva persoanei acuzate de săvârșirea de infracțiuni care afectează direct libertatea personală, precum reținerea sau arestarea, precum și cercetarea acesteia. În concluzie, trebuie menționat că „restricțiile impuse libertății individuale nu trebuie privite ca un sacrificiu, încălcare sau abandon a acesteia, fiind prevăzute și precizate de lege, ca având un caracter special, și de aceea sunt fixate și trebuie aplicate numai în cazuri de extremă necesitate prin adaptarea la nevoile create, în măsura în care servesc și au o interpretare limitată [27]”. Pentru a preveni eventualele abuzuri și pentru a da un proces echitabil persoanei care consideră că asupra sa s-a comis un proces ilegal cu privire de libertate, legea permite persoanei private de libertate prin arestare sau reținere să facă recurs la instanță cu autoritatea sa, pe tot parcursul procesului penal.

Pe lângă posibilitatea de a contesta legalitatea arestării sau reținerii, fiecare victimă a arestării sau reținerii contradictorii are dreptul prin prevederile legale, la despăgubiri, în condițiile legii (art. 6 alin. 7 CPP din RM) [73]. Întrucât starea de libertate a persoanei este o stare naturală, legea a stabilit regula că, în cursul procesului penal, învinuitul sau suspectul reținut sub supraveghere judecătorească sau sub protecție judiciară poate fi eliberat provizoriu. Astfel, nimeni nu va fi supus unor tratamente inumane sau degradante sau torturii, în timpul unui proces penal. Analizând cele de mai sus, pot spune că numărul și varietatea garanțiilor care susțin libertatea

individului, în timpul judecării cauzelor, sunt foarte largi, astfel încât acestea pot fi grupate în mai multe domenii importante:

1. Se menționează în mod specific cazurile și condițiile generale de realizare a garanțiilor definite de lege, astfel încât libertatea unei persoane nu poate fi restricționată decât în circumstanțe date și prescrise într-un mod limitat.
2. Persoana care este supusă la măsura arestării preventive, dacă o consideră nelegală, are dreptul, în cursul procesului, de a se adresa instanței competente, în condițiile legii, pentru a fi pusă în libertate. Instanța este obligată să se pronunțe cât mai curând posibil asupra legalității arestării sau reținerii sale și să dispună eliberarea lui dacă este reținut sau arestat.
3. Persoana arestată sau reținută este informată de îndată, într-o limbă pe care o înțelege, în termen de maximum trei ore despre motivele arestării sau reținerii și cu privire la situația sa juridică raportat la infracțiunile reținute și care este suspectat sau acuzat, fapt care va fi o referință reală în raportul de conformitate sau în mandat.
4. Pentru a nu parcurge procesul penal în arest, suspectul sau inculpatul care a fost privat de libertate poate fi pus în libertate, dacă îndeplinește anumite criterii prevăzute de lege, fie sub supraveghere judiciară, fie în libertate.
5. Persoana supusă ilegal arestării preventive are dreptul la despăgubiri pentru prejudiciul cauzat în condițiile prevăzute de lege.
6. Măsurile de protecție, care au caracter provizoriu [73], se impun a fi retrase la cerere sau din oficiu, atunci când nu mai sunt necesare sau sunt înlocuite cu o metodă mai ieftină, dacă împrejurările cauzei o impun.

Obiectivele și ipotezele cercetării

Obiectivul principal al acestei teze este de a analiza comparativ normele privind consimțământul informat și protecția drepturilor individuale în contextul avortului și eutanasiei. Ipoteza de bază este că armonizarea legislației naționale cu standardele internaționale și clarificarea normelor privind consimțământul informat vor contribui la o protecție mai eficientă a drepturilor individuale.

Consimțământul informat a apărut ca standard etic central în codurile medicale fundamentale, cum ar fi Jurământul lui Hipocrat, Declarația de la Geneva din 1948 sau Codul Internațional de Etică Medicală din 1949. Justiția Curții Supreme din Minnesota în cazul *Mohr vs.*

Mohr, a sublinat că pacientul trebuie să știe că medicul va acționa numai în interesul său, în conformitate cu Declarația de la Geneva, respectând dreptul său la autodeterminare, în ceea ce solicită. Potrivit Cartei Drepturilor Omului, „orice adult cu o afecțiune mintală are dreptul la autodeterminare”.[162]

Declarația privind promovarea drepturilor pacienților în Europa a fost făcută publică în cadrul Dialogului european al Organizației Mondiale a Sănătății, și s-a desfășurat între 28 și 30 martie 1994 la Amsterdam. Această Declarație include un set de principii [5] pentru promovarea și implementarea drepturilor pacienților în statele europene membre ale Organizației Mondiale a Sănătății și a fost ulterior reintrodusă de legile țărilor europene respective. Exprimarea acestei afirmații a fost realizată în România în Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003. [189] Legea nr. 46/2003 a fost adoptată prin Decretul nr. 386/2004 a Ministrului Sănătății. [190] Consimțământul informat este reglementat și de alte acte normative și anume:

- Titlul XVI „Răspunderea civilă a medicilor și a furnizorilor de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma sectorului sănătății;
- Regula nr. 482/2007 pentru aprobarea Regulamentului de procedură privind aplicarea titlului XVI „Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului și a serviciilor medicale, [182] sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma sectorului sănătății;
- Avizul SOC/221 din 26 septembrie 2007 al Comitetului Economic și Social European pentru Drepturile Pacienților – s-a bazat pe o inițiativă a societății civile „Carta Europeană a Drepturilor Pacienților”, elaborată de Active Citizenship Network (o rețea europeană de organizații) în 2002;
- Recomandarea R (97) 5 adoptat de Comitetul de Miniștri al statelor membre ale Consiliului Europei la 13 februarie 1997 privind protecția informațiilor medicale. [190], [153], [132]

În 1847, Asociația Medicală Americană a scris Codul de etică medicală al Asociației Medicale Americane, pe care Worthington Hooker l-a extins în 1849. [86], [108]

În 1947, după procesele naziste pentru crime de război de la Nürnberg, a fost creată lucrarea cunoscută sub numele de Codul Nürnberg, care conține 10 condiții pe care medicii trebuie să le respecte în timpul studiilor clinice care implică oameni. Ulterior, apariția de noi molecule de medicamente și progresele tehnologice au necesitat convocarea Asociației Medicale Mondiale în 1964 la Helsinki pentru a discuta standardele etice ale cercetării medicale pe subiecți umani.

Consimțământul informat în cercetarea clinică este reglementat în prezent de liniile directoare ICH-GCP promulgate la Bruxelles în aprilie 1990, revizuite în 2002. Aceste 16 ghiduri

includ un set de strategii naționale/regionale comune aplicabile în UE, Japonia și Statele Unite. Ghidurile ICH-GCP oferă un standard general bun pentru proiectarea, desfășurarea, înregistrarea și raportarea studiilor clinice (trialuri) care implică participanți umani. Joseph J. Finney și Pablo Rodriguez au studiat consimțământul informat la nivel cultural și modul în care acesta afectează prezentarea în această etapă a informației. Literatura de specialitate a analizat și introducerea consimțământului informat electronic, care ar avea beneficii în ceea ce privește accesibilitatea pacienților și o mai bună integrare a datelor. Un studiu recent arată că rețelele sociale precum Facebook și Tik Tok pot manipula oamenii din punct de vedere emoțional; autorii au identificat multe controverse în consimțământul informat care trebuie analizate din toate perspectivele. [78, 79, 82]

Fiecare pacient are dreptul legal de a alege ce proceduri medicale pot fi aplicate corpului său. În doctrina franceză și canadiană, acest drept se numește autonomie. Pacientul trebuie informat cu bună-credință. Potrivit art. 6 din Legea nr. 46/2003, „un pacient are dreptul să fie informat despre starea sa de sănătate, procedurile medicale propuse, riscurile care pot apărea în fiecare regim, deoarece există în prezent alternative la regimurile recomandate, inclusiv netratamentul și neaderarea la sugestiile medicale, precum și informații în pregătire pentru diagnostic și prognostic.” [189]

Metodologia cercetării

Metodologia cercetării este bazată pe o analiză comparativă a normelor naționale și internaționale, examinând jurisprudența relevantă și studiile de caz pentru a evidenția bunele practici și provocările întâmpinate în aplicarea normelor juridice. Perspectiva interdisciplinară, care include elemente din dreptul penal, teologie și filosofie, va oferi o înțelegere holistică a libertății individuale.

Metodologia de cercetare aleasă este un studiu al lucrărilor normative utilizate în prezent pentru a informa mai bine persoanele și clinicienii despre consimțământul informat, natura și conținutul acestuia, aspectele specifice obținerii acestuia, implicațiile juridice și aspectele care decurg din practica medicală clinică. [189]

Declarația privind promovarea drepturilor pacienților în Europa a fost făcută publică în cadrul Dialogului european al Organizației Mondiale a Sănătății, desfășurat între 28 și 30 martie 1994 la Amsterdam. Această declarație include un set de principii pentru promovarea și

implementarea drepturilor pacienților în statele europene membre ale Organizației Mondiale a Sănătății și a fost ulterior adoptată de legislația fiecărei țări europene. Exprimarea acestei afirmații a fost explicată în România în Legea drepturilor pacienților numărul 46/2003. Legea nr. 46/2003 a fost aplicată prin Ordinul nr. 386/2004 al Ministrului Sănătății. [189]

Din anul 50 î.Hr. Ch., părintele medicinei Hipocrate, a lăsat primele reguli scrise privind dreptul medical în care medicul este sfătuit să ofere informații pacientului înainte de efectuarea procedurii medicale. Aceste granturi aveau să fie preluate ulterior de Henry de Montville, Benjamin Rush și Thomas Percival. Acesta din urmă a scris în 1803 primul cod de etică medicală modern, intitulat Etica medicală - Codul instituțiilor și al predării, adaptat la Uniunea Europeană a Chirurgilor. [175]

Ulterior, apariția de noi modele de medicamente și progresele tehnologice au necesitat convocarea Asociației Medicale Mondiale în 1964 la Helsinki pentru a discuta standardele etice ale cercetării medicale pe subiecți umani.

Progresele extraordinare în tehnologia medicală, costul ridicat al îngrijirii sănătății, cerințele și așteptările tot mai mari ale populației și valorile în schimbare, necesită ca unele dintre vechile principii morale să fie revizuite sau aplicate din nou.

Atât medicul, cât și pacientul trebuie să înțeleagă principiile care stau la baza deciziilor medicale, elementul care determină modul în care aceste decizii sunt luate în prezent.

Drepturile fundamentale ale unei persoane decurg din recunoașterea statutului său de ființă umană, viața și libertatea sa sunt invincibile, mai ales când este vulnerabilă.

Principiul central este conceptul de autodeterminare, care presupune că fiecare individ este responsabil pentru propriile sale acțiuni și pentru corpul său. Este foarte important de subliniat faptul că fiecare decizie aparține pacientului, avându-l ca și consilier pe medic. Deoarece autonomia și responsabilitatea fiecărui individ, inclusiv a celor care au nevoie de îngrijire medicală, sunt acceptate ca valori importante, angajamentul sau implicarea lor în luarea deciziilor cu privire la corpul sau sănătatea sa ar trebui să fie recunoscută ca un drept universal.

Consimțământul informat este consimțământul comunicat pacientului pentru o acțiune medicală. [104]

Potrivit art. 4 alineate. (11) din GDPR: „consimțământul persoanei vizate înseamnă o indicare liberă, specifică, informată și fără ambiguitate a dorințelor persoanei vizate care, prin

declarație sau prin act explicit, își dă consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal despre aceasta sau cum va fi folosit”, după propriile sale idei.

Această definiție este mai largă decât definiția din Directiva 95/46/CE, în vigoare în prezent, conform căreia „consimțământul este o indicație independentă, specifică și informată a dorințelor persoanei vizate, care indică consimțământul pentru ca datele cu caracter personal să fie „prelucrate” sau „utilizate”. [77]

În spatele acestei definiții oficiale mai ample, GDPR include în alte părți o serie de elemente care conturează condițiile care trebuie îndeplinite prin consimțământ pentru a fi considerate valide. Aceste elemente vor fi prezentate pe scurt mai jos.

Consimțământul informat include trei părți pentru a fi valabil:

- a) Informația constă în furnizarea de informații medicale relevante și informații de către medic cu privire la opțiunile de diagnostic și tratament precum și consecințele acestora, pericolul și înțelegerea bolii.
- b) Capacitatea de decizie, referindu-se la capacitatea pacientului de a înțelege, alege sau refuza o intervenție, de a exercita consimțământul și de a evalua consecințele deciziei. [101]
- c) Luarea autonomă a deciziilor se referă la dreptul pacientului de a lua o decizie independentă fără constrângere sau stimulare.

Consimțământul poate fi dat în două moduri:

- prin transparență (înregistrări orale, scrise sau video, și martori din afara unității medicale);
- implicit (când pacientul își exprimă consimțământul pentru un tratament sau procedură medicală prin comportamentul său).

Pentru a fi legal, consimțământul trebuie informat, adică pacientul să cunoască și să înțeleagă informațiile care îi sunt comunicate.

Consimțământul trebuie să fie liber, specific, informat și fără echivoc. Acest criteriu este menționat în definiția omologării din Directiva 95/46/CE, care, dar nu include alte detalii relevante și semnificația acestui concept. Totuși, această poziție s-a dezvoltat pe baza uneia dintre ipotezele Grupului de lucru, în articolul 29 – activitățile informale. [104]

Încălcarea legală este acum acoperită de GDPR, care oferă detalii suplimentare despre această situație. Astfel, conform GDPR, consimțământul nu va fi exprimat liber dacă:

- Persoana în cauză nu are de fapt libertatea de a alege și nici nu este în măsură să refuze sau să-și retragă consimțământul pentru a nu-l distruge;

- Există un dezechilibru clar între informator și auditor, mai ales dacă auditorul este un obicei al managerului. De exemplu, această cerință ar pune sub semnul întrebării validitatea consimțământului angajatului pentru prelucrarea datelor de către angajatori. În România, angajatorii prelucrează în general datele pe baza consimțământului. Prin urmare, ar trebui să se analizeze dacă, după 25 mai 2018, se mai pot baza pe consimțământul angajatului ca bază pentru utilizarea informațiilor;
 - Modul în care este acordat consimțământul nu permite acordarea acestuia pentru diferite activități de prelucrare a datelor, deși acest lucru este suficient în mod specific în cazul respectiv (numit consimțământ granular). Prin urmare, operatorii nu vor mai putea folosi declarațiile de autorizare „catch all”;
 - Executarea unui contract sau prestarea unui serviciu este supusă consimțământului, deși consimțământul nu este necesar pentru executarea contractului. Această abordare este adesea întâlnită în practică. GDPR avertizează, așadar, că operatorii nu pot „forța” consimțământul, justificând că refuzul ar avea ca rezultat un potențial beneficiu din serviciile prestate în baza unui contract cu operatorul, dacă prelucrarea nu este necesară pentru furnizarea serviciilor relevante.
- [137]

Un consimțământ foarte larg dat în scopuri generale, nespecificate este invalid. Pentru a fi considerat valid, conducerea trebuie să identifice în mod clar scopurile prelucrării, iar aprobarea trebuie să includă toate activitățile de lucru desfășurate în același scop. În plus, dacă datele sunt prelucrate în mai multe scopuri, consimțământul trebuie dat pentru toți în scopurile prelucrării.

În cazul în care prelucrarea datelor este efectuată în scopuri de cercetare științifică, nu este obligatorie identificarea completă a scopului prelucrării, ceea ce, ca subiect al cercetării științifice, este suficient pentru ca persoanele vizate să își poată da consimțământul pentru anumite aspecte ale cercetării identificate de utilizator. Cu toate acestea, trebuie respectată cerința privind „granularitatea” consimțământului, și anume oferind posibilitatea celor în cauză de a-și da consimțământul numai pentru anumite aspecte ale cercetării sau părți ale proiectelor de cercetare (în măsura permisă de scopul vizat).

Atât reglementările actuale, cât și GDPR prevăd că datele cu caracter personal trebuie prelucrate într-o manieră transparentă, prin informarea comentatorilor de mesaje despre existența prelucrării datelor și contextele în care sunt prelucrate acestea. Față de prevederile actuale, art. 13 și 14 din GDPR oferă informații noi pe care organizația trebuie să le furnizeze (de exemplu,

temeiul legal pentru prelucrare; durata preconizată a prelucrării informațiilor sau criteriile pentru determinarea intervalului sau dacă există un proces decizional automatizat).

Pe lângă regulile actuale, GDPR oferă și unele clarificări cu privire la procesul de prelucrare a acestor date, cu impact direct asupra consimțământului efectiv.

Prin urmare, informațiile și comunicarea despre utilizarea datelor ar trebui să fie ușor accesibile și de înțeles, folosind un limbaj simplu și clar. Cu alte cuvinte, operatorii vor trebui să revizuiască conținutul notelor explicative și să se asigure că sunt respectate simplitatea și claritatea mesajului. Notele explicative care conțin termeni foarte tehnici, care conțin un limbaj greu de înțeles de un simplu consumator, este puțin probabil să îndeplinească această cerință și pot pune sub semnul întrebării validitatea consimțământului. [137]

Necesitatea unui limbaj clar și simplu poate cauza, de asemenea, probleme angajaților care lucrează în mediul online, cum ar fi scrierea unui comentariu într-o limbă străină – pe care comentatorii ar putea să nu o recunoască. Astfel, atunci când creează declarații descriptive sau politici pentru informațiile afișate pe paginile web/platformele online, operatorii vor folosi probabil limba fiecărei jurisdicții în care este subiectul articolului, desigur, pentru a evita potențialele discuții despre consimțământ.

Caracterul neechivoc nu este o cerință nouă în legea confidențialității. Art. 5 alineatul (1) din Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor, în prezent abrogată, prevedea, în principiu, că datele cu caracter personal pot fi prelucrate numai dacă persoana fizică și-a exprimat acordul neechivoc față de aceasta. Nici Directiva 95/46/CE, nici Regulamentul nr. 677/2001 nu definesc semnificația acestui termen. [185] [188]

GDPR oferă câteva clarificări cu privire la ce înseamnă consimțământul fără ambiguitate. Prin urmare, pentru a fi considerat lipsit de ambiguitate, trebuie să fie sub forma unei declarații sau acțiuni care să indice clar intenția persoanei căreia i se oferă informația de a-și da consimțământul. [175]

Când vorbim despre consimțământul informat sub formă de date, lucrurile sunt destul de clare - acestea includ declarații scrise și semnate, precum și comentarii verbale ale destinatarilor despre acceptarea de către aceștia a procesării informațiilor.

Ce acțiuni indică în mod clar intenția persoanei de a-și da consimțământul? Iată câteva exemple de GDPR:

a) bifarea unei casete atunci când persoana vizitează o pagină Web;

- b) alegerea criteriilor pentru serviciile societății informaționale;
- c) orice altă declarație sau acțiune care indică în mod clar acceptarea de către destinatar a acțiunii propuse într-un anumit context.

Următoarele exemple pot fi incluse în prezentarea generală descrisă la punctul c):

- furnizarea adresei de e-mail în cazul creării unui cont pe o platformă online într-o casetă de lângă aceasta se selectează politica, iar sub casetă este un mesaj scurt de genul „adresa de e-mail este folosită pentru a vă trimite comunicări comerciale „despre produsele noastre și/sau servicii”;
- prelucrarea informațiilor despre măsurătorile corpului de către un croitor atunci când clientul cere informațiile pentru a face niște haine și ne oferă măsurătorile corpului; aceasta poate fi luată în considerare cu excepția cazului în care informatorul are permisiunea și în cazul în care permite croitorului să ia măsurătorile corporale necesare pentru realizarea hainei.

Important este că GDPR prevede clar că lipsa de răspuns sau de procesare nu poate fi considerată un consimțământ valid. Nici căsuțele pre-bifate de pe paginile web sau aplicațiile software nu pot fi numite metode viabile de exprimare a consimțământului. [175]

În sfârșit, GDPR prevede că, în cazul în care persoana vizată are mai multe legături cu terțul, cererea de consimțământ trebuie prezentată într-un mod care să fie clar distinct de alte aspecte (de exemplu, nu ar îndeplini cerința consimțământului neechivoc sau informații care includ încheierea unui acord și un acord pentru utilizarea în comun a informațiilor).

Directiva 95/46/CE necesită consimțământul explicit sau implicit numai în cazul datelor cu o natură caracteristică (de exemplu, origine rasială sau etnică, convingeri politice sau religioase, informații despre sănătate sau sănătate sexuală). [175]

Potrivit Legii nr. 677/2001 consimțământul pentru prelucrarea datelor trebuie să fie expres și neechivoc, fără discriminare în ceea ce privește tipul de prelucrare a datelor, date normale sau speciale. Această irelevanță juridică pentru dreptul european a ridicat, în practică, întrebări cu privire la locul în care se află regula art. 5 alineatul. (1) din Legea nr. 677/2001, respectiv, dacă s-a cerut în orice împrejurare consimțământul expres (explicit), sau numai în cazul unor date excepționale, conform explicațiilor stabilite de Directiva 95/46/CE (acțiunea generală prevăzută de Legea nr. 677/ 2001) [185].

GDPR păstrează distincția stabilită în Directiva 95/46/CE între consimțământul neechivoc pentru datele cu caracter personal de rutină și consimțământul neimplicit și implicit (exprimat) pentru informații speciale, eliminând astfel dificultățile apărute în temeiul Legii nr. 677/2001

privind natura consimțământului în cazul declarațiilor obișnuite. Menționez că toate trimiterile la Legea nr. 677/2001, cu modificările și completările ulterioare, din actele normative se interpretează ca trimiteri la Regulamentul general privind protecția datelor nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice. [175]

Cu toate acestea, trebuie remarcat faptul că, pe lângă prelucrarea specială a datelor, GDPR specifică și alte cazuri în care este necesar consimțământul neechivoc și expres (explicit), și anume: prelucrarea datelor atunci când aceasta este obiect restricționat (articolul 18 și articolul 2 din GDPR); acceptarea comenzilor bazate pe procesare automată, inclusiv operațiuni de profilare (art. 22 (1) GDPR); transferul de date cu caracter personal către țări care nu sunt recunoscute ca având un nivel adecvat de protecție (art. 49 (1) a) GDPR). [188]

GDPR abordează în mod explicit problema consimțământului minorilor, pornind de la premisa că „aceștia au nevoie de o anumită protecție a datelor lor personale, deoarece pot fi mai puțin conștienți de riscuri, efecte secundare, garanții îndoielnice și, în raport cu drepturile lor, utilizarea informațiilor personale. GDPR reamintește că această protecție este necesară, în special în cazul activităților de marketing destinate copiilor, crearea de date de identitate sau de utilizator, colectarea de informații personale despre copii atunci când se utilizează serviciile furnizate direct copiilor și, în general, la nivelul serviciilor oferite de asociațiile informaționale oferite.

Prin urmare, GDPR stabilește că prelucrarea datelor minorilor pe baza consimțământului va fi legală numai dacă copilul avea cel puțin 16 ani când și-a dat consimțământul. În cazul copiilor sub 16 ani, este necesar acordul sau permisiunea părinților/tutorilor. Este important de menționat că operatorii trebuie să depună eforturi rezonabile (pe baza tehnologiilor disponibile) pentru a verifica dacă părintele/tutorele și-a dat consimțământul sau a autorizat consimțământul minorului. [157]

În sfârșit, trebuie să se determine statutul „consimțământului informat”, în cazul minorilor, date explicative care stau la baza consimțământului într-un limbaj simplu și clar, astfel încât minorii să fie ușor de înțeles. Prin urmare, operatorii ar trebui să rețină că, în acest caz, cerințele de comoditate și accesibilitate sunt chiar mai stricte decât cuvântul.

Articolul 660 alin. (2) și (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății reglementează procesul de transfer al informațiilor medicale: „după primirea consimțământului scris al pacientului, medicul, stomatologul, asistentul medical sunt obligați să prezinte pacientului informațiile într-un context științific adecvat pentru înțelegerea acestuia”. [201]

Textul acordului va fi citit cu voce tare pacientului analfabet sau orb; pacientul este întrebat dacă aceasta îi reprezintă dorința, iar medicul va nota cele spuse în scris.

Informațiile vor fi prezentate într-un mod care să îmbunătățească înțelegerea, într-o manieră respectuoasă și clară.

Informațiile vor fi prezentate într-o manieră neutră, care să nu influențeze subiectul, ținând cont de contextul cultural și de fondul social al pacientului.

Conținutul consimțământului va indica în mod specific tratamentul propus (cum ar fi colecistectomia).

Este mai bine să se transmită informații utile pentru a se lua o decizie pe deplin informată. Pacientul poate pune întrebări la care medicul trebuie să răspundă într-un mod pe care pacientul le înțelege. În cazul cetățenilor străini, aceștia au dreptul de a accesa informații într-o limbă vorbită la nivel internațional, cum ar fi engleza, sau printr-un traducător dacă aceștia nu cunosc un astfel de limbaj.

Pacientul poate indica dacă dorește ca altcineva să acceseze informațiile în numele său. Potrivit art. 8 din Regulamentul de procedură pentru aplicarea titlului XVI din Legea 95/2006, acordul scris al pacientului trebuie să cuprindă următoarele elemente: numele, prenumele și locul de reședință al pacientului sau, după caz, locul de domiciliu, profesia plus alte date necesare medicului, și în același timp trebuie transmis un rezumat al informațiilor furnizate de medic, stomatolog, asistentă/moașă, împreună cu permisiunea necondiționată de a practica medicina, numele și data aprobării. [199]

Atitudinile medicului față de consimțământ și conduita sa pot proveni din categoria anti-pacient dacă:

- viteza de acțiune în caz de urgență - nu este nevoie de avertizare asupra pericolelor;
- activități practice - este necesar pentru a avertiza asupra multor pericole;
- intervenție estetică - este necesar să se avertizeze asupra tuturor pericolelor.

Consimțământul informat este necesar atunci când pacientul este supus unei intervenții medicale potențial invazive, precum analgezice, intervenții chirurgicale, intervenții acute, dar și în cazul unor tratamente medicale agresive sau noi (vaccinuri).

În ceea ce privește lista serviciilor medicale în care este necesară obținerea consimțământului informat obligatoriu, dorim să subliniem că acest lucru nu este reglementat legal

în România. Din acest motiv, am apelat la „modelul” moldovenesc; [199] aşadar, conform Decretului Ministerului Sănătăţii nr. 303/2010 a Republicii Moldova distingem:

I. Intervenţii chirurgicale, inclusiv intervenţii chirurgicale minore.

II. Intervenţii parenterale, inclusiv vaccinuri.

III. Anumite servicii medicale.

IV. Medicamente cu anumite efecte secundare sau cu risc crescut.

În anumite cazuri, nu este obligatorie obţinerea consimţământului pacientului. În cele ce urmează, discutăm despre excepţiile de la regula consimţământului informat, şi anume:

a) urgenţe care necesită intervenţii pentru pacienţii cu inconştienţă. În astfel de cazuri, este necesară intervenţia imediată pentru a salva viaţa pacientului sau pentru a menţine o stare de sănătate stabilă. Orice persoană rezonabilă ar fi de acord să urmeze tratamentul recomandat în astfel de circumstanţe, mai ales că orice întârziere ar avea consecinţe fatale sau deosebit de grave.

Excepţiile de la cerinţa de a obţine permisiunea în situaţii de urgenţă sunt, de asemenea, limitate în anumite circumstanţe. Medicii nu trebuie să utilizeze medicamente de urgenţă neaprobate dacă există indicii că pacientul va refuza tratamentul (de exemplu, membrii sectelor religioase ale Martorilor lui Iehova care refuză transfuziile de sânge).

b) Afecţiuni psihiatrice severe care necesită spitalizarea involuntară a pacienţilor mental;

c) Tratarea pacienţilor iresponsabili cu boli infecţioase;

d) Drepturi medicale.

Uneori este necesar să se ascundă informaţii traumatiche de la pacient în procesul de obţinere a consimţământului pentru tratament, cum ar fi atunci când, de exemplu, pacientul suferă de o boală incurabilă. Dreptul pacientului de a cunoaşte sau de a fi informat despre gravitatea bolii sale trebuie pus în echilibru cu dreptul de a nu şti, dacă informat, se poate provoca o stare dureroasă de neputinţă şi colaps psihic, deoarece necesită exerciţii fizice intensive pe viaţă, care vizează doavan rezolvarea problemelor.

Dreptul de a nu şti este foarte important în furnizarea de informaţii despre o condiţie fizică sau depistarea precoce a bolilor oculte unde acestea se manifestă mulţi ani mai târziu (cum ar fi boala Huntington). Pe de altă parte, acest drept de a nu şti nu se aplică dacă o persoană are nevoie să primească informaţii care i-ar permite să protejeze alte persoane modificându-şi comportamentul. De exemplu, un rezultat pozitiv al testului pentru o boală cu transmitere sexuală nu ar trebui să fie ascuns pacientului.

- e) renunțarea de către pacient la dreptul de a fi pe deplin informat despre boala sa;
- f) necesitatea amânării intervenției chirurgicale în timp ce pacientul este încă sub anestezie.

Structura tezei

Teza este structurată în șase părți:

1. Introducere: Contextualizarea temei și prezentarea obiectivelor și metodologiei.
2. Analiza situației în domeniul protecției libertății individuale: Definiții și concepte fundamentale.
3. Cadrul juridic al consimțământului informat și provocările contemporane: Evoluții legislative și comparații între diverse sisteme juridice.
4. Implicații interdisciplinare ale libertății individuale: Elemente de drept penal, teologie și filosofie.
5. Analiza comparativă a protecției drepturilor individuale: Consimțământul informat în contextul avortului și eutanasiei.
6. Concluzii și propuneri de îmbunătățire a cadrului juridic.

1. ANALIZA SITUAȚIEI ÎN DOMENIUL PROTECȚIEI LIBERTĂȚII INDIVIDUALE

1.1. Definiții și concepte fundamentale

1.1.1. Dreptul la viață și integritatea corporală

Libertatea individuală vizează libertatea fizică a persoanei și dreptul său de a se comporta liber, neținut de nicio restricție. Pentru protejarea și garantarea acestui drept se interzice reținerea, arestarea sau percheziționarea unei persoane.

Dreptul la viață este un drept fundamental ce cunoaște o reglementare bogată atât în plan intern, național, în legislația statelor, cât și în plan internațional și la nivel european, prin instrumente de protecție fundamentale recunoscute ca etaloane ale respectării acestui drept fundamental. Cu toate acestea, se pune în discuție caracterul relativ al acestui drept, prin prisma celor care beneficiază de acesta, respectiv în cazul fătului, al copilului în devenire. Astfel, se pune problema identificării unui standard optim de protecție a vieții fătului, în lipsa unui consens cu privire la recunoașterea sau nerecunoașterea statutului său juridic de ființă umană, ținându-se cont atât de perspectiva juridică, filosofică, religioasă, cât și de specificul național al fiecărui stat, concretizată prin acordarea legitimă a unei anumite marje de apreciere în soluționarea acestor probleme.

Dreptul la viață, menționează prof. Ioan Muraru și Ion Guceac, este cel mai important și cel mai natural drept al omului, drept ce s-a impus de timpuriu în sistemul juridic, fiind consacrat încă din primele declarații de drepturi și, desigur, în Constituții. Astfel, prin Declarația de la Virginia din 12 iunie 1776 se menționa că fiecare are dreptul de a se bucura de viață, iar Declarația de Independență a Statelor Unite ale Americii din 4 iulie 1776 numea dreptul la viață ca drept inalienabil, „făcut de creator”. [94] Acest drept este unul cetățenesc cu care începe inventarul drepturilor omului în cele mai importante acte internaționale din acest domeniu[110], și anume: în Declarația Universală a Drepturilor Omului, care în art. 3 stabilește că „orice ființă umană are dreptul la viață, la libertatea și la securitatea sa” ; în art. 6 al Pactului Internațional cu privire la drepturile civile și politice, unde se consacră dreptul la viață ca drept inerent ființei umane, necesar a fi ocrotit prin lege; [119] în Convenția europeană a drepturilor omului, care în art. 2 atenționează că nu poate exista moartea persoanei destinate, cu excepția cazului unei pedepse definitive pronunțate de o instanță pentru o infracțiune care, potrivit legii, se pedepsește astfel. Este de

menționat că nu se consideră o încălcare a dreptului la viață, moartea în cazurile în care aceasta ar rezulta dintr-o recurgere absolut necesară la forță, și anume: pentru a asigura apărarea oricărei persoane împotriva violenței ilegale; pentru a efectua o arestare legală sau pentru a împiedica evadarea unei persoane legal deținute, precum și pentru a reprima, conform legii, tulburări violente sau o insurecție. [103]

Dreptul la viață, la integritate fizică și psihică și-a găsit reflectare și în Constituția Republicii Moldova, în art. 24, conform căruia aceste drepturi sunt garantate de stat: „Pedepsa cu moartea este abolită. Nimeni nu poate fi condamnat la o asemenea pedeapsă decât numai pentru acte săvârșite în timp de război sau de pericol iminent de război și numai în condițiile legii” [26]. De fapt, acest drept este alcătuit din trei drepturi: dreptul la viață, dreptul la integritate fizică și dreptul la integritate psihică, dispoziție constituțională care interzice tortura, pedepsele sau tratamentele crude, inumane ori degradante, precum și pedeapsa cu moartea.

În doctrina juridică s-au formulat două poziții raportat la dreptul la viață: într-o primă opinie, Ion Dogaru și Dan Dănișor[31] au expus o accepțiune restrânsă, potrivit căreia dreptul la viață privește viața persoanei în sens fizic. De fapt, dreptul la viață presupune simpla facultate a individului de a trăi în sens fizic, fără a se lua în considerare existența lui spirituală, aceasta fiind reglementată și asigurată de alte drepturi și libertăți fundamentale. Dreptul la viață presupune existența unei îndatoriri colective a tuturor celorlalți indivizi de a nu aduce atingere existenței fizice a persoanei. De asemenea, autorităților publice le revine obligația de a nu aduce sub nici un motiv atingere vieții persoanei, aceasta fiind rațiunea care condiționează sau chiar interzice pedeapsa cu moartea; a doua opinie aparține lui Ion Creangă și Corneliu Gurin care au elaborat o accepțiune mai largă, conform căreia „dreptul la viață privește viața persoanei ca un întreg univers de fenomene, fapte, cerințe și dorințe ce se adaugă, permit și îmbogățesc existența fizică și este asigurat prin întregul sistem constituțional”[27], concepție pe care o împărtășim și noi.

În strânsă corelație cu dreptul la viață se află și dreptul ființei umane la integritate fizică care, în opinia noastră, înglobează în sine dreptul de a dispune de propriul corp, adică dreptul la stăpânire asupra propriului corp; dreptul la organizarea propriei morți; libertatea de a procrea; libertatea de a întrerupe cursul sarcinii; dreptul asupra părților propriului corp; dreptul la inalienabilitatea corpului și interzicerea înstrăinării totale a corpului uman.

În afară de dreptul la integritate fizică, într-o strânsă corelație cu dreptul la viață se află și dreptul la integritate psihică, drept ce presupune însușirea omului de a fi și de a rămâne întreg din

punctul de vedere al formei specifice de reflectare a realității și se manifestă prin activitatea sistemului nervos și structura sufletească proprie fiecărui individ anume sau tuturor oamenilor.

Corelația dintre aceste drepturi și protecția mediului se întemeiază pe relația om – mediu natural, privită într-un sens general ca o legătură necesară între cele două părți ale aceluiași sistem care este biosfera. În cazul dat ne interesează problemele privind protecția mediului ce apar în procesul realizării dreptului la viață, la integritate fizică și psihică; impactul mediului poluat asupra vieții și sănătății persoanelor, precum și realizarea dreptului la viață, a dreptului la integritate fizică și psihică într-un mediu sănătos, corelație inevitabilă care se poate dezvălui în mod corect doar prin interpretare. În acest context este cazul să amintim despre poluările umane efectuate în procesul realizării dreptului la viață; mai bine zis, supraviețuind, ființa umană poluează atât intenționat, cât și neintenționat mediul. Astfel, conform rapoartelor anuale ale Inspectoratului Ecologic de Stat al Republicii Moldova, [168] poluările atmosferice cresc alarmant, [169] și anume – de la 134 mii tone în 2002 la 192 mii tone în 2006, adică o creștere a poluărilor aerului cu 69,8%; aproximativ 10% anual. Deci, în anul 2007 nivelul poluărilor atmosferice, au depășit pragul psihologic de 200 mii tone. Luând în considerare că Republica Moldova, conform datelor recensământului din 2004 puse la dispoziție de Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, are 3.383.332 locuitori, respectiv rezultă că fiecărui locuitor îi revine anual 17,6 kg de poluanți atmosferici. [171] Cea mai mare parte a acestor poluări (88,6%) provin de la transportul auto, după cum se menționează în raportul pe anul 2006 [172]. Dacă luăm în medie pe anii 2000-2006, 87,7% din poluările aerului atmosferic provin de la automobile [173]. Aceleași rapoarte ale Inspectoratului denotă că și starea apelor nu este îmbucurătoare. Din cele 580 stații de epurare a apelor construite pe teritoriul Republicii Moldova în anul 2000 funcționau 123; în 2002 – 106 stații; în 2004 – 93 stații, ca în 2006 să funcționeze doar 78 și doar una în regim normal. [171] Situația este alarmantă, deoarece odată cu trecerea timpului, odată cu învechirea utilajului majoritatea acestor stații au devenit „monumente istorice”, însă chiar și cele care funcționează nu purifică apa la nivel cel puțin mediu; deci, apele reziduale nepurificate se revarsă în apele râurilor punându-se în pericol atât sănătatea, cât și viața oamenilor. [170]

Aceste date demonstrează o dată în plus că pe parcursul vieții omul, inevitabil, poluează mediul și cel mai grav este faptul că aceste poluări sunt în creștere. De menționat că pe parcursul vieții omul poluează mediul și accidental. Un exemplu tipic aici ar fi poluările rezultate în urma catastrofei ecologice de la Cernobîl, în rezultatul căreia, conform datelor Organizației „Cernobîl”,

au fost aruncate în atmosferă 170 tone de substanțe radioactive; au fost poluate 5,7 milioane hectare de pământ, dintre care în jur de 1/3 - 1/2 fiind păduri. [111]

Luând în calcul exemplele relatate mai sus, problema protecției mediului se impune ca deosebit de importantă în procesul realizării dreptului la viață, vizând anume: protecția aerului, apei, solului, subsolului de poluările rezultate din activitatea umană. Situația necesită a fi urgent îmbunătățită, deoarece, conform rapoartelor Inspectoratului, o mare parte a apelor uzate, cum am și menționat, se varsă în apele râurilor fără a fi purificate, poluând astfel apele dulci, aerul, solul și subsolul, acestea, respectiv, acționând negativ asupra vieții și sănătății oamenilor.

Mediul, fiind poluat de către om, se întoarce tot împotriva lui, acționând negativ asupra vieții și sănătății atât a generației actuale, cât și a celor viitoare, deci se încalcă dreptul fiecăruia la viață, integritate fizică și psihică. Referitor la această problemă, majoritatea actelor interne și internaționale susțin inadmisibilitatea privării arbitrare de viață a persoanei, inclusiv prin acțiunile și activitățile care, prin poluarea mediului, a resurselor naturale, produc catastrofe ecologice și, respectiv, pierderi de vieți omenești. Însă, odată ce poluările au avut loc, ele, inevitabil, mai devreme ori mai târziu vor acționa asupra persoanei. Un exemplu elocvent aici este iarăși catastrofa nucleară de la Cernobîl, una dintre cele mai distrugătoare catastrofe ecologice din ultimele secole. [111]

În urma acestor poluări masive cu substanțe radioactive a avut de suferit populația întregului continent Eurasia, dar și de pe întregul glob pământesc. Conform raportului Agenției Internaționale a Energiei Atomice, difuzat în septembrie 2005, aceste poluări au luat viața a 150.000 de persoane; conform Organizației Greenpeace, doar pe teritoriul Federației Ruse – a circa 60.000 de persoane în perioada anilor 1990-2005, neluându-se în considerație Bielorusia și Ucraina, state care au ținut piept celui mai mare val de substanțe radioactive; potrivit Organizației Cernobîl, victime ale acestei catastrofe ecologice au devenit între 30.000 și 60.000 de persoane. [155]

Aceste cifre demonstrează încă odată faptul că poluările sunt o problemă destul de serioasă a omenirii; protecția mediului este un element deosebit de important în procesul realizării eficiente a dreptului la viață; odată ce poluările s-au întâmplat, acestea, inevitabil, vor acționa negativ atât asupra sănătății și vieții individului, cât și asupra integrității lui fizice și psihice. Poluările efectuate de persoanele fizice sau juridice prejudiciază dreptul ființei umane la viață, la integritate fizică și psihică. După cum am menționat anterior, prin aceste catastrofe nu se încalcă numai dreptul

generației actuale la viață într-un mediu sănătos, la integritate fizică și psihică, ci și drepturile generațiilor viitoare, deoarece este știut că poluările nu se absorb imediat, în unele cazuri fiind necesari mii de ani sau și mai mult. Aici, am dori să menționăm că efectele catastrofei ecologice de la Cernobîl se simt și în prezent. [14] Într-un studiu recent efectuat de prof. Daniil Vedenschi asupra unui cerc de 300 de persoane de sex feminin născute între anii 1986-1990, adică imediat după catastrofă și în decurs de 3 ani după aceasta, la toate persoanele cercetate au fost depistate grave disfuncții ale aparatului genital; un disbalans hormonal etc. Cercetătorul pune sub semnul întrebării posibilitatea acestor persoane de a rămâne însărcinate, de a suporta sarcina, de a naște copii sănătoși, precum și, la general, posibilitatea fiziologică a lor de a fi mame. Alt studiu, deja asupra calităților intelectuale ale copiilor născuți după catastrofa de la Cernobîl care au trăit în acea zonă, efectuat de prof. Vladimir Mikalev de la Universitatea din Breansk, care a monitorizat mai mulți ani starea de sănătate și capacitățile intelectuale ale copiilor din aceste regiuni, demonstrează capacități intelectuale foarte dezvoltate la acești copii, spre deosebire de vârstnicii lor din regiunile neafectate; „sunt superiori la toate capitolele monitorizate, în comparație cu copiii normali”. [111]

Aceste cazuri demonstrează încă odată faptul că poluările mediului mai devreme sau mai târziu neapărat lasă amprente asupra integrității fizice a individului. După părerea noastră, orice impact asupra sănătății omului din partea naturii poluate este catastrofal; organismul uman are proprietatea de a aduna toxinele din mediu și, în consecință, mai târziu cedează un organ sau altul. Referitor la problema afectării de către poluări a dreptului la viață a generațiilor viitoare, în condițiile actualei crize ecologice, legate de dreptul la viață nu numai a generațiilor prezente, ci și a celor ce vor urma, în știință s-au formulat două opinii.

Potrivit primei opinii susținute de autorii americani în frunte cu Dipert Rondal, generațiile actuale au unele obligații și responsabilități față de generațiile din secolele următoare, [110] iar statul trebuie să cultive generațiilor actuale responsabilitatea față de ziua de mâine. Generațiile viitoare au un drept în prezent, și anume: „dreptul natural de a se naște fără deficiențe fizice și psihice”.

Noi nu contestăm faptul că o persoană, pentru a avea un drept, trebuie să existe în sens material, trebuie să se nască, dar în cazul dat este foarte greu a delimita dreptul la viață al generațiilor prezente de cel al generațiilor viitoare și suntem de părere că generația actuală are obligația atât legală, cât și morală de a proteja viața, de a proteja habitatul natural pentru ca

generațiile viitoare să se poată naște sănătoase. În această ordine de idei s-au expus și autorii Declarației de la Stokholm, care pentru prima dată au proclamat datoria de netăgăduit a omului de a apăra și îmbunătăți mediul în beneficiul generațiilor prezente și viitoare.

Potrivit celei de-a doua opinii, reprezentate de John Rawls [109] și Rolf Sartorius, generațiile viitoare au dreptul la viață, deoarece membrii acestor generații vor avea, ca și noi, un interes major în ceea ce privește protejarea vieții personale; vor avea dreptul de a modifica propriul mod de viață, oricare ar fi gusturile și valorile pe care generațiile prezente le-ar putea reprezenta. Adepții acestei opinii susțin, pe drept cuvânt, ideea că un act, o acțiune ce deteriorează mediul comisă de un individ în prezent poate prezenta un înalt grad de risc pentru un individ din viitor, cât și o violare a intereselor acestuia [110].

În opinia prof. Gheorghe Iancu, generațiile viitoare au dreptul de a trăi într-un mediu corespunzător vieții pe pământ. Acest „drept” nu poate fi unul subiectiv, pentru că titularii acestuia trebuie să fie oamenii, iar generațiile viitoare încă nu sunt. El însă se constituie ca subiectiv odată cu conceperea fătului, care are dreptul de a se naște fără nici un fel de deficiențe fizice și psihice și apoi de a trăi într-un mediu sănătos. În acest sens, părinții au dreptul de a-și proteja descendenții și viața lor, dar și obligația de a ocroti mediul împotriva tuturor acțiunilor sau activităților umane, care ar favoriza degradarea mediului și prin aceasta ar produce vătămări celor care se vor naște în secolele următoare. Cu alte cuvinte, cei care încă nu există, dar se vor naște, au dreptul la un mediu sănătos, [71] au dreptul de a se dezvolta normal până la naștere și după; ba mai mult, ei au dreptul la viață într-un mediu benefic dezvoltării lor fizice și psihice. Generațiile contemporane, inclusiv statul, au obligația de a proteja mediul și nu au dreptul moral și juridic de a pune în pericol existența planetei. Au obligația de a respecta dreptul la viață a persoanelor viitoare prin nerealizarea de activități care să ducă la degradări ale mediului cu efect letal: „omul poartă răspundere specială în ceea ce privește apărarea și administrarea înțeleaptă a patrimoniului constituit din flora și fauna sălbatică și de mediul lor”; „activitățile lui nu trebuie să ducă la degradări ale mediului atât de profunde încât să pună în pericol „dreptul viitorului”[71]. Dreptul la integritate fizică și dreptul la integritate psihică sunt strâns legate de dreptul la viață și constau, pe de o parte, în protejarea fizicului, iar, pe de alta – a psihicului.

Dreptul la integritate fizică și psihică constă în dreptul unei persoane de a nu i se aduce nici o atingere integrității sale fizice sau psihice, avându-se în vedere și efectele degradării mediului, deoarece, după cum este dovedit, acestea, mai devreme sau mai târziu, influențează,

direct sau indirect, atât sănătatea populației, cât și psihicul acesteia. În contextul protecției mediului respectarea integrității fizice și psihice presupune obligații și din partea indivizilor, care prin activitatea lor să nu aducă daune inestimabile mediului, daune de natură să pună în pericol viitorul omenirii, daune care ar atinge integritatea fizică sau psihică a individului. Un exemplu elocvent în context ar fi cercetarea prof. A. Gusikova, membru corespondent al Academiei de Științe din Moscova, care demonstrează că pe lângă victimele directe ale accidentului nuclear de la Cernobîl, care au suferit atât fizic, cât și psihic, mai sunt și persoanele care au avut de suferit doar psihologic. [128] Aici se are în vedere valorile de publicații în presă, la televiziune, despre daunele mari ale radiației, oamenii care suferă de aceasta etc., fapt ce a format la milioane de oameni o fobie psihologică, un stres cronic, precum că au suferit de radiație și vor muri.

Rezultă că, în contextul protecției mediului, între conținutul interpretat al dreptului la viață, la integritate fizică și psihică, pe de o parte, și cel al protecției mediului, pe de altă parte, este o corelație strânsă ce depinde de gravitatea degradărilor aduse mediului de generațiile actuale. În funcție de gravitatea degradărilor se poate ajunge la un efect sau altul, adică la pierderi de vieți omenești ori la atingeri ale integrității fizice sau mutilări ale integrității psihice atât pentru generațiile prezente, cât și pentru cele viitoare, fiind astfel afectat dreptul la viață, la integritate fizică și psihică. Aceste drepturi pot fi afectate sau chiar puse în pericol în cazul accidentelor masive cu efecte grave asupra mediului, cât și în cazul depășirii sistematice și în proporții ridicate a limitelor legal admisibile de substanțe toxice. Omul, pentru a nu-și crea probleme, dar și urmașilor săi, legate de sănătate și viață, trebuie să protejeze mediul și elementele lui. Doar printr-o protecție eficientă, prin nerealizarea de activități care ar pune în pericol dezvoltarea omenirii, prin evitarea activităților ce pot aduce daune inestimabile mediului se va ajunge la o dezvoltare fizică și psihică prosperă și se vor crea condiții benefice pentru apariția unor generații sănătoase și, respectiv, pentru dezvoltarea lor fizică și psihică într-un mediu sănătos, benefic acesteia.

1.1.2. Autonomia personală și drepturile civile

Autonomia personală include adesea un sentiment de acțiune și include capacitatea de a lua decizii și de a controla aspecte importante ale vieții personale. [108] Pentru modelul actual, vom operaționaliza conceptul de autonomie personală ca fiind compus din autodeterminare, stima de sine și loc de control. [109]

Teoria autodeterminării oferă un cadru care explică modul în care comportamentul, procesele motivaționale și reglarea comportamentală se dezvoltă pe parcursul dezvoltării umane. A fost dezvoltat din observații și experimente privind influența comportamentelor de stimulare socială (recompense, laude) asupra motivației intrinseci și „distinge trei etape principale de dezvoltare.

În prima etapă, comportamentul nu este reglementat și nu putem vorbi de motivație.

În a doua etapă, personalitatea se dezvoltă în patru direcții:

- 1– reglementare externă (pentru a obține o recompensă sau a evita o pedeapsă);
 - 2 – introiectat (pentru a evita sentimentele de vinovăție sau frică, sau pentru mândrie),
 - 3– identitate (acțiunea este importantă pentru persoana care o realizează);
 - 4 – integrare (comportament care corespunde setului de norme și valori care au devenit proprii).
- Această ultimă direcție este similară cu motivația intrinsecă, diferența fiind că individul dorește să atingă un scop, în timp ce în motivația intrinsecă vine și plăcerea de a face munca în sine.

A treia etapă de dezvoltare este marcată de apariția localizării. [110]

Autorii teoriei autodeterminării susțin că procesele motivaționale sunt conduse de nevoia de a satisface nevoile a trei lumi majore: 1. libertate; 2. aptitudini și 3. coordonare. Modul de satisfacere a acestor nevoi depinde de contextul istoric și cultural în care se activează, de interiorizarea și integrarea valorilor și comportamentelor care sunt în prezent recompensate într-un context social. Deși această teorie ia în considerare contextul social în care o persoană crește, deoarece autorii susțin că mediul social afectează poziția, va fi interiorizat în procesul de dezvoltare și nu doresc să se concentreze în mod specific asupra modului în care mediul afectează dezvoltarea persoanei. libertate. [112]

Dezvoltarea autonomiei personale presupune, pe lângă interiorizarea procesului voluntar, și interiorizarea spațiului de control. Cea mai influentă teorie a proceselor de atribuire a fost dezvoltată de Julian Rotter sub denumirea de teorie a locului de control. [109] Folosind această teorie, autorul a construit un instrument care arată modul în care determinarea de sine poate determina cauzele evenimentelor (determinate intern sau extern). Oamenii cu un loc de control extern tind să fie motivați extrinsec, crezând că au puțin control asupra contextului și, prin urmare, puțină responsabilitate. Acești oameni tind să fie ușor influențați de cei din jur, au un nivel mai scăzut de educație și atribuie eșecurile unor cauze externe (situații inechitabile, ghinion) și nu își schimbă speranțele după eșec. Pe de altă parte, interniștii tind să fie motivați intern, să controleze

situația, să arate responsabilitate și să reziste presiunii externe, folosindu-și intuiția pentru a determina când să se conformeze. Ei au, de asemenea, un nivel mai înalt de educație și tind să atribuie eșecurile unor cauze interne (muncă „inadecvată, indiferentă”), determinându-i să se autodistrugă după un eșec[112].

Oamenii cu un loc de control extern tind să devină neputincioși și ineficienți prin procesul de neputință învățată și, astfel, eșuează la sarcini care implică efort, atenție și energie mentală (activități), deseori referindu-se la situații ca fiind inechitabile sau fără oportunitate. Acest loc de control intern-extern de atribuire este învățat social și se corelează cu nevrotismul evaluat pe scara Big Five. [116]

Locul controlului este, potrivit unor cercetători, un predictor al bunăstării, în timp ce necesitatea controlului mediului a fost stabilită în general încă din anii 1930. Acest concept de locus de control este un predictor al supraviețuirii și este susținut și de cercetările care arată asocierea lui cu aspecte psihopatologice, cum ar fi sentimentele de neputință, depresie și alte tulburări de personalitate. [18]

Un alt aspect important evidențiat de cercetare este locus of control, o componentă a conceptului de autoevaluare de bază – un construct teoretic al creativității lor – care este important în motivarea stabilirii obiectivelor, ceea ce se traduce printr-un nivel mai înalt de creativitate și performanță la locul de muncă. Aceste concluzii au fost întărite de o meta-analiză care arată că un loc de control interiorizat se corelează cu un coeficient de 0,36 cu bunăstarea psihologică, pentru satisfacția vieții și 0,31 pentru sănătatea auto-raportată sub jurământ. Alte rezultate cheie: s-au raportat corelații semnificative în ceea ce privește locul de control intern, implicarea în muncă ($r = 0,22$) și autonomia postului ($r = 0,24$). [33]

Un sondaj efectuat pe 3.000 de angajați din șase țări a concluzionat că locul de control este asociat în mod semnificativ cu angajamentul în muncă, interniștii manifestând o comunicare mai bună și o motivație mai mare. [23]

Internaliștii sunt mai susceptibili să creadă că eforturile lor vor duce la rezultate și că aceste rezultate vor fi recompensate, indicând o mai mare încredere în competența individuală cu o mai mare stimă de sine în raport cu munca lor și sunt mai independenți. Drept urmare, ei sunt mai sensibili la recompense și vor arăta mai multă motivație doar atunci când vor vedea relația dintre obiectiv și recompensă. [116]

Atunci când eficiența locului de muncă este operaționalizată prin variabile precum creșterile salariale și promovările, interniștii sunt mai eficienți și de succes în sarcinile lor și, în general, au performanțe mai bune legate de obiective.

În ceea ce privește satisfacția la locul de muncă, interniștii experimentează mai multă satisfacție deoarece sunt orientați spre rezultate și obiective și vor testa un suport mai bun și mai rapid. Deoarece au tendința de a acționa și de a crede că deciziile sunt ale lor, angajații cu un nivel intern de control în situații de nemulțumire vor lua măsuri pentru a schimba locul de muncă nesatisfăcător, renunțând, încercând să fie promovat, de la locul de muncă la schimbare sau schimbând modul în care credeau că va fi confortabil la locul de muncă, pentru a asigura coerența și a o menține între comportamentul lor și comportamentul intern. [112]

Stima de sine este definită ca „modul în care cineva se percepe ca fiind competent și capabil să-și satisfacă propriile nevoi”. În studiile ulterioare, stima de sine a fost considerată un concept multidimensional care include perspective sociale, fizice, academice și comportamentale.

Stima de sine este astfel definită ca reprezentând componenta afectivă și evaluativă a sinelui, combinând atât un set de sentimente afective despre o persoană, cât și un set de cogniții autoreferențiale. Diferențele de stima de sine corespund de obicei succesorilor sau eșecurilor și implică răspunsuri emoționale puternice. [39]

Conform teoriei identității sociale, conceptul de sine include atât caracteristici personale, cât și sociale. Dovada în acest sens sunt rezultatele cercetărilor care arată că stima de sine colectivă este asociată cu vinovăția globală de sine. [44] Cu alte cuvinte, apartenența la un grup perceput favorizat va determina o creștere a stimei de sine la nivel individual. Prin urmare, stima de sine nu se referă doar la individ, ea include și evaluarea globală a grupului din care face parte. În cadrul organizațional, primul grup de membri este reprezentat de echipa în care se lucrează; grupurile de extensie pe care le avem pot fi agenție și prin organizare.

Literatura de specialitate care examinează dimensiunile care influențează dezvoltarea stimei de sine evidențiază punctele forte care sunt similare cu punctele forte care dau naștere autoeficacității, care a fost descrisă de Bandura în 1982. Aceste forțe sunt: 1) semnele subtile de fapt transmise de mediul în care se lucrează; 2) mesaje transmise de indivizi cheie din mediul social; 3) sentimentul de valoare de sine și competența unei persoane derivate din experiențele personale. [44]

Respectul de sine și libertatea personală nu pot exista fără respectarea drepturilor civile ale indivizilor. Drepturile civile și politice sunt o clasă de drepturi care protejează libertatea indivizilor împotriva încălcării acestor drepturi de către guverne, instituții sociale și indivizi. Ele garantează dreptul individului de a participa fără discriminare sau constrângere la viața civilă și politică a societății și a statului. [50]

Fără de alte drepturi ale omului, drepturile intangibile beneficiază de protecție absolută, întrucât exercitarea lor nu poate fi afectată de restricții permanente sau temporare sau reduse, în nici un caz – în pace sau în război.

Acestea includ: dreptul la viață; interzicerea torturii și a tratamentelor sau pedepselor inumane sau degradante, interzicerea sclaviei, a servituții și a muncii forțate, dreptul la nereturnare, dreptul de a nu fi judecat sau pedepsit de două ori pentru aceeași faptă (*non bis in idem*). [61]

Pe lângă Convenția Europeană a Drepturilor Omului, există mai multe instrumente juridice internaționale care guvernează aceste drepturi: Pactul Internațional al Națiunilor Unite cu privire la drepturile civile și politice (ICCPR), Pactul internațional cu privire la drepturile omului (IACHR) și Convenția privind drepturile omului (CEDO), Drepturile și Libertățile fundamentale ale statelor suverane (CEDO-CSI), deși cu o formulare ușor diferită. În plus, ICCPR garantează și dreptul la recunoaștere personală, a statutului juridic, drept neprevăzut de CEDO. [79]

Convenția Europeană este primul instrument internațional al drepturilor omului, care urmărește să protejeze diferite drepturi și libertăți civile și politice și să stabilească un regim de exercitare a drepturilor locale în cazurile în care procesul este inițiat de o persoană și nu promovat de Guvern. Noul element, esențial pentru protecția internațională a drepturilor omului, este elementul descris la art. 1 din Convenția Europeană, potrivit căreia părțile contractante recunosc „pentru oricine aflat în jurisdicția lor” drepturi și libertăți fundamentale împotriva războiului. Limbajul „toată lumea”, pe care îl găsim și în alte documente internaționale importante, subliniază caracterul universal al dreptului persoanei recunoscut de Convenție. Prin urmare, documentul protejează nu numai drepturile cetățenilor unei națiuni, ci și drepturile străinilor, cetățenilor apatrizi și ale persoanelor neautorizate, cum ar fi copiii și persoanele supuse unei interdicții. [154]

Tratatul prevedea și un mecanism pentru îndeplinirea obligațiilor statelor contractante.

Există Instituțiile înființate în acest scop: Comisia Europeană a Drepturilor Omului (înființată în 1954), Curtea Drepturilor Omului în Europa (înființată în 1959) și Comitetul de Miniștri al

Consiliului Consiliului Europei, acesta din urmă organism compus a miniștrilor de externe ai statelor membre sau a reprezentanților acestora. [62]

De la intrarea în vigoare a Tratatului (1953), au fost adoptate unsprezece protocoale. Programele la Articolele nr. 1, 4, 6 și 7 din Convenție au adăugat alte drepturi și libertăți la drepturile garantate și au dat, de exemplu, Protocolul nr. 2 care conferă Curții competența de a da avize consultative. [154]

Protocolul nr. 9 a dat reclamanților (persoanelor fizice) posibilitatea de a-și depune cererile la Tribunal după ce autoritatea pârâtă a fost recunoscută și acceptată de un comitet restrâns. La 11 mai 1994, Protocolul nr. 1 a fost deschis spre semnare, amendând o prevedere din Convenția Europeană a Drepturilor Omului, care a restructurat regimul. [63]

1.2. Protecția drepturilor individuale în legislația civilă

1.2.1. Norme juridice relevante

Fiecare persoană are demnitate și valoare. Una dintre modalitățile prin care recunoaștem valoarea fundamentală a fiecărei persoane este recunoașterea și respectarea drepturilor acesteia. Drepturile omului ne reglementează viața de zi cu zi, structurează modul în care trăim împreună într-o societate și urmăresc să protejeze demnitatea umană în orice moment. Acestea sunt universale, indivizibile și interdependente, fiind aplicabile mereu și oriunde, inclusiv în momente de conflict sau criză, acoperind practic fiecare domeniu al activității umane. [154]

Toate drepturile omului sunt la fel de importante pentru asigurarea demnității umane, fie că sunt drepturi civile, politice, economice, sociale sau culturale, fiind un set de principii care se referă la egalitate și corectitudine. Acestea recunosc libertatea de a face alegeri cu privire la viața fiecăruia și dezvoltarea potențialului ca ființă umană pentru a trăi o viață fără frică, hărțuire sau discriminare.

Protecția persoanei include printre altele dreptul la viață privată și la protecția datelor cu caracter personal, dar și protecția proprietății care conferă oricărei persoane dreptul de a se bucura în mod pașnic de bunurile sale. [156]

Dreptul la viață este una dintre prevederile cele mai fundamentale ale Convenției. Surprinzător, Curtea Europeană a Drepturilor Omului nu a avut ocazia să interpreteze acest articol decât începând din 1990. În timpul anilor 90 au ajuns în fața Curții numeroase cazuri legate de

activitate contra-teroristă, în special din Marea Britanie și Turcia. Aceste cazuri au rezultat în analiza extensivă a implicațiilor acelor acțiuni ai agenților de stat care cauzează moartea indivizilor, precum și a circumstanțelor în care asemenea acțiuni pot fi justificate conform paragrafului 2 al Articolului 2.

Curtea a decis mai multe cazuri incluzând fapte violente ale unor indivizi împotriva altor persoane, și, respectiv, obligația statului de a proteja indivizii de crimă și fapte violente. În câteva cazuri mai recente Curtea a abordat problema măsurii în care statul are obligația de a proteja viața persoanelor care beneficiază de servicii de îngrijire de sănătate, asigurate de stat.

Jurisprudența Curții, legată de Articolul 2, a identificat atât obligații substantive cât și obligații procedurale ale statului. Referitor la cele substantive, statul are “obligația negativă” de a nu cauza moartea indivizilor (de a nu lua viața indivizilor), și “obligația pozitivă” de a lua măsuri rezonabile pentru protecția vieții. Mai mult, statul are “obligația procedurală” de a stabili un sistem (regim) judiciar care protejează viața indivizilor în mod adecvat. Aceste din urmă obligații au fost caracterizate adesea ca fiind “adjectivale” obligațiilor substantive. În cazurile înaintate în fața Curții legat de Articolul 2, deciziile fac parte în general din două categorii separate, răspunzând la două întrebări diferite. În primul rând, Curtea decide dacă decesul a apărut în urma încălcării obligațiilor substantive derivate din Articolului 2; în al doilea rând, decide dacă cercetările conduse de stat în urma cazurilor de deces satisfac cerințele procedurale derivate din Articolului 2.

Aceste obligații procedurale nu sunt enunțate în Articolul 2, ci au fost elaborate de jurisprudența Curții. Ele includ obligațiile cele mai fundamentale de a penaliza omorul ilegal, de a asigura cercetarea și (în caz convenit) prosecutiona adecvată a acestor fapte. Una dintre cele mai importante “obligații procedurale” este datoria statului de a cerceta în mod adecvat cazurile de deces. În primele decizii luate de Curte, legat de Articolul 2, această obligație a fost considerată aplicabilă în cazurile în care acțiunile agenților de stat cauzează moartea indivizilor, acestea fiind tipurile de cazuri care ajungeau în fața Curții în acele vremuri. În deciziile luate mai târziu devine însă clar faptul că obligația statului nu se limitează doar la moartea provocată de agenții de stat, și nu numai la cazurile de moarte violentă. Aceste obligații apar în cazul oricărei forme de deces. “Obligația nu se limitează la cazurile în care s-a stabilit că moartea a fost cauzată de un agent de stat. De asemenea, nu are efect decisiv nici faptul că membrii de familie a persoanei decedate sau alții au depus o plângere formală în fața autorității de cercetare, legat de omor. În cazul abordat,

faptul că autoritățile au luat cunoștință de omor rezultă, *ipso facto*, conform Articolului 2 al Convenției, în obligația de a efectua cercetări aprofundate, legate de circumstanțele morții”. (Egri contra Turciei, 28 Iulie 1998) “Curtea consideră că obligația procedurală, așa cum a fost ea descrisă, nu poate fi limitată doar la cercetarea circumstanțelor în cazurile în care moartea unui individ este rezultatul unui act violent. În acest sens, și referitor la faptele cazului de față, obligația în cauză se extinde și la existența unui sistem independent și eficace, menit să determine atât cauza morții unui individ aflat în grija și responsabilitatea specialiștilor, cât și responsabilitatea acestora în fața legii”. Powell contra UK, 4 Mai 2000.

Termenul de informare presupune în fapt aducerea la cunoștința acuzatului a faptelor materiale de comiterea cărora i se incriminează, precum și comunicarea calificării (incadrării) juridice date faptelor respective de către organele competente în virtutea dreptului penal național. Deasemenea, mai implică identificarea autorului încă de la începutul anchetei pentru a-i putea respecta drepturile, respectiv pentru a soluționa cauza cu celeritate.

În speța Block c. Ungariei, Curtea Europeană a reiterat cu privire la dreptul acuzatului de a fi informat despre cauza și natura acuzării ce i se aduce, că prevederile art. 6 § 3 lit. a), presupun acordarea unei atenții speciale notificării acuzației în adresa persoanei, actul acuzației avînd un rol crucial în procesul penal, începînd cu data notificării, persoana este oficial avizată despre baza faptică și de drept a învinuirii înaintate împotriva sa.

În materia penală, exigența informației complete și detaliate asupra acuzației înaintate împotriva individului și, în consecință, calificarea juridică pe care o poate da instanța de judecată faptelor astfel incriminate în virtutea dreptului intern, constituie o condiție necesară în vederea asigurării echității întregului proces.

În speța de referință Vaudelle c. Franței, Curtea Europeană a subliniat că sistemul Convenției incumbă statelor în anumite cazuri obligația de a adopta măsuri pozitive care să garanteze eficient drepturile înscrise în art. 6, inclusiv și cel de a fi informat despre cauza și natura acuzării ce se aduce împotriva persoanei bănuite de comiterea unei infracțiuni. Statele trebuie să dea dovadă de diligență în vederea asigurării că indivizii se bucură efectiv de drepturile garantate de art. 6 în totalitatea acestora.

Cu privire la modificarea acuzației aduse unei persoane, adică recalificarea infracțiunii de comiterea căreia persoana este bănuită, în speța Mattoccia c. Italiei, Curtea Europeană a specificat că acuzatul trebuie informat de o manieră promptă și completă despre modificarea acuzației,

inclusiv schimbarea cauzei acesteia, cu asigurarea perioadei de timp și facilităților necesare răspunsului la ele și organizării apărării sale, ținând cont de multitudinea noilor informații și învinuri.

În general, dreptul de a fi informat despre natura și cauza acuzației aduse împotriva sa, ca și una din garanțiile recunoscute procesului echitabil, are în vizor valorificarea dreptului subiectiv al persoanei de a se apăra în fața instanțelor naționale de jurisdicție, inclusiv prin organizarea unei apărări eficiente bazate pe contestarea faptelor incriminate în acuzație, acest drept fiind unul fundamental într-o societate edificată pe principiile democrației europene.

Dreptul de a dispune de timpul și facilitățile necesare apărării se prezintă ca o contrabalansare privind prerogativele de care dispun organele de anchetă abilitate în organizarea investigației și derularea procedurilor penale.

Dreptul de a dispune de timpul și facilitățile necesare apărării are în vizor adunarea multitudinii de probe, care să permită organizarea unei apărări, pe cât de posibil în circumstanțele cauzei, eficiente și rezultative în vederea contestării învinuirii înaintate.

Acest drept își găsește consacrare în prevederile art. 6 § 3 lit. b) al Convenției europene, și include în fapt două drepturi corelative: de a dispune de timpul pentru organizarea apărării sale, și respectiv, de a beneficia de facilitățile necesare în acest sens.

În speța recentă *Gregacevici c. Croației*, Curtea a reiterat, cu titlu de principii generale aplicabile art. 6 § 3 lit. b), că conceptul unui proces penal echitabil implică între altele și dreptul la proceduri contradictorii, în conformitate cu care o parte beneficiază de posibilitatea nu doar de a lua efectiv cunoștință cu suportul probatoriu existent în speță, dar de asemenea de a lua cunoștință și de a comenta oricare probe prezentate și observații anexate la dosar, în vederea influențării deciziei finale a tribunalului.

Este posibil că o situație procedurală care nu plasează o parte dezavantajos față de partea adversă, totuși să constituie o încălcare a dreptului la contradictorialitatea procesului, dacă această parte nu a avut oportunitate să facă cunoștință și să comenteze toate probele și referințele existente.

În acest sens art. 6 § 3 lit. b) garantează acuzatului dreptul de a dispune de timpul și facilitățile necesare apărării sale, și deci implică ca organizarea apărării în substanță să abordeze toate aspectele importante pentru a prezenta partea apărării în cadrul procesului penal. Acuzatul trebuie să beneficieze de oportunitatea să-și organizeze apărarea într-o manieră coerentă și, în

afara oricărei restricționări, să-și prezinte ansamblul argumentelor relevante apărării sale în fața tribunalului, astfel influențând finalitatea procesului.

La estimarea dacă acuzatul dispune de timpul necesar pentru a-și pregăti apărarea, trebuie de ținut cont de specificul procesului, complexitatea cauzei și faza procesului în derulare.

În lumina principiilor generale menționate, Curtea Europeană a conchis că informarea pe scurt a părții apărării privind probele prezentate de poliție la ședința finală a procesului, în cadrul unei spețe complexe de fraude, fără a acorda apărării timp pentru a examina și formula răspunsuri vizavi de materialul probatoriu prezentat, nu a satisfăcut exigențele impuse de art. 6 § 1 și 3 lit. b), constatînd încălcarea Convenției.

În speța AOA Neftyanaya Kompaniya Yukos c. Rusiei, suplimentar la principiile generale relevante pe marginea art. 6 § 3 lit. b), Curtea a specificat că fiecare acuzat în virtutea Convenției trebuie să beneficieze de facilitățile necesare apărării sale, inclusiv de a face cunoștință cu rezultatele investigațiilor desfășurate pe durata întregului proces, și acest fapt este valabil pentru toate părțile implicate, pentru celeritatea desfășurării cauzei și a soluției temeinice și legale.

Capacitatea unei persoane de a se bucura de aceste drepturi depinde de respectarea acestor drepturi de către alți oameni. Aceasta înseamnă că implică responsabilități și îndatoriri față de alți oameni și față de comunitate. Totodată statul are o responsabilitate specială de a se asigura că oamenii se pot bucura de drepturile lor, fiind obligat să stabilească și să mențină legi și servicii care să permită oamenilor să se bucure de o viață în care drepturile lor sunt respectate și protejate.

Dreptul la viață este inerent ființei umane, astfel că principala problemă care trebuie clarificată este momentul de la care ființa umană ia naștere din punct de vedere juridic, precum și social, medical, moral. Dreptul la viață este în prezent protejat de toate instrumentele juridice internaționale, precum și de legislațiile naționale, cu puține excepții, bine delimitate. Cu toate acestea, de-a lungul timpului, existența unei asemenea protecții nu a fost mereu la fel de puternică, fiind influențată în mod decisiv de preceptele morale, religioase care dominau societatea, evoluția protecției dreptului la viață fiind determinată, în special, de progresele științei și de apariția unor noi ramuri de cercetare, cum ar fi bioetica.

Dacă, în ceea ce privește o persoană născută, în viață, nu există niciun dubiu cu privire la aplicarea protecției juridice, problemele apar atunci când viitoarea persoană, deși concepută din punct de vedere biologic, nu a fost încă născută. Cu alte cuvinte, se pune întrebarea care este nivelul protecției juridice de care se bucură embrionul și fetusul uman. Pentru a răspunde la această

întrebare este necesar, în primul rând, să definim noțiunile de *embrion* și *fetus*. Prin embrion se înțelege un produs al concepției umane, aflat într-un stadiu de dezvoltare celulară în primele 14 săptămâni de la data fecundării ovulului, iar embrionul devine fetus după depășirea momentului anterior menționat, respectiv după cea de-a treia lună de sarcină. Potrivit dicționarului explicativ al limbii române, noțiunea de viață reprezintă “sinteză a proceselor biologice, fizice, chimice, mecanice care caracterizează organisme; faptul de a fi viu; stare a ceea ce este viu”, această noțiune fiind definită, în mod similar, și în doctrina franceză.

Se poate observa că, deși copilul conceput, ce urmează a se naște, nu are o existență perceptibilă din punct de obiectiv în realitatea înconjurătoare, viața sa intrauterină strâns legată de corpul mamei îi conferă acestuia o poziție definită în cadrul viitoarei familii chiar înainte ca procesul nașterii să aibă loc, mama fiind cea care, în principal, dezvoltă o serie de sentimente în legătură cu viitorul copil.

Spinoza, în lucrarea “*Ethica Geometrico Demonstrata*”, scrisă între anii 1661 și 1665, afirmă că universul se identifică puterii divine, substanța neavând o existență materială, ci una metafizică, fiecare obiect sau idee aflându-se într-o relație de dependență prin raportare la alte obiecte sau idei. Ca urmare a acestei idei esențiale a lucrării lui Spinoza, nu se poate ajunge la concluzia că însuși copilul conceput, a cărui dezvoltare și viitoare existență sunt atât de strâns legate de corpul mamei, poate fi considerat ca făcând parte din acest univers caracterizat de existența metafizică, astfel încât poate fi privit ca o entitate de sine stătătoare, susceptibilă de a-i fi acordată o protecție juridică bine definită în cadrul societății?

În lucrarea “*Gânduri către sine însuși*”, Marcus Aurelius afirma următoarele: „Chiar dacă ți-ar fi dat să trăiești trei mii de ani, și tot atâția ani de mii de ori, amintește-ți totuși că nimeni nu pierde o altă viață decât cea pe care o trăiește și nici nu trăiește altă viață decât cea pe care o pierde. Așadar, viața cea mai lungă și viața cea mai scurtă înseamnă același lucru; căci prezentul este egal pentru toți și timpul care se pierde este, așadar, egal, iar cel care se duce pare astfel foarte scurt. De fapt, nimeni nu ar putea să piardă nici trecutul, nici viitorul; cum ar fi posibil să i se ia ceva ce nu are?”

În contextul acestor gânduri ale lui Marcus Aurelius, s-ar putea susține de către adepții tezei conform căreia, copilul nenăscut, neavând încă o viață extrauterină de sine stătătoare, nefiind perceptibil în realitatea obiectivă, nu poate beneficia nici de o protecție juridică asemănătoare copilului născut, având în vedere că acesta nu poate pierde viața de care încă nu s-a bucurat. Pe de

altă parte, susținătorii tezei conform căreia copilul nenăscut este o ființă umană în curs de devenire și care își dezvoltă o viață proprie, strâns legată de corpul mamei, în mediul intrauterin, ar putea susține, pe baza cugetărilor lui Marcus Aurelius, că, în ciuda faptului că un copil nenăscut nu are încă o viață de sine stătătoare, viața în mediul uterin nu este lipsită de semnificație chiar în sensul de substanță metafizică, precum afirma Spinoza, ținând cont, în special, și de relațiile de afecțiune dezvoltate de mamă, care percepe existența viitorului copil. Din acest punct de vedere, nu s-ar putea susține că, prin imposibilitatea de a dezvolta o viață extrauterină proprie, ca urmare a unor acțiuni vătămătoare, copilul aflat în curs de devenire a pierdut ceva ce nu avea, pentru că existența propriu-zisă nu se limitează doar la ceea ce este perceptibil din punct de vedere fizic, material, obiectiv.

Dreptul la viață privată și dreptul la protecția datelor cu caracter personal la nivel european sunt protejate prin intermediul instrumentelor juridice elaborate de Consiliul Europei (CoE) și de UE. Aceste două reglementări europene converg adesea dar și diferă sub unele aspecte, ambele urmând a fi luate în considerare de către practicienii din domeniul juridic atunci când au pendinte cauze ce țin de drepturile la proprietate, la protecție datelor cu caracter personal precum și dreptul la viață privată.

Cadrelor juridice ale CoE și UE sunt compuse atât din instrumente obligatorii cât și din instrumente fără caracter obligatoriu – *soft law*, cum ar fi avizele, declarațiile și recomandările. Dreptul la protecția datelor cu caracter personal este protejat în temeiul articolului 8 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO) [156], care garantează dreptul la respectarea vieții private și de familie, a domiciliului și a corespondenței.

Potrivit art. 8 paragraful 1 din CEDO, orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului său și a corespondenței sale.

Există de asemenea un instrument-cheie obligatoriu, elaborat de Consiliul Europei, care vizează, în mod special protecția datelor cu caracter personal – Convenția pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea automată a datelor cu caracter personal (cunoscută ca Convenția 108+)[2].

Legislația UE prevede dreptul la respectarea vieții private și dreptul la protecția datelor cu caracter personal în articolele 7 și 8 din Carta Drepturilor Fundamentale. [154] Astfel, art. 7 prevede că orice persoană are dreptul la respectarea vieții private și de familie, a domiciliului și a secretului comunicațiilor iar articolul 8 stabilește că orice persoană are dreptul la protecția datelor

cu caracter personal care o privesc. Asemenea date trebuie tratate în mod corect, în scopurile precizate și pe baza consimțământului persoanei interesate sau în temeiul unui alt motiv legitim prevăzut de lege. Orice persoană are dreptul de acces la datele colectate care o privesc, precum și dreptul de a obține rectificarea acestora.

Principalele instrumente secundare ale legislației UE privind protecția datelor cu caracter personal sunt, în prezent, Regulamentul 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și Directiva privind aplicarea legislației în domeniul protecției datelor cu caracter personal. [153]

Convenția 108+ protejează persoanele împotriva abuzurilor ce pot apărea în cazul prelucrării datelor cu caracter personal și în același timp încearcă să reglementeze fluxurile internaționale de date cu caracter personal fiind aplicabilă tuturor prelucrătorilor de date efectuate atât în sectorul privat cât și cel public, cum ar fi prelucrarea datelor de către sistemul judiciar și autoritățile responsabile de aplicarea legii.

Dreptul la viață privată și dreptul la protecția datelor cu caracter personal sunt strâns legate și se suprapun parțial. Ambele protejează valori similare, adică autonomia și demnitatea umană a persoanei, acordându-i acesteia prerogative prin care își poate dezvolta personalitatea, exprima liber gândirea și opinia. În temeiul CEDO, dreptul la protecția datelor cu caracter personal este tratat ca expresie la viață privată.

Însă, viața privată și protecția datelor se disting între ele prin sfera de aplicare deoarece nu toate situațiile acoperite de dreptul protecției datelor sunt acoperite de dreptul la viață privată și viceversa. Dreptul la viața privată acoperă mai multe dimensiuni pe lângă protecția datelor cu caracter personal. Prin urmare este posibil ca unele cazuri să nu se refere la prelucrarea datelor cu caracter personal, dar să constituie totuși o ingerință în dreptul la viața privată și deci determină protecția în temeiul art. 8 CEDO. În același mod anumite activități care nu constituie o încălcare a dreptului la viața privată pot încălca normele privind protecția datelor. Prelucrarea datelor nu afectează întotdeauna viața privată. Or, dreptul la protecția datelor cu caracter personal intră în joc ori de câte ori sunt prelucrate date cu caracter personal.

Dreptul la viața privată se referă la situațiile în care un interes privat sau viața privată au fost compromise. Prin contrast, orice operațiune care implică prelucrarea datelor cu caracter personal ar putea intra sub incidența normelor de protecție a datelor și declanșa dreptul la protecția datelor cu caracter personal.

CEDO a stabilit anumite obligații statelor pentru protejarea acestor drepturi. În acest context, statele sunt obligate să acționeze și să ia măsuri active pentru a asigura o exercitare efectivă a drepturilor protejate de Convenție și pentru a extinde protecția cu privire la riscurile care apar și în cadrul relațiilor individuale, deci protecția să nu se refere numai la relația dintre individ și stat.

Pentru a determina dacă măsurile luate de stat sunt compatibile cu articolul 8 CEDO, statului i se acordă un anumit grad de discreție-marjă de apreciere. Atunci când practica obișnuită cu privire la un anumit subiect este evidentă, marja de apreciere va fi mai mică iar examinarea din partea Curții va fi mai strictă.

1.2.2. Aplicarea normelor în jurisprudență

Dreptul la viață este consacrat în toate documentele internaționale, chiar dacă acestea nu cuprind și o definiție a noțiunii de viață. Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată la 10 decembrie 1948 de către Adunarea Generală a ONU, precizează la articolul 3 că „orice ființă are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale”. Dreptul la viață este consacrat și în Pactul Internațional privitor la drepturile civile și politice, adoptat la 12 decembrie 1966, în care, la articolul 6, se prevede că „dreptul la viață este inerent persoanei umane. Acest drept trebuie să fie protejat de lege. Nimeni nu poate fi privat în mod arbitrar de viața sa”.

În mod similar, Convenția Europeană a Drepturilor Omului consacră dreptul la viață la articolul 2, în care se prevede că „Dreptul la viață al oricărei persoane este protejat prin lege. Moartea nu poate fi cauzată cuiva în mod intenționat, decât în executarea unei sentințe capitale pronunțată de un tribunal în cazul în care infracțiunea este sancționată cu această pedeapsă prin lege”. Niciunul dintre documentele de mai sus nu stabilește însă, momentul de la care se consideră că putem vorbi de viață, întrucât nu există o definiție expresă a acestei noțiuni.

Singurul document care recunoaște o protecție a vieții din momentul concepției este Convenția Americană a Drepturilor Omului, adoptată la 22 noiembrie 1969 la San José (Costa Rica), care afirmă la articolul 4 că „orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale. Acest drept trebuie să fie protejat de lege, în general din momentul concepției”.

Deși problema începutului vieții a fost legată în principal de existența dreptului la avort al femeii, pe baza căreia au fost dezvoltate două concepții juridice, concepția „*pro-life*”, potrivit

căreia viața începe din momentul concepției, și concepția „*pro-choice*”, în conformitate cu care viața începe în momentul nașterii, jurisprudența CEDO a mers dincolo de acest aspect, analizând dreptul la o protecție efectivă de care s-ar putea bucura copilul nenăscut. La momentul adoptării Convenției Europene a Drepturilor Omului, avortul era incriminat de statele europene, fiind considerat o violare directă a dreptului la viață al copilului nenăscut[5]. Se poate spune că la acel moment fătul beneficia de protecția dreptului său la viață. Ulterior, dreptul la viață al fătului a fost pus în balanță cu dreptul femeii de a dispune de propriul corp, jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului evidențiind o poziție mai degrabă de abținere cu privire la tranșarea problemei protecției juridice a fătului. [216]

În cauza X împotriva Marii Britanii s-a arătat că noțiunea autonomă de *oricare persoană* din cuprinsul articolului 2 al Convenției se putea aplica doar după momentul nașterii. Comisia s-a poziționat în totalitate împotriva ideii de a se recunoaște fătului un drept absolut la viață, fără a se opune însă posibilității ca, la un moment dat, în lumina unor evoluții sociale în statele contractante, fie să nu recunoască deloc protecția fătului potrivit articolului 2 din Convenție, fie să îi recunoască acestuia drepturi limitate. Recunoașterea unui drept absolut la viață al fătului ar impune statelor semnatare a Convenției interzicerea în mod absolut a avortului, chiar și cel terapeutic, ceea ce ar fi contrar ideii că niciodată nu se va putea considera o viață mai importantă decât o altă viață. Pe de altă parte, în situația în care fătului nu i s-ar recunoaște protecția conferită de articolul 2 din Convenție sau i s-ar recunoaște o protecție limitată, statele semnatare ar beneficia în continuare de o marjă de apreciere în virtutea căreia vor putea reglementa prin legi proprii incriminarea sau neincriminarea avortului, precum și a atingerilor aduse vieții sau integrității corporale a fătului, în funcție de particularitățile culturale specifice fiecărui stat în parte.

O altă hotărâre în care Comisia Europeană a precizat că nu trebuie să se decidă dacă fătul poate beneficia de o anumită protecție asigurată de articolul 2 din Convenție, nefiind însă exclus ca, în anumite circumstanțe specifice, acest aspect să se schimbe, a fost hotărârea pronunțată în cauza H împotriva Norvegiei. În timp ce Curtea Supremă din Norvegia și-a exprimat opinia în sensul că nu este de competența instanțelor de judecată să stabilească un echilibru între interesele mamei și interesele fătului, considerând că această sarcină îi revine puterii legislative, Comisia Europeană a constatat necesitatea unui echilibru just între interesele legitime ale fătului și ale societății, pe de o parte, și interesele mamei, pe de altă parte. S-a concluzionat că nu ar trebui ca fătul să fie exclus, în anumite circumstanțe, de la protecția oferită de articolul 2 din Convenție,

păstrând însă marja de apreciere de care ar trebui să beneficieze statele membre într-un domeniu atât de sensibil precum cel din speța analizată. Cu această hotărâre se observă posibilitatea pe care Curtea a păstrat-o de a-și reconsidera poziția anterioară printr-un eventual reviriment jurisprudențial și să stabilească, la un anumit moment, că fătulul beneficiază totuși de protecția articolului 2 privind dreptul la viață. [216]

Probabil că una dintre cele mai importante cauze în care s-a pus problema dacă fătulul beneficiază de protecția articolului 2 din Convenție, a fost cauza Vo contra Franței[8]. Totodată, cauza a pus problema și a existenței unui remediu penal, respectiv a existenței unei incriminări în situația de întrerupere a cursului sarcinii din culpă.

În speță, în urma unei confuzii legate de coincidența de nume, creată într-o clinică, reclamantei i s-a efectuat o procedură medicală greșită care a condus la pierderea sarcinii sale. Curtea Europeană a Drepturilor Omului a ezitat și de această dată, precizând că nu este necesar să se decidă dacă un copil nenăscut poate fi considerat *în viață*, în sensul articolului 2 din Convenție sau dacă ar trebui considerat ca o *entitate* asupra căreia, în lumina articolului 8 paragraful al 2-lea din Convenție, s-ar justifica o intervenție pentru protecția altuia. Potrivit concluziei intermediare de la paragraful 80, copilul nenăscut nu este privit ca fiind o *persoană* direct protejată de articolul 2 și, chiar dacă la un moment dat s-ar recunoaște fătului un *drept la viață*, atunci acesta ar fi în mod implicit limitat de drepturile și interesele mamei. Curtea a afirmat totuși că prevederile Convenției nu exclud posibilitatea ca, în anumite circumstanțe, dreptul la viață ce i se asigură unei persoane născute să fie asigurat și unei persoane nenăscute. Curtea a conchis că nu este nici de dorit și nici măcar posibil să se răspundă în abstract la întrebarea dacă un copil nenăscut este o persoană în sensul articolului 2 din Convenție, putându-se eventual accepta că embrionul sau fătulul face parte din rasa umană.

Cu toate acestea, nimic nu împiedică statele să asigure un standard mai înalt de protecție al fătulilor, în limita marjei de apreciere de care acestea beneficiază. Aceasta idee a fost reiterată în cauza Sayan c. Turcia din 2016, unde s-a considerat ca nu este necesară analiza încălcării dreptului la viață al fătulului, separat de cel al mamei, acestea două fiind indisolubil legate. Astfel, nu se poate pronunța expres asupra încălcării dreptului la viață al persoanei în devenire, ce oferă un anumit standard de protecție al vieții acestuia, prin raportare la protecția acordată vieții mamei. [216]

Jurisprudența Curții Europene a avut un debut timid, instanța stabilind că noțiunea de *orice persoană* prevăzută de articolul 2 din Convenție, prin care este protejat dreptul la viață, se putea aplica doar după momentul nașterii, deci, numai persoanelor care au fost născute. Această interpretare a fost influențată în mare măsură de discuțiile care existau la nivelul statelor europene privind liberalizarea avortului. Ulterior, odată cu evoluția societății europene, Curtea a apreciat că, deși nu se poate susține că fătul este o persoană în sensul articolului 2 din Convenție, totuși, în anumite circumstanțe, a admis că exista posibilitatea ca acest aspect să se schimbe datorită faptului că statele contractante aveau o divergență mare de opinii în această privință. Cu toate acestea, dreptul la viață al fătului trebuie să respecte principiul proporționalității astfel încât să se asigure un just echilibru între interesele mamei și interesele fătului. În ultimă instanță, în cauza *Vo contra Franței*, instanța europeană a recunoscut că fătul este o *entitate* care aparține *rasei umane*, acesta fiind singurul compromis la care a reușit să se ajungă.

În cauza numărul 54270/10, Curtea a statuat că interzicerea unor cercetări științifice asupra embrionilor rezultați în urma unei fertilizări *in vitro* nu este contrară dreptului la respectarea vieții private și de familie, prevăzut la articolul 8 al acestui instrument internațional fundamental. În plus, s-au stabilit condițiile necesare pentru a garanta restrângerea licită a dreptului, respectiv baza legală a măsurii, caracterul necesar al măsurii interzicerii acestui drept (se reamintește existența unei largi marje de apreciere din partea Italiei, în special, fiind vorba despre chestiuni ce țin de un domeniu care nu se bucura de o reglementare expresă la nivel european) și caracterul justificat, fiind puse în balanță atât interesul public, al statului, cât și interesul privat, al individului, ceea ce ducea la imposibilitatea de a supune embrionii umani unor scopuri științifice. [216]

Curtea Supremă a Statelor Unite ale Americii s-a pronunțat în cauza *Roe împotriva lui Wade*, hotărând că fătul nu pot fi tratați ca persoane în sensul legii, întrucât nu se poate stabili momentul de la care viața începe să curgă.

Totodată, în cauza *Winnipeg Child and Family Services (Northwest Area) împotriva lui G (D.F.)*, Curtea Supremă a Canadei a statuat că, deși un copil nenăscut nu poate fi considerat o persoană, totuși, acestuia ar trebui să îi fie conferită o protecție pentru a nu suferi pe perioada cât se află în uterul mamei sale. Nu în ultimul rând, Înalta Curte a Africii de Sud a stabilit, în Cauza *Christian Lawyers Association of South Africa și alții împotriva Ministerului Sănătății și alții*, că fătul uman nu poate fi considerat o persoană, dat fiind faptul că, dacă legiuitorul constituțional ar fi dorit să protejeze fătul, atunci acesta ar fi făcut o mențiune expresă în acest sens. [216]

În hotărârea Tribunalului Constituțional din Polonia, s-a interzis recurgerea inclusiv la avortul eugenic, avut în vedere atunci când există probabilitate ridicată de invaliditate gravă sau ireversibilă a fătului sau o boală incurabilă care i-ar pune în primejdie viața. Astfel, au fost declarate neconstituționale dispozițiile corespunzătoare din legea privind planificarea familială, protecția fătului uman și condițiile de întrerupere a sarcinii, autorizând avortul eugenic. Această hotărâre a fost vehement criticată la nivel european și internațional, considerându-se că ar aduce limitări grave drepturilor reproductive și sănătății femeii, aspecte constatate prin rezoluții ale Parlamentului European. Totodată, hotărârea a fost considerată disproporționată și nejustificată, pentru că s-a operat o interdicere de facto a avortului în statul polonez, având în vedere faptul că avortul eugenic era singura formă acceptată a întreruperii cursului sarcinii. În urma deciziei, avortul a devenit posibil doar atunci când era pusă în primejdie viața mamei.

Însă, atunci când nu există un consens cu privire la anumite aspecte, statele sunt considerate, cele care sunt libere, de a evalua și răspunde necesităților societății. De exemplu în cauza K.U. contra Finlandei, Curtea a stabilit că, în temeiul articolului 8, statul are obligația pozitivă de a dispune de un sistem destinat să protejeze minorii care sunt vizați de pedofili prin intermediul internetului. La fel are obligația de a stabili un cadru legal pentru depistarea identității autorilor infracțiunilor săvârșite în mediul online, iar absența unui astfel de cadru denotă faptul că statul nu a reușit să protejeze viața privată a persoanei. [216]

Până în prezent, prin jurisprudența sa, CtEDO a stabilit că articolul 8 acoperă mai multe aspecte cum ar fi de exemplu:

- simpla stocare a informațiilor despre viața privată a unei persoane (*cauza Leander contra Suediei* [161]);
- supravegherea și interceptarea comunicațiilor telefonice și electronice (*cauza Klass contra Germaniei*) [162];
- supravegherea la locul de muncă (*cauza Copland contra Regatului Unit*) [163];
- utilizarea camerelor de luat vederi cu circuit închis CCTV (*cauza Peck contra Regatului Unit*) [164];
- protejarea imaginii unei persoane (*cauza Von Hannover contra Germaniei 2*) [165];
- protejarea reputației persoanei (*cauza Pfeifer contra Austriei*) [166];
- posibilitatea de a dezvolta relații cu alte persoane și cu lumea exterioară (*cauza Niemietz contra Germaniei*) [167].

Protecția dreptului interzice acțiunile care pot constitui o ingerință în dreptul protejat, cu excepția cazului în care se poate demonstra că ingerința este justificată.

Deci, potrivit CEDO, ingerința trebuie să fie prevăzută de lege, să urmărească unul sau mai multe scopuri legitime și să fie necesară într-o societate democratică pentru a atinge aceste obiective.

În România, dreptul la viață este protejat, în primul rând, prin Constituția României care prevede, la articolul 22 alineatul 1, că dreptul la viață, precum și dreptul la integritate fizică și psihică sunt garantate, iar la alineatul 3 al aceluiași articol specifică faptul că pedeapsa cu moartea este interzisă pe teritoriul României. Reglementările din dreptul penal român corespund jurisprudenței Curții Europene în materia articolului 2 din Convenție, legiuitorul român încercând să stabilească un echilibru între interesele mamei, pe de o parte, și interesele societății și ale copilului nenăscut, pe de altă parte. Mai mult decât atât, legiuitorul român a prevăzut un standard de protecție, în materia drepturilor copiilor nenăscuți, mai ridicat decât Convenția Europeană, incriminând faptele ilicite ce pot fi săvârșite împotriva produșilor de concepție umană, de la embrion la nou-născut.

Din studiul expunerii de motive a Codului penal, se constată interesul legiuitorului român de a proteja dreptul la viață al fătului ca valoare socială, protecția care intervine de la momentul concepției, însă în mod condiționat.

Embrionul beneficiază de protecție prin incriminarea infracțiunii de întrerupere a cursului sarcinii, faptă prevăzută și pedepsită de articolul 201 din Codul penal. Protecția este condiționată de interesele mamei, căreia îi este permis să pună capăt vieții embrionului, respectiv să avorteze până la împlinirea vârstei de 14 săptămâni.

După 14 săptămâni embrionul devine făt, iar viața și integritatea corporală sunt protejate de dispozițiile articolului 202 din Codul penal, Vătămarea fătului. Fătul este protejat atât în timpul sarcinii, după împlinirea celor 3 luni de la concepție, împotriva acțiunilor terților, cât și în timpul procesului nașterii până la desprinderea de corpul mamei când devine nou-născut, respectiv o *persoană*, care beneficiază de protecția legii penale.

Codul penal incriminează și vătămarea fătului de către mamă, însă această infracțiune nu se pedepsește, cu excepția situației în care mama vatămă fătul în timpul nașterii. Articolul 200 din Codul penal completează aceste incriminări cu infracțiunea de ucidere sau vătămare a nou-născutului săvârșită de către mamă. Se poate observa, în dreptul penal român, existența unui vid

legislativ în privința vătămării fătului ce a depășit pragul de 24 de săptămâni, vătămare ce a avut drept consecință împiedicarea instalării vieții extrauterine. Dacă fapta s-ar fi produs în primele 24 de săptămâni, prin acțiuni violente exercitate asupra corpului femeii însărcinate, fapta ar fi putut fi încadrată drept vătămare corporală ce a avut drept consecință avortul. Însă, în cazul acțiunilor vătămătoare care sunt realizate în timpul sarcinii ce a depășit pragul de 24 de săptămâni, spre deosebire de vătămrile realizate în timpul nașterii expres prevăzute de articolul 202 alineatul 1, legiuitorul român pare a lăsa în afara protecției juridice fătul, dat fiind că, dacă fapta nu poate fi încadrată drept întreruperea cursului sarcinii, acțiunea vătămătoare nu va mai produce efecte pe planul dreptului penal.

Nici în concepția legiuitorului român, produsul de concepție, de la embrion la făt, nu este considerat *persoană* care să beneficieze de toate drepturile asemenea unui nou-născut, fiind mai degrabă considerat o fază incipientă a vieții umane care trebuie și ea protejată prin incriminarea unor fapte exercitate asupra acestuia.

În cazul dreptului la protecția datelor cu caracter personal recunoscut în mod explicit de Carta UE, cu excepția art. 52.1 (care reglementează limitările drepturilor și libertăților Cartei), art. 8 alin. (2) din Cartă stabilește condițiile de legalitate a procesării și anume ca datele să fie prelucrate în mod corect în scopurile precizate și pe baza consimțământului persoanei în cauză sau în temeiul unor motive legitime stabilite de lege.

O deosebire a ingerințelor între aceste două drepturi este că în cazul protecției datelor cu caracter personal, accentul nu se pune pe interzicerea intervențiilor nejustificate, ci doar pe condițiile care trebuie respectate pentru a facilita prelucrarea legală a datelor.

1.3. Concluzii la capitolul I

Dreptul la viață este cel mai natural drept al omului. El s-a impus de timpuriu, în sistemul juridic, fiind consacrat încă din primele declarații de drepturi și desigur prin constituție. Este un drept cetățenesc cu care începe inventarul drepturilor omului în cele mai importante acte internaționale din acest domeniu. Cele mai multe astfel de acte au fost adoptate după cel de-al doilea Război Mondial sub egida Organizației Națiunilor Unite. Aceste acte stau la baza întregii construcții internaționale referitoare la drepturile omului. Ele influențează legislațiile naționale ale statelor în această materie, prevederile lor constituind standarde internaționale ale drepturilor omului.

Ocrotirea vieții și apărarea persoanei reprezintă una din principalele obiective ale tuturor sistemelor de drept. Acest lucru nu e definitoriu doar pentru existența biologică și fizică a entității umane, ci și pentru existența și evoluția socială a umanității. Legea ocrotește nu numai interesul fiecărui individ de a trăi, de a-și conserva și prelungi viața, dar mai ales, interesul societății ca viața fiecărui om să fie păstrată și respectată de ceilalți, conservarea vieții indivizilor fiind hotărâtoare pentru existența societății, care nu poate fi concepută decât ca formată din indivizi în viață.

În principiu, dreptul la viață creează în sarcina statului o obligație negativă de a nu face nimic de natură să ia viața unei persoane în mod arbitrar. Totuși, în lumina jurisprudenței CEDO, obligațiile statelor pot fi și pozitive, atunci când au obligația de a asigura protecția persoanei, în special a celor ce sunt încercați sau se află în situații vulnerabile.

Capitolul 2 are în vedere toate aceste situații raportate și la legislațiile naționale ale României și ale Republicii Moldova, în ideea abordării ulterioare a două situații delicate și mult discutate în doctrina juridică și în jurisprudență, raportat la principiul ocrotirii vieții și apărarea persoanei.

2. CADRUL JURIDIC AL CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT ȘI PROVOCĂRILE CONTEMPORANE

2.1. Context național și internațional

2.1.1. Evoluții legislative

Obținerea consimțământului are implicații etice, legale și, nu în ultimul rând, aspectele care sunt „utile pe care atât clinicienii, cât și pacienții ar trebui să le cunoască pentru buna lor practică”.

Potrivit art. 6 din Legea nr. 46/2003, pacientul are dreptul de a fi informat despre starea sa de sănătate, procedurile medicale propuse, concluziile potențialele riscuri asociate fiecărei metode, alternativele existente la metodele propuse, inclusiv fără prescripție medicală și fără tratament și să efectueze terapie și tratamente recomandate și regimuri, lipsa aderării la recomandările medicale, în ceea ce privește datele de diagnostic și prevedere.

De asemenea, Convenția de la Oviedo, care este un instrument juridic obligatoriu transnațional în domeniul drepturilor omului din punct de vedere medical, prevede în articolul 5 că o intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză. În acest context pacientul trebuie să primească în prealabil informații adecvate în privința scopului și naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și riscurilor.

La rândul său, Carta Europeană a Drepturilor pacienților Uniunii Europene, în art 3. și 4 stipulează dreptul la informare și consimțământ informat al pacienților. [158]

Putem privi consimțământul informat al pacientului ca pe o componentă intrinsecă a actului medical, ce nu poate fi disociat de acesta. Așadar se poate spune că actul medical presupune cel puțin două componente esențiale: o componentă etică (care include informarea pacientului și obținerea consimțământului acestuia) și una științifică (care include procedeele de prevenție, diagnostic și tratament propriu-zise).

Fundamentul legal al obligației de informare a pacientului este dat de:

- art. 22 din Constituția României – *Dreptul la viață și la integritate fizică și psihică*;
- art. 4-12 din *Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003* – *Dreptul pacientului la informația medicală*;

- art. 649 și urm. din *Legea nr. 95/2006* – Titlul XV „*Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice*”;

– Ordinul 1411/2016 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XV „*Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice*” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

– art. 5 din Convenția privind drepturile omului și biomedicina denumită și Convenția de la Oviedo din 1997.

– art 3-5 din Carta Europeană a Drepturilor pacienților, semnată la Roma în 2002. [159, 175, 189]

Caracteristicile consimțământului:

-Potrivit art. 660 din Legea nr. 95/2006, pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, medic stomatolog, asistent medical/moașă, pacientului i se solicită acordul scris. [154]

-Pentru a fi legal, consimțământul trebuie să fie informat, adică pacientul cunoaște și înțelege informațiile care i se comunică. Articolul 660 alin. (2) și (3) din Legea nr. 95/2006 reglementează procesul de transfer al informațiilor medicale: „după primirea consimțământului scris al pacientului, medicul, medicul stomatolog, asistentul medical sunt obligați să prezinte informații pacientului într-un context științific adecvat pentru înțelegerea acestuia”.

-Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului.

-Potrivit art. 8. din Legea 46/2003, informațiile se aduc la cunoștință pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate. În cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori într-o limbă pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.

Dacă pacientul nu este cetățean român, informațiile trebuie să i se aducă la cunoștință într-o limbă de circulație internațională sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare. [109]

Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1411/2016 care modifică OMS nr. 482/2007 reglementează în art. 8 forma și conținutul consimțământului informat al pacientului, stipulând ca regulă obținerea consimțământului în forma prevăzută de Anexa 2. [110]

Acordul pacientului informat se exprimă în scris, prin completarea formularului prevăzut în anexa nr. 1, care face parte integrantă din normele metodologice.

Acordul scris al pacientului, trebuie să conțină în mod obligatoriu cel puțin următoarele elemente:

1. a) numele, prenumele și domiciliul sau, după caz, reședința pacientului;
2. b) actul medical la care urmează a fi supus;
3. c) descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către medic, medicul dentist, asistentul medical/moașă;
4. d) acordul exprimat fără echivoc pentru efectuarea actului medical;
5. e) semnătura și data exprimării acordului. [113]

Situații particulare:

- În cazul pacientului minor, acordul scris se va obține de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată.
- În cazul pacientului major lipsit de discernământ (conform deciziei comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică), acordul scris se va obține de la reprezentantul legal desemnat.
- În cazul pacientului major cu care medicul, nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiției medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimțământului, acordul scris se poate obține de la soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului.
- Pacientul care nu poate semna din pricina unei infirmități i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașă urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat.
- Pacientului care nu știe carte sau nu vede i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi întrebat dacă acesta reprezintă voința sa, medicul/asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat.
- În cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ, iar medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașă nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita nici autorizarea autorității tutelare, deoarece intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, persoana care a acordat îngrijirea va întocmi un raport scris ce va fi păstrat la foaia de observație a pacientului, prin completarea formularului Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență.

Conform art. 661 din Legea nr. 95/2006 vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. [134]

Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:

- a) situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;
- b) situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.

În anumite cazuri, nu este obligatorie obținerea consimțământului pacientului. În cele ce urmează, discutăm despre excepțiile de la regula consimțământului informat:

- Situații de urgență în care sunt necesari auxiliari pentru pacienții care nu pot gândi, în astfel de cazuri este necesar să se acorde ajutor timpuriu pentru a salva viața sau a păstra starea de sănătate a pacientului. (Art. 15 din Legea 46/2003, dacă pacientul necesită îngrijiri medicale de urgență, nu mai este necesar acordul reprezentantului legal.) [132]
- Tulburări psihice grave care necesită internarea involuntară a pacienților psihiatrici.

Potrivit art.13 din Legea 46/2003, pacientul are dreptul de refuza semnarea consimțământului informat. În acest caz consecințele refuzului trebuie explicate pacientului. Răspunderea pentru decizia sa se consemnează obligatoriu în scris și se păstrează la fișa pacientului. [132]

Persoana vizată poate în orice moment să își retragă în mod liber consimțământul.

Lipsa consimțământului informat poate duce la condamnare penală pentru malpraxis. În funcție de circumstanțe, răspunderea medicilor poate fi: civilă (delictul) în fața instanței pentru nerespectarea obligației de conduită medicală sau disciplinară față de Colegiul Medicilor.

2.1.2. Comparații între diverse sisteme juridice

În Anglia, deși nu există un statut englez care să stabilească principiile generale ale consimțământului, totuși legea („dreptul comun”) a stabilit că atingerea unui pacient fără consimțământ valid poate constitui infracțiune civilă sau penală de agresiune. În plus, dacă profesioniștii din domeniul sănătății (sau alt personal medical) nu obțin consimțământul corespunzător și pacientul ulterior suferă un prejudiciu ca urmare a tratamentului, acesta poate fi un factor într-o reclamație de neglijență împotriva personalului medical implicat. Gestionarea defectuoasă a procesului de consimțământ poate duce, de asemenea, la plângeri din partea

pacienților prin procedura de plângeri către NHS (Serviciul Național de Sănătate) sau către organisme profesionale.

Jurisprudența privind consimțământul a evoluat semnificativ în ultimii ani și în timp ce mare parte din jurisprudență se referă în mod specific la medici, aceleași principii se vor aplica și la alți practicieni din domeniul sănătății implicați în examinarea sau tratarea pacienților.

Mai departe, practicienii trebuie să-și amintească de datoria lor de a se menține informați cu privire la legalitatea acțiunilor lor. Consilierea juridică ar trebui să fie întotdeauna căutată dacă există vreo îndoială cu privire la validitatea juridică a unei intervenții propuse.

Legea drepturilor omului din 1998 a intrat în vigoare în octombrie 2000, dând un efect suplimentar în Marea Britanie la drepturile consacrate în Convenția Europeană a Drepturilor Omului. [154]

Toate autoritățile publice sunt obligate să acționeze în conformitate cu drepturile prevăzute în Legea drepturilor omului și toate celelalte statute trebuie interpretate de către instanțele de judecată până acum pe cât posibil în conformitate cu aceste drepturi. Principalele articole care sunt probabil să fie relevante în jurisprudența medicală sunt articolul 2 (protecția dreptului la viață), articolul 3 - interzicerea torturii și a pedepselor sau tratamentelor inumane sau degradante), art 5 (dreptul la libertate și securitate), articolul 8 (dreptul la respectarea vieții private și viața de familie), articolul 9 (libertatea de gândire, conștiință și religie), articolul 12 (la dreptul de a se căsători și de a fonda o familie) și articolul 14 (interzicerea discriminării în exercitarea drepturilor Convenției). [156]

Chiar și atunci când există un alt sistem de drept, drepturile fundamentale ale omului care cuprind și referiri la consimțământul informat, acoperă golul legislativ intern, național.

Deși legislația Republicii Moldova include toate aspectele reglementate de standardele europene privind consimțământul pacientului în orice tip de serviciu medical, cum ar fi procese legate de unele domenii de vulnerabilitate (sănătate mintală și reproductivă, transplant de organe și alte produse biologice HIV de infectare și tuberculoză), analiza comparativă arată că sunt neglijăți ceilalți factori care pot afecta realizarea deplină a dreptului la autodeterminare. Așadar, legea națională de sănătate publică nu prevede să se considere viziunea copilului ca un factor din ce în ce mai determinant, în funcție de vârsta și gradul de maturitate al acestuia. [153] În același timp, în situații de urgență, dacă există o amenințare la adresa vieții pacientului și este imposibilă obținerea acordului acestuia de la reprezentantul legal sau de la rudele apropiate la momentul

oportun, obligația de a lua în considerare, în prealabil, dorințele exprimate de către pacient nu este determinată de pacient cu privire la o anumită procedură medicală. Deși ultima prevedere este prevăzută în Convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității umane în legătură cu aplicațiile biologice și medicale și în Declarația pentru promovarea drepturilor pacienților în Europa, nimic din aceasta nu prezintă clar mijloacele standard pentru ca pacientul să-și exprime consimțământul prealabil presa. [86]

Consimțământul informat al pacientului este un concept fundamental al eticii medicale [86] și o componentă actuală a legislației practicii medicale. În plus, consimțământul sau acordul informat al pacientului, împreună cu etica discuției, este mecanismul în care există modelul anti-paternalist de furnizare a asistenței medicale. În acest tip de comunicare, fluxul de informații este deschis și bidirecțional. Abordarea propusă descrie pacientul ca un agent responsabil care este liber să ia decizii importante și în timp util pentru sine sau să furnizeze informațiile necesare pentru luarea deciziilor. Principiul consimțământului este o poziție evolutivă relativ nouă, care reflectă legitimitatea asistenței medicale și tinde să reflecte noțiunea de autonomie și autodeterminare pe care o cere îngrijirea medicală în formularea cererilor. Doctrina consimțământului este în relație cu autonomia individuală și în recunoașterea faptului că exercitarea autodeterminării în materie de sănătate ca drepturi ale pacienților [86].

2.2. Provocări și soluții în aplicarea normelor juridice

2.2.1. Probleme de interpretare juridică

În România, Ordinul nr. 1.411 din 12 decembrie 2016 privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XV "Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, descrie în mod clar prin Normele sale interpretarea corectă a dispozițiilor legale în vigoare în acest domeniu, care privește viața și calitatea vieții a unei persoane, dar și modalitatea în care trebuie dat consimțământul cu toate detaliile necesare ca acesta să nu fie viciat. [195]

Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, din 15.04.2016 sunt un alt exemplu de interpretare a prevederilor legale bazate pe consimțământul informat. [211]

Toate prevederile legale expuse până acum, se interpretează în conformitate cu opiniile Grupului de lucru. [62]

În cadrul opiniei nr. 15/2011 Grupul de lucru a considerat că: *„Pentru a fi valabil, consimțământul trebuie să fie specific. Cu alte cuvinte, consimțământul în alb fără specificarea scopului exact al prelucrării nu este acceptabil. Pentru a fi specific, consimțământul trebuie să fie inteligibil, ar trebui să se refere clar și precis la domeniul de aplicare și consecințele prelucrării datelor. Consimțământul specific nu se poate aplica unui set deschis al activităților de prelucrare. Aceasta înseamnă, cu alte cuvinte, că contextul în care consimțământul este acordat este limitat. Consimțământul trebuie să fie dat în legătură cu diferitele aspecte ale prelucrării, în mod clar identificate. Acesta condiție privește în special datele care sunt prelucrate și scopurile prelucrării.”* (n.n. traducerea și adaptarea noastră). [192], [63]

În cadrul orientărilor privind consimțământul din 2018, Grupul de lucru a considerat că: *„Mecanismele de consimțământ trebuie să fie detaliate nu numai pentru a îndeplini cerința privind caracterul „liber”, ci și pentru a satisface condiția referitoare la caracterul „specific”. Acest lucru înseamnă că un operator care solicită consimțământul pentru o serie de scopuri diferite ar trebui să ofere o opțiune separată pentru fiecare scop în parte, astfel încât să permită utilizatorilor să acorde un consimțământ specific pentru scopuri specifice. În cele din urmă, operatorii ar trebui să furnizeze informații specifice, împreună cu fiecare cerere separată de consimțământ, referitoare la datele care sunt prelucrate în fiecare scop, pentru ca persoanele vizate să fie conștiente de impactul diferitelor opțiuni pe care le au la dispoziție.”* [195]

Pe de altă parte, aceste Ghiduri oferă o analiză amănunțită a conceptului de Consimțământ din Regulamentul 2016/679, Regulamentul unic, Regulamentul general privind protecția datelor (denumit în continuare GDPR), a conceptului de consimțământ aplicat în Directiva privind protecția datelor (The Data Protection Protection), a Regulamentului în continuare denumit Directiva nr. 95/46/CE, precum și Directiva privind confidențialitatea și comunicațiile electronice, în vigoare. GDPR oferă clarificări și detalii suplimentare cu privire la cerințele necesare pentru obținerea și exprimarea consimțământului valid. Aceste linii directoare

abordează aceste inovații, oferă îndrumări practice pentru a asigura conformitatea cu GDPR și se bazează pe Avizul nr. 15/2011 privind licențierea. [175]

Consimțământul este unul dintre cele șase temeuri legale pentru prelucrarea datelor cu caracter personal, care sunt prevăzute la articolul 6 din GDPR. Atunci când inițiază activități legate de Prelucrarea datelor cu caracter personal, operatorul de date trebuie să evalueze întotdeauna dacă Consimțământul „temeiul juridic adecvat pentru Prelucrarea intenționată sau o altă bază trebuie identificată”. În general, consimțământul poate fi baza legală adecvată numai dacă persoanei vizate i s-a acordat controlul și capacitatea de a face o alegere reală în ceea ce privește acceptarea sau respingerea condițiilor date sau respingerea acestora fără a prejudicia. Atunci când este solicitat un Consimțământ, un operator de date este responsabil pentru a evalua dacă această solicitare îndeplinește toate criteriile pentru acordarea Consimțământului valid. Atunci când este obținut în deplină conformitate cu GDPR, Consimțământul este un instrument care oferă persoanelor vizate controlul asupra faptului că informațiile lor personale sunt sau nu prelucrate. În caz contrar, controlul asumat de persoana în cauză devine o iluzie, iar Consimțământul va fi o bază invalidă pentru prelucrare, astfel încât munca lucrării este ilegală. Același punct de vedere îl găsim în Avizul nr. 15/2011 privind definirea Consimțământului (WP 187), și/sau Avizul nr. 06/2014 privind luarea în considerare a cerințelor legale ale operatorilor de date în temeiul articolului 7 din Directiva 95/46/CE (WP 217). [159]

Actualul aviz al Grupului de lucru privind articolul 29 (GL29) privind consimțământul este relevant, cu condiția să fie în concordanță cu noul cadru legal, astfel cum este prevăzut la articolul 29 din Grupul de lucru GDPR, și cu bunele practici generale și cu aspectele importante, elemente ale Autorizației prevăzute în Avizul nr. 15/2011 privind definirea Consimțământului (WP 187), care a rămas același în conformitate cu GDPR. În consecință, GL29 în acest document dezvoltă și completează opiniile anterioare cu privire la domeniul specific prin includerea, mai degrabă decât înlocuirea referințelor, la Aprobarea acestora conform Directivei 95/46/CE.

La fel ca în Opinia nr. 15/2011 privind definirea Consimțământului se precizează o solicitare adresată persoanelor fizice de a-și da consimțământul la o *Prelucrare a Datelor* care trebuie să fie supusă unor criterii stricte, întrucât se referă la drepturile fundamentale ale persoanelor vizate, și urmărește ca administratorii bazei de date să acceseze *Prelucrarea datelor*, deoarece prelucrarea ar fi ilegală fără acordul persoanei în cauză. Rolul crucial al consimțământului este evidențiat de articolele 7 și 8 din Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene. În plus, primirea

Consimțământului nu înlătură, și cu atât mai puțin atenuează obligațiile de a respecta funcțiile specificate de GDPR, în special articolul 5 din GDPR în ceea ce privește corectitudinea, necesitatea și proporționalitatea, precum și cu privire la calitatea datelor. Chiar dacă prelucrarea datelor cu caracter personal se bazează pe consimțământul persoanei vizate, colectarea datelor care nu sunt necesare în legătură cu scopurile specifice ale prelucrării nu este legală și este, în general, nedreaptă.

Între timp, GL29 a revizuit Directiva privind confidențialitatea și comunicațiile electronice (2002/58/CE). Conceptul de Consimțământ în contextul Regulamentului privind confidențialitatea și comunicațiile electronice rămâne legat de conceptul de Consimțământ de includere din GDPR. Companiile au cele mai multe mesaje online sau conversații de marketing și orice gestionare online, inclusiv utilizarea cookie-urilor sau a programelor sau a altor instrumente software, necesită consimțământ în conformitate cu Directiva ePrivacy. GL29 a prezentat recomandări și îndrumări legiuitorului european cu privire la Regulamentul ePrivacy. În ceea ce privește actuala directivă privind confidențialitatea electronică, GL29 observă că trimiterile la Directiva 95/46/CE menționată mai sus ar trebui să fie legate de trimiterile la GDPR. [160] Același concept se aplică consimțământului configurat de actuala Directiva 2002/58/CE, chiar dacă Regulamentul privind confidențialitatea electronică nu s-ar aplica de la 25 mai 2018. În temeiul articolului 95 GDPR, alte obligații față de persoanele fizice sau juridice în temeiul Legii privind furnizarea de la persoane alese, disponibile publicului, Serviciile de comunicații electronice prin rețele publice de telecomunicații nu pot fi efectuate dacă Directiva privind confidențialitatea electronică impune sarcini specifice cu același scop. GL29 notează că condițiile pentru Consimțământ în conformitate cu GDPR nu sunt considerate ca o „obligație suplimentară”, ci ca și condiții pentru profesia de avocat. Prin urmare, cerințele GDPR pentru obținerea consimțământului valid se aplică în circumstanțe reglementate de Directiva privind confidențialitatea electronică. [158]

2.2.2. Lacune legislative și dificultăți practice

În februarie 2023, Avocatul Poporului a solicitat Ministerului Sănătății să abordeze o serie de lacune legale legate de incapacitatea unui pacient de a-și da consimțământul pentru comunicarea informațiilor sale medicale membrilor familiei. Aceasta include și pacienții care, de

exemplu, ajung în instituții medicale în coma. Ombudsmanul a emis o propunere în acest sens. [156]

„Procurorul, prin Oficiul Regional Brașov, a formulat plângere din oficiu, în temeiul art. 16 paragraf. (1) din Legea nr. 35/1997 privind organizarea și funcționarea Avocatului Poporului, care a fost publicată, de asemenea, după sesizarea dificultăților cu care se confruntă rudele pacienților decedați în obținerea de informații medicale despre diagnostic, tratamentul administrat, alte informații medicale despre situația pacientului în tratament, în cazul în care pacientul nu a putut să-și dea consimțământul pentru comunicarea datelor medicale cu caracter personal (cum ar fi atunci când un pacient este în comă, incapabil să se exprime sau inconștient)”.

Institutul a precizat că, de-a lungul timpului, au fost aduse la cunoștință de mai multe împrejurări semnalate de petenți, care s-au confruntat cu obstacole în obținerea de informații medicale despre rudele persoanelor internate care au fost internate fără familie, și care pot contacta sau obține informații despre starea lor de sănătate”, au spus reprezentanții agenției.

Legea nr. 46/2003 garantează drepturile pacienților în temeiul art. 21–22. Starea pacientului, rezultatele testelor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, informațiile personale, sunt confidențiale, chiar și după deces, cu excepția cazului în care pacientul își dă consimțământul sau este cerut în mod expres de lege. [18] Moștenitorii au acces la toate fișele medicale ale pacientului decedat doar pe căile legale.

Potrivit companiei, prevederile Legii nr. 46/2003 nu conțin situația în care pacientul nu a putut face dovada pentru furnizarea de informații medicale personale pe perioada spitalizării sau pentru serviciile de sănătate prestate după deces. [189] „În acest sens, Procurorul, prin ordinul nr. 171 din 14 decembrie 2022, a prescris măsurile legale necesare pentru modificarea cadrului legal existent prin introducerea unei excepții la prevederile art. 22 din Legea nr. 46/2003, prin care se reglementează situația în care pacientul este în imposibilitatea de a-și exprima consimțământul către departamentul de sănătate, cu privire la indicația de a i se da persoanei împuternicite în timpul vieții, și astfel societății i s-a transmis și o referire la „informații confidențiale referitoare la management chiar și după moarte”.

Așa a apărut necesitatea completării Legii 46/2003 și, astfel în data de 2 martie 2023 a fost publicat în Monitorul Oficial al României Ordonanța de Urgență nr.6/2023 prin care s-a introdus în art. 24 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, numărul 1. 51 din 29 ianuarie 2003, cu modificările și completările ulterioare,

respectiv, un nou alineat după alineatul (2), alineatul (3), care prevede: „(3) În cazul în care pacientul nu își poate exprima consimțământul cu privire la informațiile prevăzute la art. 21 și decesul său a survenit prin excepție de la art. 22, aceste informații pot fi furnizate, la cerere, următoarelor persoane, în ordinea de mai jos: a) soțului supraviețuitor; b) descendenților; c) ascendenților/tutorilor; d) rudelor în line colaterală până la al patrulea grad inclusiv.”

Toate acestea măsuri sunt menite să permită guvernului responsabil să asigure stabilirea unui set de măsuri care să protejeze pacienții, să se asigure că drepturile lor sunt respectate și că au fost tratați corect sau au beneficiat de serviciile medicale necesare, dar numai în măsura în care informațiile personale sunt protejate deoarece, potrivit legii, pacientul are acces la informațiile medicale personale, precum dreptul de a desemna o altă persoană să depună mărturie în locul ei, cu acordul pacientului, numele persoanelor care au informat datele personale ale pacientului cu privire la starea de sănătate a acestuia, rezultatele diagnosticului, analizele, prognosticul, tratamentul.

În cazurile neprevăzute de lege și în lipsa unor reglementări, sunt normele legale aplicabile în aceleași împrejurări iar, în lipsa acestora, principiile generale ale Codului civil sunt pe deplin aplicabile. [175]

În cazul unui pacient care nu poate sau nu dorește să își dea consimțământul, ordinul ar trebui să furnizeze informații despre pacient familiei/legaților săi într-un caz dat și ar trebui să devină o excepție făcută în alte cazuri decât cele în livrarea către pacient, din dorința de a păstra confidențialitatea informațiilor de sănătate. [177]

Există, de asemenea, posibilitatea ca familia să facă acest lucru în cazul unui eveniment subit care duce la decesul pacientului, pentru care autoritatea a fost informată că asistența medicală este absolut în imposibilitatea de a-și exprima opinia cu privire la utilizarea informațiilor medicale personale, și pentru a obține astfel de informații numai în temeiul unei hotărâri judecătorești.

Dintr-o altă perspectivă, provocările practice includ recunoașterea drepturilor pacienților, care este cel mai eficient mod de a preveni acuzațiile de malpraxis împotriva medicilor. Legea nu poate justifica un comportament rău. Prin recunoașterea drepturilor acestor pacienți, profesioniștii medicali își pot modifica atitudinile și comportamentele pentru a evita să fie acuzați de infracțiuni. Metoda de cercetare aleasă este de a examina acțiunile de reglementare existente pentru a informa mai bine pacienții și clinicienii despre consimțământul informat, natura și conținutul acestuia,

aspectele specifice ale descoperirii, implicațiile legale și implicațiile din practica medicală clinică. [158]

Este necesar să se înțeleagă datele pentru luarea deciziilor clinice de către medici și pacienți, precum și elementele care modelează modul în care sunt luate deciziile astăzi. Drepturile fundamentale ale omului provin din recunoașterea condiției umane, a inalienabilității vieții și a libertății, în special a persoanelor aflate în dificultate. Principiul central este conceptul de autodeterminare, care presupune că fiecare individ este responsabil pentru propriile sale acțiuni și corp. Este important de subliniat că fiecare decizie aparține pacientului, cu medicul ca și consilier. Deoarece autonomia și responsabilitatea indivizilor, inclusiv a celor care au nevoie de îngrijiri medicale, sunt considerate valori importante, participarea sau neparticiparea la deciziile referitoare la corpul sau sănătatea fiecărei persoane ar trebui recunoscute drept drepturi universale.

2.3. Concluzii la capitolul al II-lea

Orice pacient are dreptul legal să decidă ce proceduri medicale pot fi aplicate corpului său. acordul informat al pacientului fiind un imperativ pentru orice intervenție medicală. Pentru a decide însă în cunoștință de cauză pacientul trebuie să fie complet informat asupra stării lui de sănătate, asupra procedurilor medicale propuse, despre riscurile potențiale și beneficiile fiecărei proceduri, despre alternative la procedurile propuse, despre diagnostic, prognoza și progresul tratamentului.

Obținerea consimțământului informat are implicații și consecințe de natură etică, juridică și, nu în ultimul rând, aspecte practice care ar trebui cunoscute atât de medici cât și de pacienți pentru o bună aplicare a lor.

Conform prevederilor legale din România și Republica Moldova, pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.

De asemenea, Convenția de la Oviedo, care este un instrument juridic obligatoriu transnațional în domeniul drepturilor omului din punct de vedere medical, prevede în articolul 5 că o intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și a

dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză. În acest context pacientul trebuie să primească în prealabil informații adecvate în privința scopului și naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și riscurilor.

La rândul său, Carta Europeană a Drepturilor pacienților Uniunii Europene, în art 3. și 4 stipulează dreptul la informare și consimțământ informat al pacienților.

Putem privi consimțământul informat al pacientului ca pe o componentă intrinsecă a actului medical, ce nu poate fi disociat de acesta. Așadar se poate spune că actul medical presupune cel puțin două componente esențiale: o componentă etică care include informarea pacientului și obținerea consimțământului acestuia cu privire la ce urmează să i se întâmple și una științifică, care include procedeele de prevenție, diagnostic și tratament propriu-zis.

3. IMPLICAȚII INTERDISCIPLINARE ALE LIBERTĂȚII INDIVIDUALE

3.1. Elemente de drept penal, teologie și filosofie

Libertatea personală, ca drept fundamental al omului, este indisolubil legată de dreptul penal. Este deci necesar să se efectueze o analiză care să limiteze posibilele interferențe între libertatea personală și alte drepturi și libertăți fundamentale, la aplicarea limitelor legale ale libertății personale. Nu există drepturi absolute, dar alte libertăți sau drepturi fundamentale sunt afectate și de exercițiul intern al dreptului, de inviolabilitatea corespondenței și de viața intimă de familie și privată. Prin urmare, acestea vor fi analizate împreună.

Încălcarea drepturilor omului conduc și la consecințe ale încălcării libertăților omului. Limita este foarte strictă, întrucât este legiferată constituțional în art. 53. Desigur, este de natură generală și nu poate acoperi toate situațiile specifice care pot apărea în realitatea socială. Principalul lucru este să fie respectate limitele astfel stabilite în comparație cu beneficiarii limitării posibilității de restrângere, competența și previzibilitatea restricției, motivele posibile, necesitatea într-o societate democratică a proporționalității situației care o determină prin aplicarea nediscriminatorie și, în special, necesitatea imaterialității existenței dreptului sau libertății. Doar respectând aceste condiții, individul poate fi liber, chiar și în democrație, deoarece democrația liberală se întemeiază pe libertate și egalitate, având drept scop libertatea și egalitatea ca mijloc de atingere a scopurilor societății. Nu este adevărat că abuzul asupra drepturilor omului conduce întotdeauna în final la imoralitate și corupție, adică la o formă de imoralitate care necesită adoptarea unor proceduri urgente pentru eradicarea acestei forme de corupție ca și cale ce poate duce la distrugerea, degradarea societății. [158]

Potrivit art. 28 din Constituția României și art. 30 din Constituția Republicii Moldova, „Confidențialitatea scrisorilor, telegramelor, altor trimiteri poștale, convorbirilor telefonice și a altor mijloace de comunicare licite este inviolabilă” iar potrivit art. 26 alin. (1) și, în consecință, art. 28 „Autoritățile publice trebuie să respecte și să protejeze viața intimă, familială și privată”. [202]

Reglementări care au drept scop protejarea acelorași drepturi regăsim și în art. 8 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, în art. 12 din Declarația Universală a Drepturilor Omului, dar și prin prevederile art. 17 din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice [157]

După cum se poate observa, aceste două drepturi, deși prevăzute expres în Constituția României, sunt legate în principal de viața intimă de familie și privată, ceea ce este în concordanță cu prevederile cuprinse în toate constituțiile statelor democratice. Acest drept presupune ca fiecare persoană să se bucure de intimitatea vieții sale private, ca dreptul său la imaginea sa, să fie respectat, ca datele sale personale să nu fie făcute publice fără consimțământul său expres, cerințe care sunt din ce în ce mai greu de respectat în lumea de astăzi din cauza dezvoltării fără precedent a mass-media. Așadar, reglementarea constituțională a secretului corespondenței este, în opinia noastră, un fel de tribut în raport cu familia intimă și viața privată, care la rândul său este subordonată familiei numeroase în raport cu drepturile și libertățile fundamentale.

Instituirea constituțională a secretului corespondenței se reflectă și în problema dreptului material prin incriminarea faptei de încălcare a secretului corespondenței, prevăzută și pedepsită prin art. 227 din Codul penal și, ca o garanție suplimentară, fapta dezvăluirii unui secret profesional, prevăzută și pedepsită de art. 302 din Codul penal [103].

Analizând prevederile convenționale, constituționale și legale menționate anterior, reiese că dreptul la secretul corespondenței nu este absolut și poate fi limitat din motive impuse într-o societate democratică de necesitatea protejării și securității naționale, efectuarea cercetărilor penale, prevenirea acestora din urmă și alte asemenea imperative publice. Potrivit articolului 1, alin. 1 din Partea a 3-a a Constituției: „România este un stat democratic și social de drept, în care demnitatea umană, drepturile și libertățile cetățenilor, libera dezvoltare a personalității umane, justiția și pluralismul politic sunt cele mai înalte valori. și sunt garantate”. Pentru a apăra efectiv toate aceste valori, în unele cazuri și în condiții strict reglementate, este necesară limitarea exercitării chiar și a unor drepturi și libertăți fundamentale.

Omul a fost creat după chipul și asemănarea lui Dumnezeu și, datorită libertății sale, este ființă spirituală fără asemănare din ierarhia cosmosului. El este rezultatul unui act unic din partea Divinității, care i-a conferit calități divine la o scară corespunzătoare statutului său de ființă contingentă, creată și relativă.

Dumnezeu îi acordă omului spațiul de folos pentru activitatea sa spirituală prin crearea lumii exterioare, care îi permite să-și folosească în mod liber toate puterile dăruite de divinitate. În cartea Facerii din *Sfânta Scriptură* găsim îndemnul dat de Dumnezeu omului: „Creșteți și vă înmulțiți și umpleți pământul și-l supuneți; și stăpâniți [...] peste tot pământul” (Facere I, 28). În acest fel, omul dobândește controlul asupra întregii creații, unde libertatea sa este chemată să acționeze într-

o manieră constructivă și nu distructivă. Dar, înainte ca o persoană să-și poată exercita suveranitatea, trebuie să fie pe deplin și perfect stăpână pe propriile puteri personale, ceea ce înseamnă că trebuie să fie liberă și stăpână pe propria voință. Faptul că omul a primit de la Dumnezeu libertatea voinței vedem din cartea Deuteronom a Sfintei Scripturi, atunci când Dumnezeu se adresează omului cu cuvintele: „[...] viață și moarte ți-am pus Eu astăzi înaintea, și binecuvântare și blestem. Alege viața ca să trăiești tu și urmașii tăi.” (Deuteronom XXX, 19).

Sfinții Părinți ai Bisericii recunosc că, în om calitatea fundamentală a chipului lui Dumnezeu este libertatea. Tertulian arată că: „Nimic nu exprimă mai bine chipul și asemănarea lui Dumnezeu”, decât faptul că „omul este zidit liber cu privire la decizia sa și la puterea sa”. Sfântul Grigorie de Nyssa afirmând spiritualitatea chipului originar al omului arată că Dumnezeu nu a putut să-l facă pe om decât „o liberă și nobilă inteligență”.

În gândirea Sfântului Grigorie de Nyssa, libertatea nu este o însușire a naturii, ci natura însăși. Intenția lui Dumnezeu de a face din libertate structura singulară a chipului a dedus-o din faptul că la origine viața omului era simplă, adică neamestecată de niciun fel de rău care să exercite vreo constrângere. Însă această structură a chipului nu este ceva împlinit, ci în curs de conturare, o capacitate dinamică a chipului, orientată spre libertate. El mai spune că omul, fiind creat după chipul lui Dumnezeu „arată că este un caracter regesc...îmbrăcat în virtute”. Libertatea este urcușul permanent către Dumnezeu, origine infinită și necondiționată a spiritului uman. Atunci când dorește omul se aseamănă îngerilor, pentru că „nimic nu îl oprește să progreseze la infinit”. Omul trebuie mai apoi să discearnă între bine și rău, să caute asemănarea cu Divinul numai din voință proprie și nu prin constrângere.

Aflat la confluența a două lumi, cea spirituală și cea materială, omul împărtășește fiecare dintre calitățile lor fundamentale: libertatea spirituală și necesitatea fizică sau, altfel spus, omul se poate mișca cu un anumit grad de libertate în cadrul necesității fizice. Sfântul Ioan Damaschin demonstrează în cartea sa *Dogmatica* că, în timp ce firea este cea care controlează ființele fără rațiune, ea este controlată de om pentru că acesta este liber să se miște după bunul său plac.

Omul este înzestrat cu libertate fiind o ființă spirituală și individuală, acest lucru permițându-i să-și exprime voința, gândurile și conștiința în lume. Capacitatea de a fi liber a omului îi dă acestuia posibilitatea să-și exprime libertatea din adâncul ființei sale printr-un act de voință care îl distinge de un „altul” și îi permite să existe ca un „eu”.

Datorită libertății, omul are posibilitatea de a se cunoaște și de a fi cunoscut, de a se descoperi și de a fi descoperit.

În încercarea de a include conceptul de libertate în parametrii definiției, adică libertatea ca „Enciclopedia Filosofiei și Științelor Umane – DeAgostini” este „absența obstacolelor și constrângerilor care garantează liberul arbitru și determinarea individuală a acestuia”. Aceeași enciclopedie admite în continuare că această interpretare generală este produsul gândirii istorice, care explorează legăturile dintre libertate și alte concepte precum: autodeterminare, voință, deci adică am subliniat relația dintre libertate și divinitate în mai multe moduri. Vom considera pe primul doar ca și categorie, iar pe celelalte două ca derivate în mod natural.

Un exemplu de definire a libertății ca autodeterminare este dat de Aristotel, care în lucrarea sa „Etica Nicomahică” distinge între acțiunile involuntare care apar sub constrângere și acea voință, care este principiul ei în persoana, actorul, care mai arată că, pe lângă voință, și tendința spre bine, mai este necesară și alegerea mijloacelor pentru a ajunge la zidul obiectivului tocmai pornind de la aceste tendințe. Poziția lui Aristotel a dat naștere unei definiții specifice a libertății, conform căreia doar cei care dețin propriile afaceri sunt liberi. De remarcat că în gândirea lui Aristotel el a luat în considerare două aspecte ale libertății, dintre care unul este automat doar tendința sa spre bine. El a numit-o legământ, dar știm că a simțit cu adevărat libertatea despre care a vorbit Sfântul Grigorie de Nyssa secole mai târziu, definind-o ca fiind capacitatea umană de a conduce, de a lua o decizie. [86]

Gândirea lui Aristotel a fost preluată mai târziu de stoici și epicurieni, iar unele dintre idei au ajuns la filozofii moderni, care ne-au lăsat să-l numim pe G. W. Leibniz, care a susținut în Teodicee că libertatea este o proprietate a lucrurilor care: „Libertatea este în minte, ceea ce înseamnă cunoașterea clară a ceea ce este perceput în context, și cu care stabilim pentru noi înșine, adică prin eliminarea necesității logice sau metafizice, un lucru liber pe care el îl alege pentru el însuși și după scopul bunătații este cunoscut de mintea, care îl călăuzește, fără a fi sigur de nimic .” În ceea ce privește concepția lui Leibniz despre libertate, se poate susține că în spatele limbajului rațional, care nu face altceva decât să reducă subiectul uman la substanță, ideea originală a lui Aristotel este în mare măsură păstrată și, prin urmare, nu prea departe de conceptul creștin de libertate.[73]

3.2. Libertatea în concepția existențialistă

Dintre toate mișcările filozofice, existențialismul a fost cel care a abordat cel mai profund și mai realist problema libertății umane.

Enciclopedia Filosofiei și Științelor Umane definește existențialismul ca „o mișcare culturală și filozofică care s-a dezvoltat în Europa de Vest între cele două războaie mondiale, care a susținut o redescoperire a vieții, singurătatea. ” Cu alte cuvinte, existențialismul îl confruntă pe om cu propria sa existență și îl invită la izolare subiectivă în fața oglinzii ființei sale. În existențialism, omul este condamnat la contemplație, precum și la singurătate.

Cel puțin, marele minus al existențialismului în direcția franco-germană, așa cum este prezentat de Jean-Paul Sartre și Martin Heidegger, este că nu îl îndepărtează pe Dumnezeu din ecuația umanității, ci se deghizează în ateism sau nihilism. Din fericire, au existat și existențialiști profund creștini, precum Søren Kierkegaard sau F. M. Dostoievski, care, deși au urmat aceeași idee de a analiza existența umană, au spus mereu că omul însuși este măsura tuturor lucrurilor și în plus, se identifică cu Dumnezeu, care examinează cu răceală fiecare acțiune pe care o face în deplină libertate. Mai mult, tema libertății este unul dintre laitmotivele existențialismului, iar modurile diferite în care este analizată vor apărea în mod firesc din diferențele în raport cu divinitatea celor de analizat. Enciclopedia menționată mai sus rezumă conceptul existențialist al libertății astfel: „Pentru existențialism, libertatea umană are două aspecte: dintr-un punct de vedere, prin libertate, omul își asumă propria responsabilitate, ia decizii creative în viața sa, în proiectele sale; din alt punct de vedere, libertatea este o sursă de anxietate, pentru că ea lasă condiția umană într-o lume a lipsei de sens evident”. Din această expunere general-universală, putem vedea acel existențialism care preia unele dintre adevărurile creștinismului, chiar dacă nu este intenționat, sau chiar intenționează; adică înțelegerea a două tipuri de libertate: pe de o parte, voința strâns legată de ideea de responsabilitate, iar pe de altă parte, libertatea ontologică, definită ca voința omului numai de a face bine; libertate, prin natură, la care omul aspiră și suferă foarte mult doar atunci când nu reușește să o realizeze. [44]

În cele ce urmează, ne vom ocupa de fiecare dintre cei doi filosofi menționați în introducere și aleși ca etalon pentru fiecare formă de existențialism: ateul și creștinul, care reprezintă fiecare relația fiecărui om cu Dumnezeu și, în consecință, conceptul de libertate a fiecărei persoane.

Jean Paul Sartre descrie relația sa cu Dumnezeu în lucrarea sa „Existentialism Humanism”, care a fost creată pentru a clarifica și a stabili ideile filozofiei existențialiste: „Existențialismul

ateu pe care îl reprezintă este mai coerent. Dacă nu există Dumnezeu, atunci cel puțin există o ființă care există înaintea esenței ființei, înainte ca ea să poată fi definită prin orice concept: această ființă este omul sau, așa cum îl numește Heidegger, iar adevărul uman înseamnă în acest caz a exista înaintea esenței. Pentru o persoană, a exista înseamnă a se regăsi pe sine însuși, a prinde viață în lume și abia apoi a fi definită, o persoană nu poate fi definită ca nimic la început. El va exista așa cum acționează. Astfel, natura umană nu există, pentru că nu există un Dumnezeu conceput, ci și o persoană care vrea să fie concepută ființă, după ce și-a dat impulsul de a fi: omul nu este altceva decât ceea ce face din sine. Acesta este principiul existențialismului. „Reiese clar din aceste cuvinte că Sartre nu este un ateu, dar el alege să-L îndepărteze pe Dumnezeu din ecuația umană pentru a-l putea defini pe om drept singurul legiuitor al egalității umane și pentru a-l elibera de orice formă de determinare și în final. pentru a-l expune existenței sale goale și solitare, teorie pe care se bazează și conceptul de libertate al lui Sartre [39].

Dar pentru a defini libertatea umană, Sartre întemeiază conceptul de „absență a lui Dumnezeu”, conceptul de umanitate, conceptul de neant. Astfel, potrivit lui Sartre, „nu se poate spune că nimic nu este, ci se autodistruge”. Doar ființa poate fi neașteptată. Omul, fiind pentru sine, nu aspiră la nimic. Nimic nu aparține lumii umane. Analiza ființei pentru sine arată că omul, fiind sursa nimicului, nu trebuie să poarte nimic în el. Este vorba despre calitatea de a nu înțelege că nimic nu se va întâmpla în toate. Omul există în sine, în trupul său, prin el însuși și prin obiceiurile sale. Dar lucrul special al omului este nimic. „De aceea, vedem în concepția lui Sartre, că omul nu este preferat fiind considerat nimic. Având în vedere despărțirea sa de Dumnezeu, el nu ar fi putut avea nicio altă soartă. Dar cum se poate dezvolta ideea de libertate într-o atmosferă de neant total? În mod ironic, Sartre dezvoltă conceptul de libertate din neant: „Nimic din propria ființă nu este mai clar vizibil în libertate. Dacă omul ar fi determinat de tatăl lui, nu ar putea alege acum. Sau alege, adică distruge trecutul. El dorește ceea ce nu există. Libertatea nu poate fi înțeleasă ca o proprietate în sine. Este identic cu el însuși. Prin urmare, în sensul omului Libertatea este libertate. Libertatea se manifestă în suferință. Acesta este un concept creat de omenire ca nimic, adică libertate. Omul încearcă să scape nu numai din libertate, adică din viitor, ci și din trecut. Dar omul nu se poate salva de mizerie, pentru că este propria lui mizerie. [27]

Prin urmare, în concepția lui Jean-Paul Sartre, libertatea este sinonimă cu omul. Dacă această concepție ar face parte dintr-un sistem logic care a fost menit să transcende cu adevărat natura umană, nu ar fi greșit să identificăm libertatea cu existența sau natura omului; este doar o

parte din imaginea lui Dumnezeu în om și, prin urmare, un dar ontologic. Dar astfel ne aflăm în fața unei concepții confuze despre om, condamnat la distrugere, și în care libertatea însăși nu își găsește niciun scop și nu are identitate. Libertatea în concepția lui Sartre este, pe de o parte, suma tuturor deciziilor pe care omul le ia în viață și, pe de altă parte, vocea care îl întreabă pe om care este scopul acestei libertăți, care i-a conferit această alegere. Acesta din urmă nu este nimic, vocea libertății trece de la întrebări la plâns, adică suferință, și nu înseamnă nimic în viață.

Mai mult, libertatea lui Sartre poate fi observată ca o distincție între libertatea ca forță care determină omul și libertatea ca forță care îl determină pe om. Se poate spune că el înțelege că liberul arbitru nu este definiția libertății, că adevărata libertate este instinctul omului pentru un adevăr superior în care se află; dar în absența lui Dumnezeu, pe care filosofia sa existențialistă o respinge cu forța, el nu are altă viziune decât nimic. Libertatea, la rândul ei, nu este altceva decât mama nimicului și, în același timp, hrana nimicului. Un paradox ciudat care decurge dintr-un gând și care începe în afara adevărului evident. [25]

Filosoful danez Søren Kierkegaard, se opune radical relației sale cu Dumnezeu. Pentru el, existențialismul prin definiție analizează omul atât în sine, cât și în divinitate. O analiză a gândirii existențialiste a lui Kierkegaard, o face conf. universitar Dr. Viorel Cernica, de la Facultatea de Filosofie a Universității din București: "Ipotetica existență se bazează pe existența omului, dar nu ca animal, ci ca individ izolat care este în totalitate determinat de libertatea lui. Individul, pentru a determina de partea cui se află: adică de partea bună sau cea rea, apelează la libertate, și cu toate acestea, persoana care are libertate, provine din suferință, de fapt din dualitatea originară a omului, trup și suflet cu ajutorul Spiritului fiind astfel adevărat că existența individuală este limitată de un program existențial care poate duce la existența unui individ adevărat, plin de credință și echilibrat divin.

Acest „program existențial” despre care vorbește Kierkegaard nu este altceva decât călătoria între a te cunoaște pe sine într-un anumit moment al existenței și a te cunoaște prin suferință, care te apropie de divin. Cu alte cuvinte, a trăi în mod conștient, a fi născut mai întâi din suferință sau, așa cum o numește adesea Kierkegaard, mizerie și, din care cauză, se poate înțelege starea de păcătoșenie, care este singura cale către poziția de drepti a omului în fața lui Dumnezeu. Mai mult, preocuparea acută a filosofului danez pentru transcendență este surprinsă foarte bine în descrierea acelui program existențial care cuprinde: „pasiunea pentru lipsit de sens, posibilitatea

de a se îndrepta către verticala eternității, linia tăiată pe orizontală a lentilei; timp, conștiință vinovăție” [20]

În acest sens, putem vorbi cu încredere despre diferența dintre ateu și teist, în secțiunea consacrată lui Jean-Paul Sartre și Christian Søren Kierkegaard. În timp ce pentru cel dintâi, ființa în cele din urmă nu devine nimic, pentru cel din urmă, sensul ființei stă în transcendent, în eternitate, în divin. [114]

Din perspectivă teologică, această diferență apare și în conceptul de libertate ca sursă naturală a acestei diferențe. După cum am văzut, pentru Sartre, libertatea s-a încheiat în anihilare, ceea ce este absurd la nivelul logicii antropologice. Situația nu este aceeași cu Kierkegaard, care se plasează din nou diametral opus filozofului francez. Diferența dintre gândirea nihilistă despre libertate și gândirea existențialist-creștină este că nihilismul este o neînțelegere a libertății însăși, așa cum subliniază Mădălina Diaconu, fost profesor la Facultatea de Filosofie a Universității din București. Astfel, nihilistul crede că altceva este ignorat sau opus, deoarece existența altor mijloace, în opinia sa, este o limitare a propriei libertăți. Toate acțiunile negative ale nihilistului urmăresc să aibă libertate absolută, scopul său principal este să fie eliberat de orice atașament față de o altă persoană care nu se determină pe sine, față de o realitate exterioară care nu depinde de el; în general, chiar la divinitate. Stirner a rezumat tot ceea ce vor nihilistii: „Nimic nu va fi mai presus de mine!” (...) Aceasta arată că nihilistul are o înțelegere greșită a libertății, comparând-o cu o realitate neatașată, nu cu dependența sa. Totuși, aceasta este doar o libertate formală, negativă, abstractă (a nu fi dependent de cineva sau de ceva), și nu una reală, concretă, pozitivă [113]. Libertatea conținutului, deci libertatea adevărată, pentru Kierkegaard, înseamnă a fi bun, a fi în prezența lui Dumnezeu. Dumnezeu este cel care determină limitele libertății și predetermină posibilitatea acelei relații unice, corecte între el și persoana care stabilește aceste relații, iar adevărata libertate constă în apropierea liberă a celor care sunt dăruți și, prin urmare, a fi complet dependent de libertate. După cum notează Fahrenbach, starea de a fi în sine nu implică dependență de libertate, ci mai degrabă dorința de libertate, Kierkegaard vede natura absolută a puterii care o întemeiază și permite libertatea, la o stare de dependență: a pune ceva absolut înseamnă a elibera ceva, deci a-l elibera. [20]

Din prezentarea Mădălinei Diaconu rezultă că Kierkegaard și Fahrenbach au înțeles foarte bine misterul libertății umane, sau mai bine zis, că libertatea îi este dată de ceva liber și că Dumnezeu nu o folosește oferind libertate. Puterea lui asupra omului nu i-a dat suveranitate,

înțeleasă ca un fel de constrângere, ci i-a dat mai degrabă tocmai posibilitatea de a putea fi liber, adică să fie într-o relație cu omul sau să se afle într-o asemenea stare, libertatea eliberându-se de aceasta relație, adică de păcat, și astfel omul poate încă să se întoarcă la comuniunea cu Dumnezeu prin acte de virtute. [37]

Revenind la ceea ce a spus Viorel Cernica despre proiectul existent al lui Kierkegaard, trebuie amintit că el asociază relația omului cu Dumnezeu, cu conștiința stării de păcat, pe care o echivalează cu tristețea și în cele din urmă cu viața umană însăși. Acest lucru trebuie înțeles în sensul că omul, odată căzut în păcat, nu poate trăi decât independent sub imperiul conștiinței păcatului, care își îndreaptă mereu gândurile spre Dumnezeu. [20]

Ceea ce are cu adevărat sens pentru vechea gândire kierkegaardiană este că această conștientizarea permanentă a stării de păcat, deschide ușa către experiența adevăratei libertăți și, în același timp, îl conduce pe om să înțeleagă acea adevărată libertate, libertatea libertății. Libertatea în Dumnezeu: „Omul se manifestă cu libertate chiar și în starea de poticnire; dar este liber numai prin credință. Aceasta nu înseamnă că omul lui Dumnezeu nu este activ; el este activ ca o chemare către sine. Chemarea lui este nu de constrângere. Dacă ar fi așa, toți am fi mântuiți, de fapt nu am mai păcătui, nu am experimenta condițiile care există, nu am mai fi oameni. Cu credință, pentru că în această accepțiune Dumnezeu este considerat Om și omul fiind activ, pentru că la primele apeluri chiar dacă nu crede, la al doilea se poticnește și crede în libertate „Libertatea omului în starea de credință este însăși conștiința”.

Ca o concluzie generală despre gândirea existențialiştilor, trebuie spus în primul rând că existențialismul în sine nu este o tendință filozofică negativă. Dar, dimpotrivă, trebuie înțeles că omul trebuie să se analizeze pe sine în momentul existenței sale, să se pună sub microscopul ochiului său critic. Problema abordării existențialiste a fost să dea socoteală Curții Supreme pentru a determina judecata omului asupra sa. În primul rând, a existat o divizare între atei și existențialişti creștini. Primul, orbit de ideea că omul, cu toată splendoarea și golul lui, este singurul capabil să se analizeze pe sine, a ajuns la concluzia că el singur are dreptul să-și hotărască propria existență. Astfel, l-au exclus pe Dumnezeu din ecuația vieții umane. Acesta din urmă, explicat inteligibil, a înțeles că, deși omul se poate analiza pe sine, există o putere mai înaltă decât el, care trebuie să dea socoteală de existența sa. De aici au apărut firește diferențe în ceea ce privește conceptul de libertate. Primul, fără a-l exclude pe Dumnezeu din ecuația ființei, a declarat libertatea în existența umană, declarând că omul este liber doar în momentul în care ia o decizie,

declarând că este liber doar pentru sine și numai pentru sine. Omul, împreună cu libertatea sa în afara acestei vieți, se distruge pe sine. Acesta din urmă a înțeles că libertatea este într-adevăr un element ontologic al umanității și de aceea omul este liber de orice decizie, dar nu liber pentru sine, ci trebuie îndreptat către Cel care i-a dat libertatea; deci ontologic către la el. Ceea ce este de remarcat la ambele forme de existențialism este că ele înțeleg libertatea mai bine decât coordonata liberului arbitru, ci mai degrabă pătrund în misterul libertății ontologice, faptul că libertatea umană poate fi eliberată de orice libertate; Sfântul Grigorie de Nyssa a comparat acest lucru cu suveranitatea umană. Faptul că unii oameni au rățacit căutarea libertății se datorează, fără îndoială, relației lor incorecte cu revelația divină.

3.3. Influența interdisciplinară asupra dreptului civil

De regulă, răspunderea delictuală se referă în primul rând la încălcarea unui drept sau a unui interes legal. În timpul procesului penal, chiar și cea mai mică greșeală în desfășurarea procesului penal poate echivala cu o astfel de încălcare a drepturilor. Astfel, drepturile de care se bucură stagiarii procedurali în cursul procesului penal au o dublă semnificație. Pe de o parte, încălcarea prevederilor legale este sancționată procedural prin anularea actelor astfel săvârșite (sau încetarea de drept, dezaprobarea, retragerea), iar, pe de altă parte, încălcarea dispozițiilor legislative dă dreptul la acțiune în justiție, și repararea daunelor. [73]

În unele împrejurări, nerespectarea sistemică a drepturilor procesuale în ansamblu se traduce printr-o încălcare a unui drept individual, care prevede un drept de acțiune în favoarea reclamantului pentru repararea prejudiciului material sau moral cauzat. Cu alte cuvinte și mai precis, dacă acțiunea autorităților judiciare încalcă durata rezonabilă a procedurii, prezumția de nevinovăție, dreptul la viață privată, dreptul la proprietate sau alte drepturi garantate de Convenția Europeană a Drepturilor Omului, încalcă – CEDO, reclamantul se poate adresa instanței civile pentru solicitarea de daune morale și/sau materiale, ulterior faptului. [150]

Curtea Europeană a Drepturilor Omului și instanțele naționale acordă în mod special despăgubiri pentru încălcarea drepturilor menționate mai sus, dar cred că lista este încă evidențiată. În funcție de faptele unice ale cazului, cred că un dosar de delict poate fi depus și pentru alte nereguli procedurale de o anumită amploare. De esență este însă poziția CEDO față de Drepturile Fundamentale ale Omului, printre care și dreptul la viață. [152]

Din punct de vedere procedural, procesul penal are două laturi: una penală și una civilă ultima desfășurându-se exclusiv după procedura civilă. Deci și din acest punct de vedere, soluționarea laturei civile a procesului penal cu privire la încălcarea libertății individuale, este o influență majoră a aspectului penal cu privire la răspunderea civilă, ce se soluționează cu aplicarea dreptului substanțial civil. [154]

3.4. Concluzii la capitolul al III-lea

Premisa abordării interdisciplinare a conținuturilor este aceea de a asigura unitatea cunoașterii și depășirea granițelor disciplinelor cunoscute unei persoane. Este unanim acceptat că, în viața de zi cu zi, nu folosim cunoștințe disparate acumulate la anumite discipline și nu valorificăm capacități specifice unei materii de studiu. Abordarea integrată a cunoașterii nu este un element de noutate, subliniindu-se, încă de la vechii greci, importanța transmiterii cunoașterii ca un tot unitar. Viața noastră este una complexă, unitară, prin urmare ar trebui să studiem fenomenele din perspectiva diferitelor discipline, intercorelate și, mai mult, din perspectiva valorificării învățării nonformale și informale în context formal.

Perspectiva interdisciplinară facilitează formarea unei imagini unitare asupra realității, dar și dezvoltarea unei gândiri integratoare. Corelațiile interdisciplinare sunt legături logice între discipline, în sensul că explicarea unui fenomen solicită informații și metode studiate la diferite materii. Acestea pot fi spontane sau planificate și pot fi legate de definirea unor concepte ori noțiuni, de utilizarea unor metode sau instrumente în contexte noi, de transferul unor valori și formarea unor atitudini prin diferite discipline.

Pe de altă parte, modul cel mai logic și profitabil de a rezolva această problemă a libertății este abordarea sa în contextul social propriu ființei umane, acela al vieții sale cotidiene, al relațiilor personale și de grup. Trebuie să precizez însă, că teoriile de tip pragmatic care s-au dezvoltat în jurul conceptului de libertate au început să se dezvolte în mod coerent și sistematic abia cu începutul erei moderne, debutând în primul rând în societatea britanică, începând cu secolul al XVII-lea.

Primul dintre autorii care a făcut o analiză de tip pragmatic, cu multă luciditate și coerență a fost Thomas Hobbes prin lucrarea *Leviatanul*, publicată în 1651. Aici se demonstrează printr-o expunere logică necesitatea pe care oamenii o au de a trăi în pace, de a se organiza în societăți (în

state) și de a ajunge la a accepta politica prin crearea statului ca o formă de reprezentare a intereselor mulțimii. Se pleacă de la premisa că omul are dreptul natural la a poseda, iar apoi, prin deducție se ajunge la formularea celorlalte teorii, fiecare fiind la rândul său o premisă pentru cea succesivă.

Libertatea privește mai mult individul însuși care are dreptul natural de a-și folosi propriile capacități în vederea asigurării supraviețuirii și a obținerii de avantaje proprii, dar în această paradigmă a libertății intervine societatea, alteritatea, celălalt care prin propria sa libertate o îngrădește pe a subiectului în discuție. De aici rezultă un alt principiu, o altă perspectivă asupra libertății, determinată de necesitatea păcii: „Din această lege naturală fundamentală prin care omului i se poruncește să urmărească pacea derivă o a doua lege: că un om este dispus, atunci când și alții sunt și câtă vreme consideră că este necesar pentru pace și pentru propria apărare, să se lipsească de acest drept asupra tuturor lucrurilor și să se mulțumească cu tot atâta libertate față de alți oameni cât ar îngădui el însuși altor oameni față de sine. Practic, se formulează ideea că omul are nevoie de un cadru propice de dezvoltare, un cadru care să-l ajute să pășească pe o cale pozitivă, să-i ofere sprijinul moral ca reper, acea structură care să-l călăuzească în gândire și acțiune. Este nevoie și de un organism care să pună în aplicare și să reprime contestatarii și pe cei care refuză respectarea regulilor. Practic, individul trebuie să accepte o anumită formă de libertate, așa spune asemănătoare cu democrația de astăzi, dar este evident, că tocmai această formă dovedește că omul nu poate avea libertatea deplină, iar acesta rămâne un concept circumscris unor modele și ideologii.

Nu poate exista libertate fără cunoaștere iar aceasta din urmă nu poate fi obținută decât prin intermediul abordării interdisciplinare.

4. ANALIZA COMPARATIVĂ A PROTECȚIEI DREPTURILOR INDIVIDUALE

4.1. Consimțământul informat în contextul avortului

4.1.1. Reglementari de drept civil în Europa

La sesiunea specială a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite, care și-a ținut lucrările în luna iunie 1999, guvernele țărilor au hotărât că „în condițiile în care avortul nu contravine legislației, în cadrul sistemelor de ocrotire a sănătății urmează a fi efectuată instruirea profesională a prestatorilor de servicii medicale și asigurată dotarea cu echipamentul medical necesar, precum și adoptate alte măsuri pentru ca avortul să nu comporte riscuri și să fie accesibil. Este necesar de a fi întreprinse măsuri suplimentare ce garantează ocrotirea sănătății femeilor”. [155]

În Uniunea Europeană, în data de 10 aprilie 2024, Comisia Europeană a decis să înregistreze o inițiativă cetățenească europeană *My Voice, My Choice: For Safe And Accessible Abortion* (*Viziunea mea, opțiunea mea: pentru avorturi sigure și accesibile*), așa cum s-a comunicat. [120]

Organizatorii inițiativei solicită Comisiei să prezinte o propunere de sprijin financiar acordat statelor membre pentru ca acestea să ofere posibilitatea întreruperii de sarcină în condiții de siguranță oricărei persoane din Europa care nu are acces la avort legal și în condiții de siguranță. Inițiativa nu se referă la acordarea dreptului la avort la nivelul UE, iar decizia de înregistrare trebuie privită în limitele articolului 168 alineatul (7) din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene și în limitele competenței UE care poate doar să sprijine acțiunea statelor membre în domeniul politicii de sănătate și al organizării și furnizării a serviciilor de sănătate, inclusiv sănătatea sexuală și reproductivă. Decizia de înregistrare a schemei este de natură legală și nu afectează concluziile finale juridice și politice ale Comisiei cu privire la schemă, cum ar fi „aceasta”, sau acțiunile pe care le va întreprinde, dacă este necesar, dacă inițiativa primește sprijinul necesar.

Întrucât acest aranjament supune cetățenii europeni criteriilor individuale stabilite în legislația relevantă, Comisia este acceptabilă din punct de vedere juridic. Comitetul nu a examinat încă fondul recomandărilor în această etapă.

După înregistrare, organizatorii au la dispoziție șase luni pentru a începe strângerea semnăturilor. Dacă, în termen de un an de la începerea perioadei de depunere, o inițiativă publică europeană primește cel puțin un milion de comentarii de susținere din partea a șapte state membre, Comisia va trebui să emită un răspuns oficial. Acesta va trebui să decidă dacă să se supună sau nu solicitărilor și să își justifice decizia.

În domeniul sensibil al avorturilor, decizia Comisiei e un început. Existența unor state în Uniunea Europeană care au incriminat avortul, a făcut ca mult timp după consolidarea legislativă a Uniunii Europene, această zonă să fie ocolită, deoarece nu se putea da o Directivă obligatorie pentru toate Statele Membre atâta timp cât acestea se opuneau vehement din motive religioase.

Includerea dreptului la avort în Carta drepturilor fundamentale a UE a început prin Rezoluția Parlamentului European din 11 aprilie 2024 privind includerea dreptului la avort în Carta drepturilor fundamentale a UE (2024/2655(RSP)). [158]

Parlamentul European, pe baza unui set de legi precum:

- Convenția europeană a drepturilor omului din 1950, Convenția Națiunilor Unite privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor din 1979;
- Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene (denumită în continuare „Carta”) din 2000, dar și de la rezoluțiile sale din 13 februarie 2019 referitoare la regresul drepturilor femeii și al egalității de gen în UE, rezoluția sa din 14 noiembrie 2019 referitoare la incriminarea educației sexuale în Polonia, rezoluția din 26 noiembrie 2020 referitoare la interzicerea de facto a dreptului la avort în Polonia, din 11 noiembrie 2021 referitoare la împlinirea unui an de la interzicerea de facto a avortului în Polonia, din 24 iunie 2021 privind statutul sănătății și drepturile sexuale și reproductive în Uniunea Europeană, în contextul sănătății femeilor, din 5 mai 2022 privind impactul războiului cu Ucraina asupra femeilor, din 9 iunie 2022 intitulată „Amenințările globale la adresa drepturilor în materie de avort: posibila revocare a drepturilor în materie de avort în SUA de către Curtea Supremă”;
- Rezoluția aceleiași instituții, din 7 iulie 2022 referitoare la decizia Curții Supreme din SUA de a anula în Statele Unite drepturile legate de avort și la necesitatea de a apăra dreptul la avort și sănătatea femeilor în UE, din 22 noiembrie 2023 în proiectele de acorduri ale Parlamentului European, în conformitate cu Orientările OMS intitulate „Avortul în siguranță: Orientări tehnice și de politică pentru sistemele de sănătate”, respectiv cu Strategia OMS 2017-2021 pentru sănătatea și bunăstarea femeilor în Europa: afară că a utilizat datele privind mortalitatea și Planul

de acțiune din 2016 privind sănătatea sexuală și reproductivă - a adoptat Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă în Europa – fără a lăsa pe nimeni în urmă și utilizând două comunicări ale Comisiei din 5 martie 2020 intitulate „Egalitatea de gen: strategie 2020-2025” - COM(2020)0152.

În aceeași ordine de idei, Comitetul din 12 noiembrie 2020 a descris-o pe cea intitulată „O Uniune a Egalității: Strategia Egalității LGBTIQ 2020-2025” COM(2020)0698, cu referire suplimentară la Declarația Universală a Drepturilor omului, Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO) și jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului (CEDO), care au acces la sănătatea sexuală și reproductivă prin drepturi relevante (SRHR), inclusiv îngrijirea în condiții de siguranță și legală a avortului, care constituie un drept fundamental la respectarea demnității umane și este intrinsec legat de combaterea violenței sexuale și de gen și de realizarea egalității de gen și a multor alte drepturi ale omului, cum ar fi dreptul unei persoane la viață, sănătate, intimitate, securitate a unei persoane, nediscriminare, egalitate în fața legii și libertatea de tortură și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. [156]

Deoarece capacitatea oamenilor de a-și exercita libertatea de reproducere, de a prelua controlul asupra sănătății lor reproductive și de a decide dacă, când și cum să o acceseze este esențială pentru exercitarea deplină a drepturilor omului pentru femei, fete și toți oamenii cu potențial de reproducere, și acest lucru este pentru că există respect pentru corpul unei persoane, alegerile și autonomia lor deplină trebuie garantate în conformitate cu Convenția europeană pentru prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie, adoptată la 11 mai 2011 la Istanbul („Convenția de la Istanbul”), și ratificată de UE la 28 iunie 2023.

Carta garantează drepturile și libertățile fundamentale ale persoanelor care trăiesc în UE, iar protecția avortului legal și în condiții de siguranță are implicații directe pentru utilizarea efectivă a drepturilor recunoscute în Declarație, cum ar fi drepturile omului la demnitate, libertate personală, egalitate, sănătate și fizică și psihică, integritate, proximitate a accesului la serviciile de avort fiind o încălcare a acestor drepturi fundamentale, așa cum se precizează în Declarația generală nr. 36 (2018) Comitetul ONU pentru Drepturile Omului cu privire la articolul 6 din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, cu privire la dreptul la petiție și la cerere și prin Rezoluția 18 a Parlamentului European din ianuarie 2024 privind statutul drepturilor fundamentale în UE, în rapoartele anuale din 2022, respectiv 2023 [158].

Prin aplicarea Rezoluției Parlamentului European din 28 februarie 2024 privind Raportul din 2023 al Comisiei privind statul de drept și în conformitate cu prevederea din Regulamentul de

procedură respectiv art. 132 alineatul (2) din Regulamentul de procedură, se vor îndeplini cerințele Uniunii Europene, ale Comitetului Națiunilor pentru Drepturile Omului, care să recunoască și să afirme în mod explicit că decizia unei persoane cu privire la întreruperea voluntară a sarcinii intră în domeniul dreptului la viață privată. Acest lucru se datorează și faptului că Comisia ONU pentru Drepturile Omului a recunoscut, de asemenea, că a nu acționa în baza deciziei unei femei de a avorta este o încălcare legală a dreptului la viață privată, inclusiv atunci când sistemul juridic interferează cu un astfel de ordin. [156]

În Propunerea sa generală nr. 35, Comitetul Națiunilor Unite pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDAW) a declarat în mod explicit că incriminarea avortului este o încălcare a SRHR al femeilor și este o formă de violență bazată pe gen îndemnând totodată guvernele să nu respecte toate legile care incriminează avortul. .

Întrucât SRHR este una dintre țintele Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă ale Națiunilor Unite, în special Ținta 3.7, care solicită acces universal la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv planificarea familială, informarea, educația și integrarea sănătății în strategiile și programele naționale; și obiectivul 5.6, care evidențiază necesitatea asigurării accesului universal la SRHR, așa cum s-a convenit în conformitate cu Programul de acțiune al Conferinței Internaționale pentru Populație, Dezvoltare și Platforma de acțiune de la Beijing precum și din documentele rezultate ale conferințelor de revizuire ale acestora; deoarece țările reci au legi mai puțin restrictive privind avortul, acestea au, în general, rate de avort mai mici decât în țările în care avortul este incriminat, dar garantează și autonomia întregului corp, inclusiv reducerea prevalenței sarcinii neintenționate și împuternicirea oamenilor să facă alegeri în cunoștință de cauză cu privire la sănătatea lor și a corpului lor, cu educație incluzivă, adecvată vârstei și bazată pe dovezi pentru toți despre sex și relații, precum și consiliere despre înalta calitate, accesibilă, în siguranță și gratuit a folosirii contraceptivelor și a planificării familiale; dar educația sexuală cuprinzătoare anterioară vârstei este esențială pentru dezvoltarea abilităților copiilor și adolescenților de a stabili relații și de a avea relații bune, egale și sigure, în special atunci când se abordează condițiile de gen, egalitatea de gen, puterea în relații, consimțământul și respectul pentru limitele necesare, în vederea luării măsurilor concrete care vor conduce la atingerea egalității de gen. [154]

Într-un vot de referință din 4 martie 2024, parlamentarii francezi au afirmat libertatea avortului garantată în Constituția franceză și, deoarece Franța a fost prima țară din lume care a

făcut în mod explicit din avort un drept, acest amendament constituțional are ca scop o anumită opțiune împotriva Contextului regresiei drepturilor la avort în UE și în lume, inclusiv în SUA, Polonia, Ungaria și Malta, toate prin acțiune și angajament „a organizațiilor feministe și a parlamentarilor din Franța care au fost importante în asigurarea unei majorități în sprijinul protecțiilor constituționale, pentru dreptul la avort. De la includerea dreptului la avort în Constituția franceză, inițiative similare au fost luate în considerare în alte țări, precum Spania și Suedia, subliniind necesitatea unui răspuns european la întârzierea egalității de gen și a SRHR, a protecției constituționale a drepturilor, care este permanent atacată, iar sprijinul financiar trebuie să fie însoțit de modificări legislative pozitive pentru ca dreptul de acces la servicii de avort să devină realitate.

Deși UE are unele dintre cele mai înalte niveluri de SRHR la nivel global, femeile și membrii comunității LGBTIQ+ se confruntă în continuare cu discriminare și obstacole în calea libertății lor fizice. Aceste bariere pot fi legale, politice, financiare, culturale sau informaționale, iar unele state membre încă folosesc legi foarte restrictive care interzic avortul, cu excepția unor circumstanțe definite în mod specific, ceea ce determină femeile să caute metode nesigure și care le pun viața în pericol, să călătorească în alte țări sau să-și intensifice sarcinile împotriva voinței lor, ceea ce reprezintă o încălcare a drepturilor omului și o formă de violență bazată pe gen și împotriva femeilor, iar unele state membre au legalizat avortul din necesitate sau pentru o gamă largă de politici sociale, deși totuși, pun în aplicare anumite pedepse legale pentru avorturile care au loc în afara respectării prevederilor legale în vigoare. [107]

În prezent, unele state membre încearcă să restrângă și mai mult accesul la SRHR printr-o legislație restrictivă extinsă, ceea ce duce la accesul restricționat la asistență medicală și la discriminare inclusiv la violență, bazate pe gen și, în cele din urmă, deoarece aceste inițiative și proteste împiedică realizarea drepturilor omului, dezvoltarea țărilor și obstrucționează statele, subminează democrația, valorile europene și drepturile fundamentale conducând la o regresie coordonată și bine finanțată privind egalitatea de gen, diversitatea LGBTIQ+ și feminismul la nivel global și în întreaga lume, această putere constituțională și prea multă extrema dreaptă încercând să inverseze pentru a aduce, de-a lungul deceniilor de progrese în domeniul drepturilor omului și impun o viziune dăunătoare asupra lumii asupra rolurilor de gen în familii și conducere, iar toate aceste mișcări și atacuri sunt strâns legate de tendința de respingere violentă a democrației la nivel mondial, în numele unei amenințări clare la adresa statului de drept în 2018 în Europa.

Aceste mișcări anti-gen și cu încălcarea drepturilor, atacă în mod specific autonomia sexuală și reproductivă ale femeilor și influențează legile și ordinea, conducând la punerea în aplicare a inițiativelor de urgență într-un număr de state membre care vizează slăbirea SRHR, ceea ce este foarte bine reflectat în Polonia, care a restrâns accesul și mai mult la serviciile legale de avort, în urma unei decizii neconstituționale a Curții Constituționale din 22 octombrie 2020, ce duce la interzicerea totală a avortului și a condus la moartea a cel puțin șase femei, atunci când femeile au fost cercetate pentru acuzații de avort iar apărătorii femeilor, a drepturilor omului și a drepturilor reproductive au fost urmăriți pentru că au ajutat femeile să acceseze serviciile de avort sau pentru a protesta în numele lor pentru dreptul la avort.

Recenta decizie a CEDO în cauza M.L. vs. Polonia a constatat că a existat o încălcare a articolului 8 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului referitor la dreptul la respectarea vieții private și de familie în cazul unei femei care a fost forțată să se mute în străinătate pentru a efectua un avort, suportând un cost personal mare și departe de rețeaua de sprijin a familiei sale și a avut astfel un impact psihologic profund. Noul guvern polonez s-a angajat să introducă noi legi care să asigure drepturile femeilor și accesul la SRHR, inclusiv la serviciile de avort, dar, din păcate, în Parlamentul polonez, un vot a lipsit pentru a promova legile propuse pentru disponibilitatea serviciilor de avort. [156]

Și în Malta, avortul este *de facto* interzis și incriminat, întrucât reforma din iulie 2023 a înregistrat o schimbare îngrijorătoare în Parlamentul maltez, eliminând drepturile și adăugând mai multe riscuri și obstacole decât oricând în ceea ce privește accesul la serviciile de avort. Sub aceste bariere, medicii pot întrerupe o sarcină numai dacă viața persoanei este în pericol imediat și pentru „viabilitatea fetală” și sunt obligați să trimită gravida pe moarte către o echipă medicală de trei consultanți și, prin urmare, să aibă șanse puține de supraviețuire, iar în cazurile de risc sever pentru sănătate aceasta a fost exclusă din lege, iar o persoană însărcinată care suferă de cancer de sân în Malta nu poate fi tratată corespunzător și trebuie să aștepte până la cele patru nașteri înainte ca copilul să primească tratament pentru cancer, rezultând o șansă redusă de a beneficia de un tratament de succes. [27]

Avortul medical nu este legal în Slovacia sau Ungaria, deoarece în septembrie 2022 Ungaria a adoptat o lege care impune „femeilor care încearcă să avorteze să audă „bătăile inimii copilului”, iar în Slovacia s-a observat că încercările repetate de a face acest lucru restricționează accesul la servicii de avort prin proiecte de lege de reformă în Parlament. În același timp, accesul

la serviciile de avort a fost subminat și în Italia; dar în țări precum Italia, Slovacia și România, majoritatea medicilor se declară obiectori de conștiință, ceea ce face ca accesul la servicii de avort să fie foarte dificil în unele regiuni, precum și accesul la servicii de avort adecvate și în timp util, ca și în alte state membre. Statele din cauza obstacolelor sunt utile, cum ar fi Croația. Mai multe încercări de a interzice definitiv avortul în Belgia au fost amânate în parlamentul federal belgian, iar în alte țări, procedurile de avort și consilierea rămân fără justificări interzise și rareori fac parte din educația medicală obligatorie, ceea ce duce la cunoștințe și practici scăzute în rândul medicilor, afectarea sănătății fizice și psihice a pacienților. [25]

O altă problemă este că informarea greșită despre avort, inclusiv pe internet, reprezintă o barieră reală în calea autonomiei femeilor, deoarece până de curând în Germania furnizarea de informații pe site-urile medicilor, despre procedurile de avort medical era considerată pro-avort și aprobată, iar acest lucru interzicea avortul inculpatei ce a fost transferată abia în iulie 2022, adică mult prea târziu.

Mai rău, refugiaților ucraineni li s-a refuzat accesul la serviciile de avort în unele state membre, inclusiv în cazuri de violență sexuală, care reprezintă o încălcare gravă a drepturilor omului și echivalează cu tortură și practici inumane sau degradante. [52]

Incriminarea, amânarea și interzicerea accesului la SDHR, în special la serviciile de avort, este o formă de violență bazată pe gen; pentru că aceste restricții și interdicții nu reduc numărul de avorturi, ci pur și simplu forțează femeile să călătorească pe distanțe lungi sau să folosească avorturi nesigure, ceea ce le face, de asemenea, vulnerabile la anchetă și urmărire penală; deoarece îi afectează pe cei care nu au acces la majoritatea resurselor și informațiilor; cu toate acestea, aproape toate decesele din cauza avorturilor nesigure apar în țările cu restricții severe de avort. Aceste decese pot fi prevenite, deoarece avortul nesigur este o cauză importantă – dar care poate fi prevenită – cu privire la morbiditatea maternă.

Persoanele și grupurile marginalizate, inclusiv minoritățile rasiale, etnice și religioase, imigranții, persoanele din medii socio-economice dificile, și anume persoanele care trăiesc în zonele rurale, persoanele cu dizabilități, membrii comunității LGBTIQ+ și alții sunt adesea victime ale obstacolelor de violență, discriminări în accesul la îngrijirea sănătății, iar acesta este rezultatul legilor și politicilor care permit practici violente în relațiile sexuale și reproductive și nu asigură că există ajustări adecvate în disponibilitatea unei îngrijiri și informări bune și astfel ne reamintește

că SDHR este un drept fundamental al omului care trebuie să fie protejat și consolidat și nu poate fi subminat sau neluat în niciun fel.

Angajamentul UE de a promova, proteja și îndeplini dreptul oricărei persoane, în special al fiecărei femei și fete, de a-și exercita autonomia corporală și controlul deplin asupra chestiunilor legate de sexualitatea și drepturile sale sexuale și reproductive și de a-și exercita autonomie în luarea deciziilor în acest sens, fără discriminare, constrângere sau violență, îndeamnă cetățeanul european să le respecte. Astfel, recomandă inițierea unui tratat de revizuire a tratatelor, astfel cum se solicită prin ordinele sale din 9 iunie 2022 și 22 noiembrie 2023, și adoptarea propunerii cuprinse în ordinul său din 22 noiembrie 2023 pentru anul 2023, prin adăugarea de îngrijire a sănătății sexuale și reproducere, cum ar fi dreptul la avort legal, protecții și modificări ale Cartei, ceea ce înseamnă că toată lumea are dreptul la autonomie corporală, la sănătate și la drepturile sexuale și reproductive gratuite, informate, depline și accesibile și la toate serviciile oferite, deci cu acces la asistență medicală, fără discriminare, inclusiv acces la avort sigur și legal.

a) Forma actuală de incriminare a avortului în România. Infracțiunea de întrerupere a cursului sarcinii

Reincriminarea avortului din anul 1996 a venit în întâmpinarea nevoilor societății în privința avortului. Totuși, textul prin care s-a realizat reincriminarea conținea aspecte neclare și utiliza termeni imprecizi. Articolul 185 din Codul penal anterior a dat naștere unor vii controverse în mediul juridic. În aceste condiții, era necesară modificarea cadrului legal privind avortul. [8]

Privind în ansamblu contextul social, era necesară o schimbare majoră a reglementărilor penale, nu doar în privința avortului, justificată de schimbarea regimului politic în urma Revoluției din 1989. Transformările societății românești din perioada postrevoluționară merg mult mai departe decât planul politic, fiind o expresie normală a modificărilor de mentalitate pe care le-a avut societatea umană, la nivel global, deși sunt și cazuri de țări în care sunt încă în vigoare acte legislative vechi de sute de ani. Totuși, mecanismele care au stat la baza unor asemenea situații nu aveau cum să funcționeze în România, din cauza succesiunii diferitelor sisteme politice. În aceste condiții, Codul penal din 1968, care fusese redactat în perioada comunistă, trebuia înlocuit.

Noul Cod penal trebuia să fie adaptat mai bine realităților, iar în materie de avort se aștepta, în primul rând, rezolvarea unor probleme evidente pe care le avea legislația anterioară (de exemplu, calificarea drept cauze de nepedepsire a unor ipoteze care reprezentau în mod clar cauze care

înlăturau caracterul penal al faptei). În al doilea rând, era de dorit ca noul Cod să ofere soluții legislative pentru situații evidențiate de practică și care nu puteau fi încadrate în dispozițiile existente anterior (de exemplu, ipoteza în care actele de suprimare a vieții fătului aveau loc în timpul nașterii). [187]

Remarcăm faptul că noul Cod penal include, în același capitol, capitolul IV al Titlului I, intitulat Agresiuni asupra fătului, două infracțiuni: întreruperea cursului sarcinii (art. 201) și vătămarea fătului (art. 202).

Faptul că s-a propus un capitol separat care să enumere operațiile efectuate asupra bebelușului arată că legiuitorul este interesat să modifice cu atenție cadrul privind serviciile fetale deoarece este necesară o protecție specială a fătului, deoarece „mă gândesc să aibă o valoare deosebită față de la mamă însărcinată”.

Prin urmare, Secțiunea 201 din actualul Cod penal incriminează fapta de întrerupere a sarcinii, efectuată prin orice mijloace și se manifestă astfel:

- în afara unităților medicale sau cabinetelor medicale autorizate în scopul efectuării avorturilor [Art. 201, alin. (1), lit. (a) din proiectul de lege];
- în cazul în care avortul a fost efectuat de o persoană care nu se califică pentru statutul de medic obstetrică-ginecologie și avea dreptul la autonomie într-un loc de muncă în acest domeniu de specialitate [art. 201, alin. (1), lit. (b) din Codul civil];
- dacă vârsta gestațională a depășit paisprezece săptămâni [Art. 201, alin. (1), lit. c) din Codul penal] se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani și interzicerea exercitării unor drepturi.

Totodată, avortul efectuat în orice împrejurare fără acordul gravidei se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani și interzicerea exercitării unor drepturi (art. 201 alin.2 din Codul penal). Formele de tortură includ vătămarea corporală pedepsită cu închisoare de la 3 la 10 ani și interzicerea de a munci cu anumite drepturi sau dacă fapta a avut ca urmare moartea femeii, închisoare de la 6 la 12 ani și interzicerea exercitării unor drepturi (art. 201 alin. 3 din Codul penal).

Sunt prevăzute și o serie de cazuri considerate cauze speciale de nepedepsire, care operează atunci când:

- întreruperea cursului sarcinii în scop terapeutic, este efectuată de către un medic de specialitate obstetrică-ginecologie, până la vârsta sarcinii de douăzeci și patru de săptămâni sau dacă întreruperea ulterioară a cursului sarcinii, s-a făcut în scop terapeutic, în interesul mamei sau al fătului [art. 201, alin. (6), din CP]; [187]

- femeia însărcinată își întrerupe cursul sarcinii [art. 201, alin. (7) din CP].

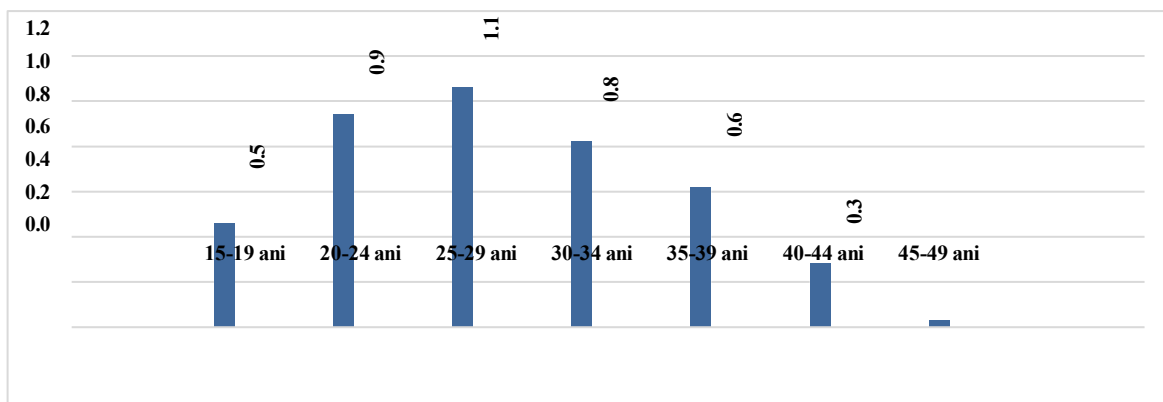
Infrațiunea de întrerupere a cursului sarcinii sancționată de noul Cod penal protejează, conform celor mai multe opinii, atât viața fătului, cât și a femeii însărcinate, ca valori principale. Totuși, nu pot fi puse pe același plan două valori care, atunci când sunt angajate într-un conflict, se află evident în contradicție. Nu se poate afirma o egalitate între dreptul fătului și cel al femeii însărcinate. În materia avortului, se află tocmai incompatibilitatea dintre drepturile fătului și cele ale femeii însărcinate, atunci când aceasta nu dorește nașterea copilului, precum și atunci când sarcina îi pune sănătatea sau viața în pericol. Ceea ce conturează cu adevărat obiectul juridic al infrațiunii de avort sunt relațiile sociale dintre femeia însărcinată și făt, relații ce sunt indivizibile, pe toată perioada sarcinii, și care persistă indiferent de regimul legal al avortului. [183]

Apreciem că reglementarea actuală a avortului pare a fi cea mai bună din câte a cunoscut România până în prezent. Aceasta, deoarece se permite femeii să aleagă avortul, dacă ea consideră necesar, existând însă suficiente limite care dovedesc valoarea fătului și interesul pentru diminuarea posibilelor consecințe negative ale unui avort față de femeia însărcinată. Această reglementare, alături campaniile privind protejarea vieții fătului și a mamei au determinat, la nivel național o scădere considerabilă a numărului de avorturi.

Din datele de mai jos, preluate de pe site-ul Institutului Național de Sănătate Publică observăm că în România, la nivelul anului 2021 s-au înregistrat 29.264 avorturi (7 întreruperi de sarcină la 1000 de persoane de sex feminin cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani), comparativ cu anul 2011 când au fost efectuate un număr de 103.386 avorturi (dintre care 58,8% au fost la cerere).

Figura de mai jos ne arată numărul de întreruperi de sarcină în anul 2021, în România pe grupe de vârstă. [185]

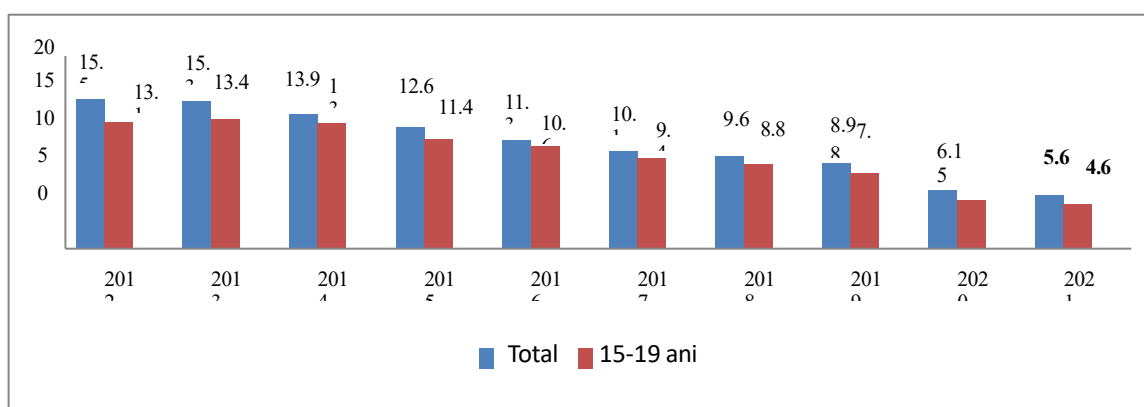
Figura 4.1. Avorturi, în funcție de vârsta mamei, România, 2021 (% persoane feminine cu posibilitate de procreere)



Cele mai multe avorturi, după cum se observă mai sus, s-au înregistrat la grupa de vârstă 25-29 de ani.

În ceea ce privește grupa tinerelor de 15-19 ani vom observa în tabelul următor că și la această grupă tendința este descrescătoare, numărul avorturilor scăzând cu 68% în 2021, comparativ cu anul 2012. [185]

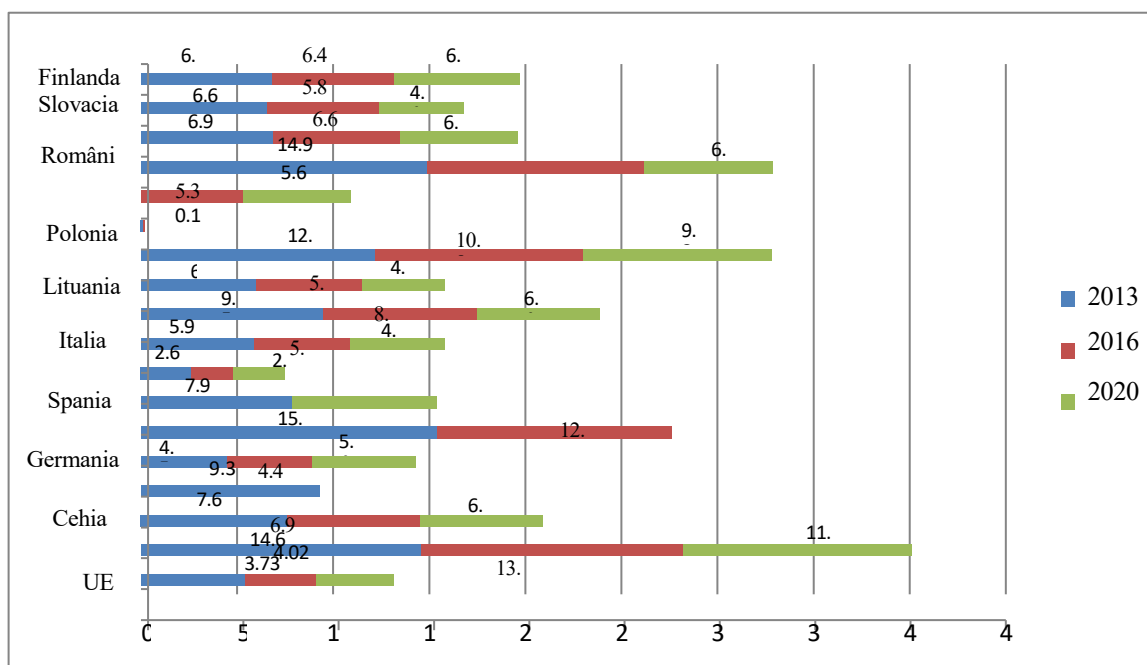
Fig. 4.2 Avorturi la adolescente 15-19 ani, România, 2012- 2021 (% femei)



Totuși, deși în anul 2012 au fost efectuate un număr de 7.547 avorturi, iar în anul 2021 a scăzut numărul la 2.533 pentru această grupă de vârstă, trebuie observat că procentual (comparativ cu numărul total de avorturi) numărul de avorturi la adolescente crește de la 8,6%, în 2012, la 8,7% în 2021. De aici deducem faptul că încă mai este mult de lucru în privința educației sexuale la tineri și adolescenți. [190]

Și la nivel european se remarcă o scădere a numărului de avorturi din 2013 și până în anul 2020 lucru pe care îl putem observa și în tabelul comparativ ce include diferite țări din Europa.

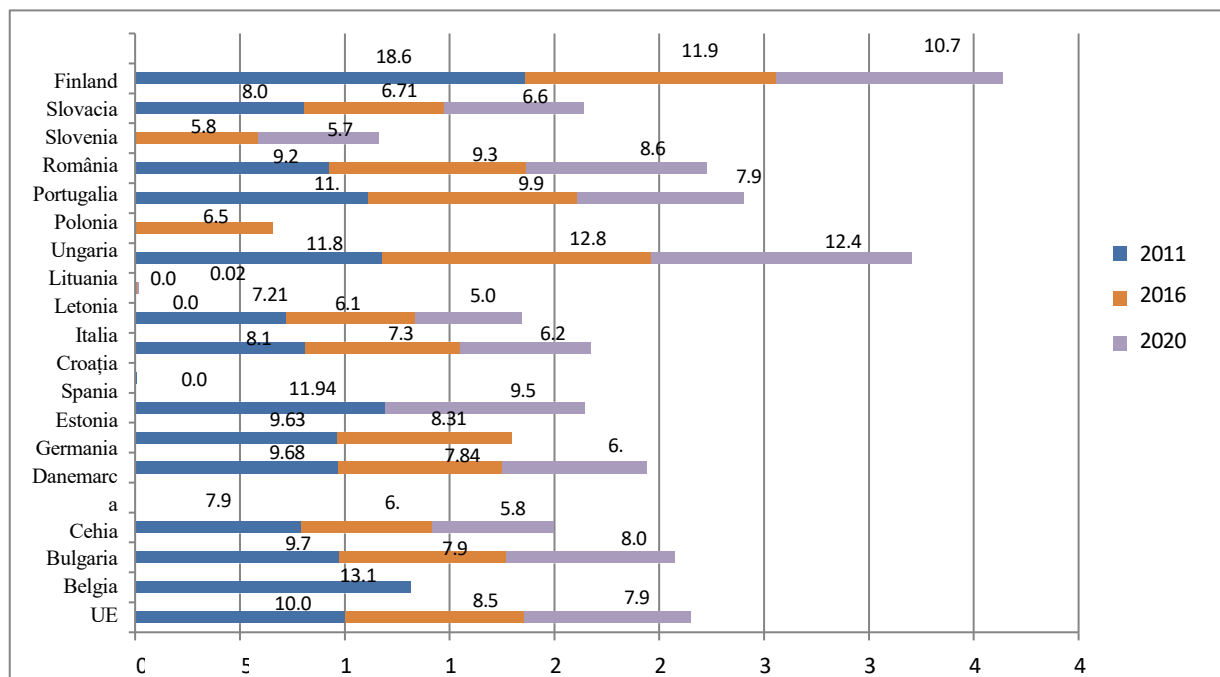
Fig. 4.3 Rata întreruperilor de sarcină în Europa, 2013-2020 (% persoane de sex feminin 15-49 ani)



În aceeași perioadă, în UE, a crescut cu cca. 6%. În România, în aceeași perioadă, ponderea avorturilor în rândul adolescentelor cu vârsta cuprinsă între 15-19 ani a scăzut cu 7%. după cum observăm în tabelul de mai jos. [195]

Fig. 4.4 Ponderea avorturilor la mame în vârstă de 15-19 ani, UE, 2011-2020,

%



b) Reglementarea avortului în Republica Moldova după anul 1940

După ce Basarabia a fost anexată de URSS în anul 1940 și s-a format Republica Sovietică Socialistă Moldovenească reglementarea penală a avortului din RSSM a fost separată de reglementarea penală din România și a devenit indispensabil legată de politica penală sovietică de la acea vreme. În URSS, prin Decizia Comisariatului Popular de Sănătate și a Comisariatului Popular al Justiției dată în 16 noiembrie 1920, avortul a fost legalizat, URSS devenind prima țară din lume care a făcut acest lucru. Mai târziu, în 1936, pentru că s-a observat o scădere drastică a natalității, Iosif Visarionovici Stalin a interzis avorturile și a introdus răspunderea penală pentru aceste fapte. În Legea modificată, în art. 140 prevede urmărirea penală pentru efectuarea unui avort de către un medic, într-un spital sau într-o maternitate, cu excepția cazurilor în care continuarea sarcinii pune în pericol viața și sănătatea femeii sau amenință ereditatea prin transmiterea bolilor periculoase. Articolul 140 alin. (2) din această lege a mărit pedeapsa pentru efectuarea unui avort de către un medic în afara spitalelor sau clinicilor, în special pentru publicul care nu avea pregătire medicală. De asemenea, a devenit o crimă ca o femeie însărcinată să-și inducă propriul avort sau să acorde permisiunea unei alte femei să facă avort. [180] [181]

La 23 noiembrie 1955, Prezidiul Sovietului Suprem al URSS a emis rezoluția intitulată „Cu privire la ridicarea interzicerii avortului”, și astfel avortul a fost din nou legalizat, orice schimbare a venit din necesitatea de a preveni riscurile cu care se confruntă femeile care au avortat în afara spitalelor și clinicilor de specialitate, și mai ales cu persoane neautorizate. Așadar, avortul a devenit legal, răspunderea legală pentru avortul ilegal a apărut în două etape și anume: atunci când avorturile au fost efectuate în afara instituțiilor de specialitate și când au fost efectuate în condiții neigienice sau de către persoane care nu au pregătire medicală în obstetrică și ginecologie. [128]

În Republica Sovietică Socialistă Moldova (RSMS), legile sovietice privind avortul au fost în vigoare până la adoptarea proiectului de lege a RSSM la 24 martie 1961 ca și în alte republici sovietice. URSS, a fost condamnat în temeiul secțiunii 108 (1) din Codul Penal. 1961, în care legiuitorul decide cu privire la răspunderea penală pentru avortul ilegal de către un medic și în articolul 108 (2) din Legea privind avortul ilegal, adică în condiții neigienice sau de către o persoană fără pregătire medicală corespunzătoare. Infracțiunea la care se referă alin. (1) se pedepsește cu amendă de până la șaptezeci și cinci de salarii minime împreună cu interzicerea exercitării medicinei pe o perioadă de până la doi ani sau fără această interdicție, iar la alin. (2) a fost pedepsit cu privațiune de libertate pe o perioadă de la 2 la 8 ani și cu interzicerea exercitării medicinei pe o perioadă de până la patru ani. [129]

În Codul Penal al Republicii Moldova din 2002, incriminarea avortului este prevăzută la articolul 159, sub denumirea de creare ilegală a avortului. Potrivit art. 159 alin. (1) operațiunea de întrerupere a sarcinii, sub orice formă, se realizează: a) în afara instituțiilor medicale sau cabinetelor medicale autorizate în acest scop se incriminează; b) de către o persoană care nu are studii medicale superioare de specialitate; c) la peste 12 săptămâni de gestație, fără indicații clinice stabilite de Ministerul Sănătății; d) în cazul contraindicațiilor medicale pentru efectuarea unei astfel de intervenții chirurgicale; b) în condiții de igienă precară. O astfel de faptă se pedepsește cu amendă de la 550 la 850 de unități ordinare sau privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a îndeplini o anumită acțiune pe o perioadă de maximum 3 ani sau închisoare de maximum 2 ani, ca în prevederile art. 159 alin. 1 și 2 din prezentul Cod penal care prevede și pedeapsa pentru două forme grave ale infracțiunii: 1) dacă se produce vătămare gravă sau moderată a corpului sau vătămare a sănătății prin neglijență; 2) dacă decesul victimei a fost cauzat din neglijență. În caz de agresiune gravă, fapta se pedepsește cu închisoare de la 1 la 6 ani concomitent

sau fără privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a îndeplini anumite sarcini pe o perioadă de până la 5 ani.

Este de remarcat faptul că avortul nu a fost interzis în Republica Moldova în perioada comunistă sau după 1991. Potrivit Legii Republicii Moldova, se ”recunoaște că femeia însărcinată are dreptul de a avea posibilitatea de a întrerupe sarcina în condițiile legii și cu respectarea standardelor de siguranță”.

Cu toate acestea, avortul nu este o soluție viabilă pentru planificarea familială, mai ales din cauza riscurilor pentru sănătatea reproductivă și pentru femeia însărcinată. Astfel, Hotărârea Guvernului Republicii Moldova privind aprobarea Programului strategic în domeniul securității democratice a Republicii Moldova (2011-2025) și care are numărul 768 din 12 octombrie 2011, indică faptul că avortul a rămas o formă foarte comună de planificare familială, prezentând riscuri reale pentru sănătatea femeilor. Într-adevăr, conform datelor oficiale din 2009–2013, în Republica Moldova a fost înregistrat un număr tot mai mare de avorturi (în condițiile legale), astfel: în 2009 – 14.639; în 2010 – de la 14.785; în 2011 - 15.710; în 2012 – 14.838; în 2013 – 14.511. Cu toate acestea, cea mai presantă problemă rămâne avorturile ilegale, deoarece acestea reprezintă încă un procent foarte mare din numărul total de avorturi efectuate la nivel mondial, iar aproximativ 13% din cazuri duc la deces după un avort. [153]

În conformitate cu art. 3 lit. d) din Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii din Republica Moldova, avortul în siguranță reprezintă una dintre prioritățile serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii. La art. 2 al acestui act legislativ se precizează că sănătatea reproducerii include dreptul femeilor și al bărbaților de a fi informați și de a avea acces la metode sigure, eficiente, accesibile și acceptabile de planificare familială la alegerea lor, precum și dreptul de acces la servicii de sănătate adecvate care să le permită femeilor să aibă o sarcină și o naștere sigure. Sănătatea reproducerii implică o viață sexuală sigură, capacitatea indivizilor de a avea copii și libertatea de a decide când, dacă și cât de des să aibă copii.

În vederea efectuării întreruperii sarcinii în condiții normale, în anul 2010 a fost adoptat *Regulamentul privind efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 647 din 21 septembrie 2010* cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță. Acest Regulament a fost completat și actualizat în anul 2020 prin *Standardul privind întreruperea sarcinii în condiții de siguranță aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova*

nr.766 din 18.08.2020. Acest Standard prevede printre altele condițiile privind organizarea serviciilor de întrerupere voluntară a sarcinii, cum ar fi:

- 1) Întreruperea voluntară a sarcinii se efectuează în conformitate cu prevederile Legii nr. 411-XIII din 28 martie 1995 pentru ocrotirea sănătății (M. Of. nr. 34, Art. 373) și Legea nr. 138 din 15 iunie 2012 în sănătatea reproducerii (M. Of. nr. 205-207). Articolul 673 din Legea nr. 138 prevede că statul se asigură că fiecare femeie are acces la metode sigure de întrerupere „și că a rămas însărcinată”;
- 2) Indiferent de domiciliul sau statutul de viză al gravidei, întreruperea voluntară a sarcinii are loc în unități medicale acreditate pentru a presta acest tip de serviciu;
- 3) Întreruperea voluntară a sarcinii se efectuează de către obstetricieni și femeile instruite în acest serviciu. În zonele în care nu este disponibil un medic ginecolog, echipa de medici de familie efectuează consiliere și trimitere pentru întreruperea sarcinii;
- 4) Rezidenții în obstetrică și ginecologie pot efectua întreruperea voluntară a sarcinii numai sub supraveghere, fiind responsabili de formarea și învățarea lor;
- 5) Organizația medicală și sanitară asigură accesul liber și nestingherit al femeilor însărcinate la serviciul de întrerupere voluntară a sarcinii și implementarea acestuia în condiții de confidențialitate;
- 6) Personalul organizațiilor medicale și sanitare va consilia și informa fiecare gravidă care solicită întreruperea voluntară a sarcinii cu privire la metodele, alternativele și riscurile inerente, în conformitate cu prevederile Legii nr. 263-XVI din 27 Octombrie 2005, privind drepturile și obligațiile pacientului (M. Of. nr. 176-181, Art. 867).

Cu toate acestea, nici consilierea, nici informațiile privind riscurile avortului pentru femeile însărcinate, nici incriminarea avortului ilegal nu a determinat scăderea numărul întreruperilor de sarcină, chiar și ilegale, în Republica Moldova. Cel mai de folos lucru în acest sens a fost educația privind folosirea metodelor contraceptive, în vederea prevenirii unei sarcini nedorite și nicidecum recurgerea la o întrerupere de sarcină, aceasta din urmă având consecințe mult mai grave pentru corpul femeii. Graficele și figurile alăturate preluate din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină* sunt relevante în acest sens. [153]

În figura 4.5 se poate observa că există totuși o scădere considerabilă a numărului întreruperilor de sarcină în perioada 2015-2020 în Republica Moldova. Dacă în anul 2015, 14.059

de femei au apelat la metoda avortului, procentul acestora a scăzut în anul 2020 cu aproximativ 40%.

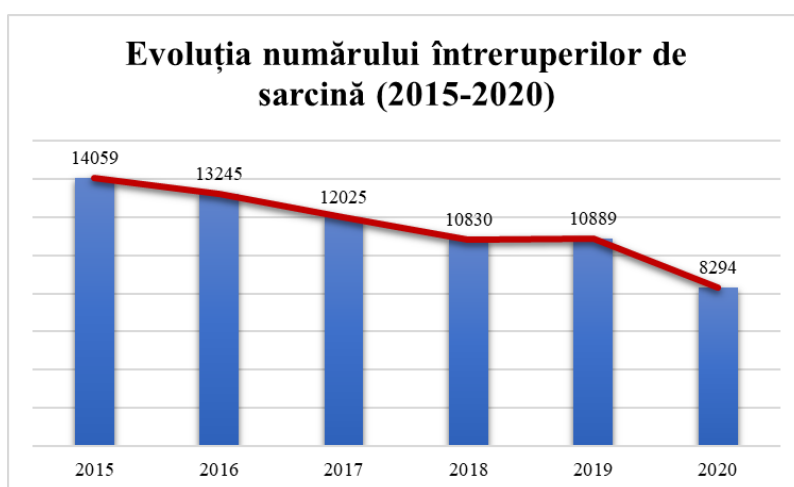


Figura 4.5 Evoluția numărului întreruperilor de sarcină (2015-2020)

Sursa: elaborată de autor conform datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

În anul 2020, conform figurii 4.6, cele mai multe întreruperi de sarcină au fost efectuate la persoane cu vârsta cuprinsă între 20 și 34 de ani (65,10%), dar și de 35 și peste 35 de ani (28,82%).

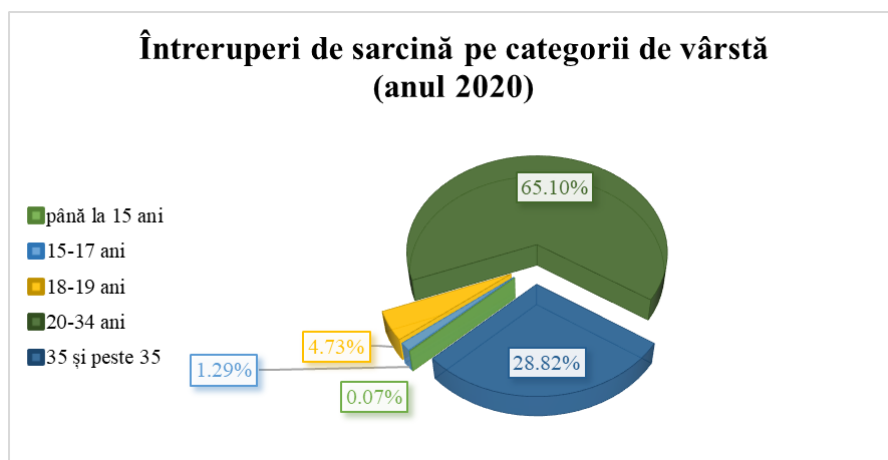


Figura 4.6 Întreruperi de sarcină pe categorii de vârstă (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Din figura 4.7 reies următoarele lucruri referitoare la metodele de întrerupere de sarcină utilizate în anul 2020: cea mai utilizată metodă este vacuumul prin aspirație manuală (39,74%) urmat de

cel prin aspirație electrică (24,62%), chiuretaj (19,59%) și avort medicamentos (16,05%), cel din urmă fiind cea mai puțin utilizată metodă.

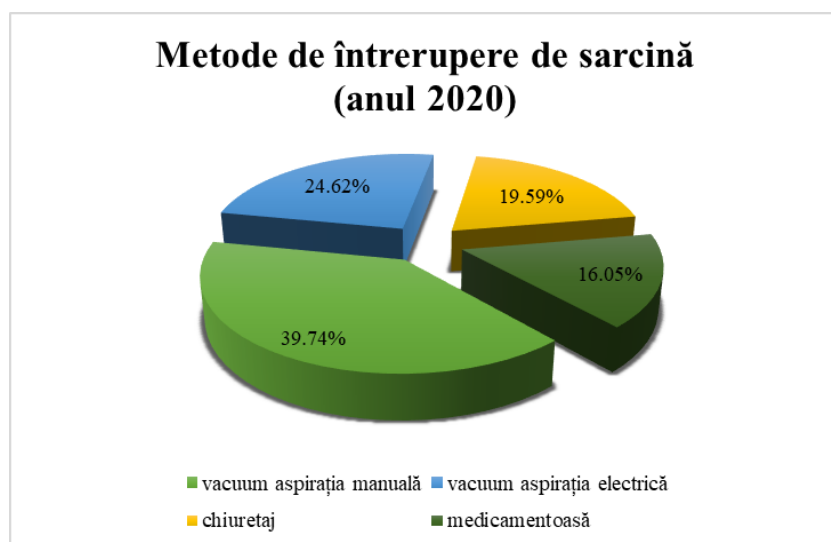


Figura 4.7 Metode de întrerupere de sarcină (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Totodată, în figura de mai jos (figura 4.8) sunt prezentate cele mai întâlnite metode ale întreruperii de sarcină în funcție de categoria de vârstă în care se încadrează femeile ce au trecut printr-un avort.

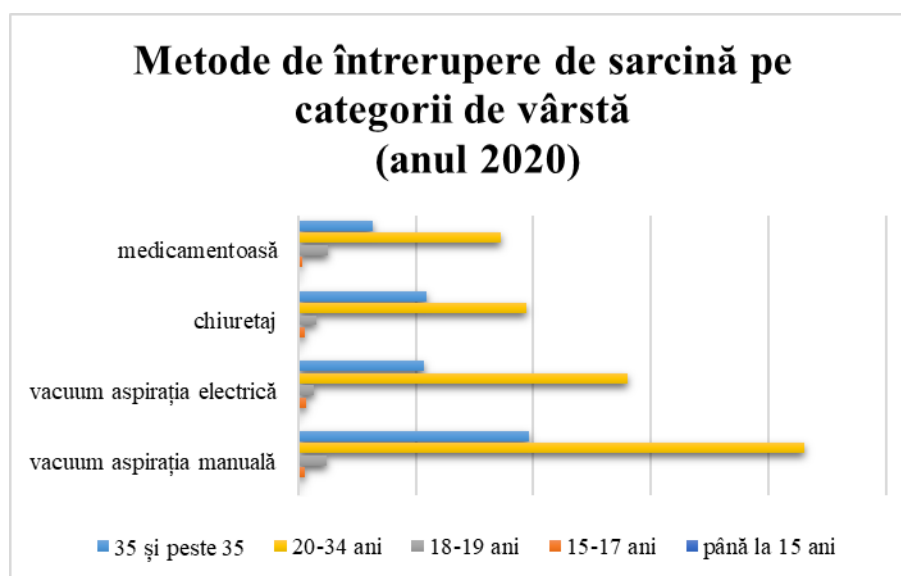


Figura 4.8 Metode de întrerupere de sarcină pe categorii de vârstă

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Înteruperile de sarcină pot fi categorisite, în funcție de mod, în: întreruperi de sarcină spontane, voluntare, la indicații sociale și la indicații medicale. Din figura alăturată (figura 4.9) se vede că în anul 2020, cele mai multe întreruperi de sarcină au fost cele voluntare, dorite de femeile însărcinate (60,13%).

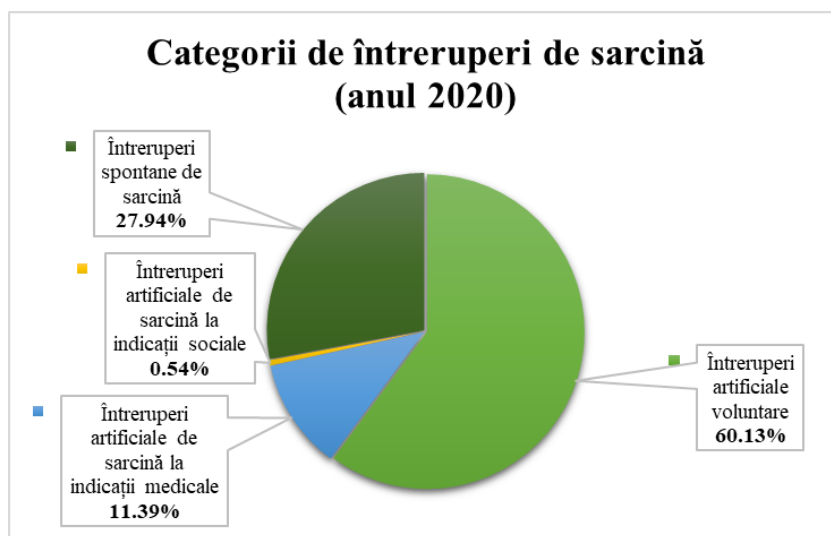


Figura 4.9 Categorii de întreruperi de sarcină (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Cea mai predispusă categorie de vârstă la avorturi spontane este 20-34 ani (conform figurii 4.10).

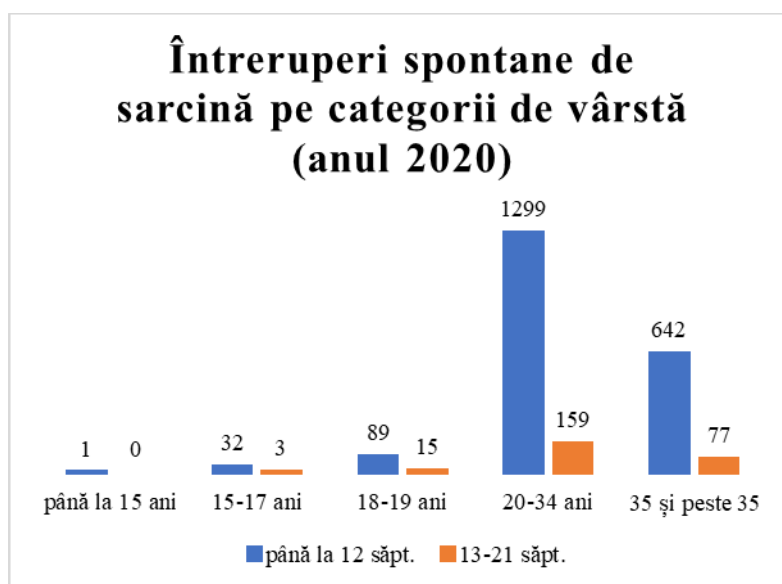


Figura 4.10 Întreruperi spontane de sarcină pe categorii de vârstă (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Iar cea mai des folosită metodă de anestezie este cea prin tehnica blocului paracervical uterin (conform figurii 4.11).

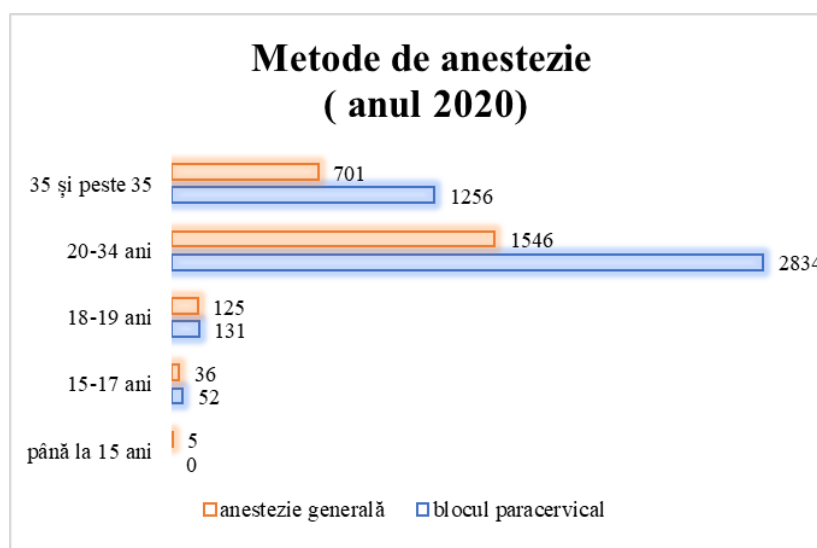


Figura 4.11 Metode de anestezie (anul 2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Chiar dacă numărul avorturilor a scăzut în perioada 2015-2020, se poate observa faptul că numărul complicațiilor ce apar după această procedură rămâne destul de ridicat (figura 4.12).

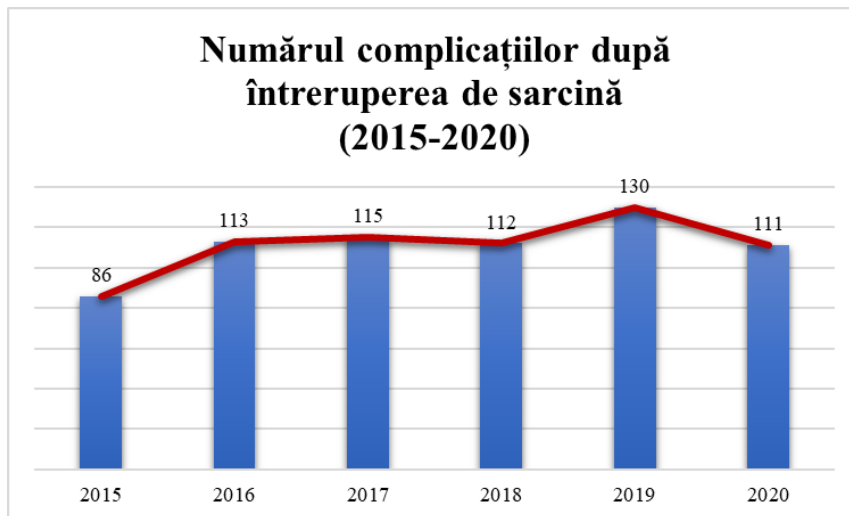


Figura 4.12 Numărul complicațiilor după întreruperea de sarcină (2015-2020)

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din *Raportul statistic privind întreruperea de sarcină*

Potrivit unui sondaj de opinie realizat în 2016 și intitulat Biserică și Stat în Republica Moldova, întrebarea este Sunteți de acord cu întreruperea voluntară a sarcinii (avortul) dacă părinții nu au nevoie de copii ? Din punct de vedere moral, respondenții resping avortul ca fiind nejustificat. Totuși, dacă adaugi o anumită condiție că pot fi și ei acolo – părinții nu-și doresc copilul – este puțin surprinzător că au mai multe lucruri. Cei care resping complet ideea rămân în majoritate, 52,60%, dar 37,20% spun că ar accepta cu siguranță o astfel de politică în anumite circumstanțe și 5,70% în orice caz., 4,50% dintre cei intervievați nedorind să răspundă (figura 4.13).[222]

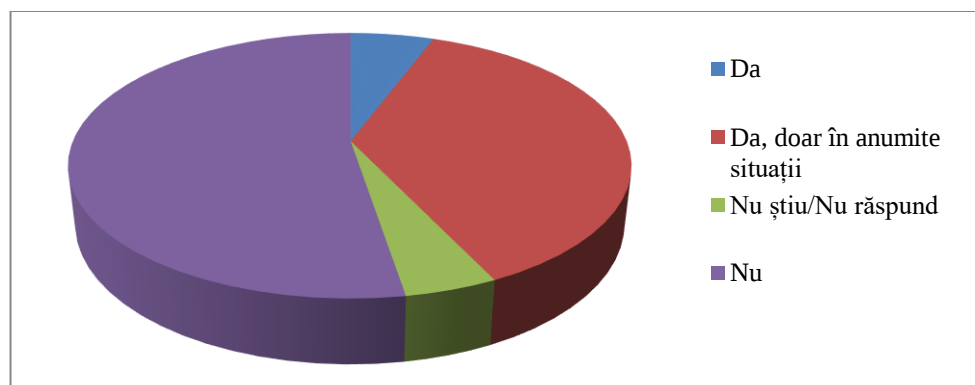


Figura 4.13 Răspunsurile întrebării „Sunteți de acord cu întreruperea voluntară a sarcinii (avortul) atunci când părinții nu-și doresc copilul?”

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din sondajul intitulat *Biserică și Stat în Republica Moldova*

Un set de întrebări cu criterii mai specifice indică principalele criterii în baza cărora cetățenii Republicii Moldova au răspuns „avort”: dacă viața mamei este în pericol (65%) sau dacă copilul se poate naște cu probleme și o serie de infecții. (57%). Ambele sunt de natură medicală. Alte motive testate, de natură socială sau economică, au fost respinse de majoritatea respondenților, așa cum se arată în graficul de mai jos. [222]

Sunteți de acord cu avortul dacă... [% din total eșantion]

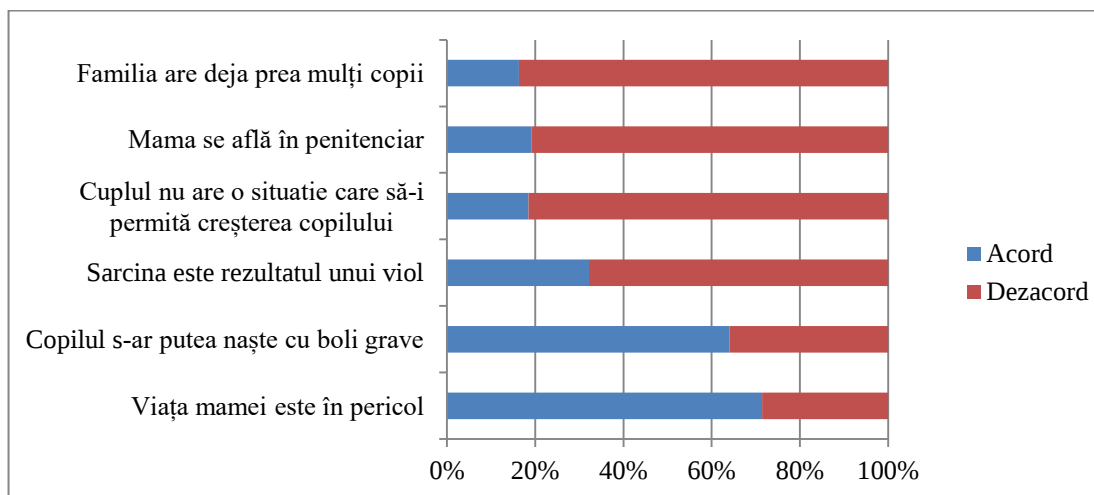


Figura 4.14 Principalele condiții în care cetățenii Republicii Moldova acceptă avortul

Sursa: elaborată de autor pe baza datelor din sondajul intitulat *Biserică și Stat în Republica Moldova*

Aceasta ar include, în forma sa cea mai puternică, retragerea drepturilor femeilor și orice încercări regresive de a limita sau aboli protecțiile care au loc la nivel global, inclusiv în statele membre ale UE, din partea Uniunii Europene. amenințări, hărțuire și intimidare îndreptate împotriva apărătorilor drepturilor omului și organizațiilor societății civile care lucrează pentru promovarea acestor drepturi.

Prin urmare, Parlamentul European și-a exprimat îngrijorarea cu privire la creșterea bruscă a finanțării pentru grupurile care lucrează împotriva egalității de gen și a status quo-ului anti-elecție în întreaga lume, inclusiv în Europa; prin urmare, Comisia a cerut utilizarea tuturor instrumentelor disponibile pentru a se asigura că întreprinderile nu contrazic egalitatea de gen și drepturile femeilor, inclusiv drepturile reproductive, finanțarea UE.

Astfel, acesta a îndemnat statele membre să elimine complet atitudinea anti-avort în conformitate cu Orientările OMS din 2022 și să elimine și să abordeze barierele din calea avortului sigur și legal și a accesului la SRHR, solicitând Poloniei și Maltei să modifice legile și alte măsuri de abrogare privind interzicerea și restricțiile avortului, precum și îndemnarea autoritățile poloneze să acorde prioritate eforturilor legislative pentru a se asigura că avortul sigur și legal este pe deplin disponibil cât mai curând posibil. În mod similar, el a îndemnat autoritățile malteze să depenalizeze imediat avortul și să garanteze astfel accesul legal și sigur la avort, conform ghidurilor OMS din 2022. De asemenea, i-a invitat pe toți din guvernele statelor membre să garanteze accesul la servicii legale, gratuite și sigure de avort, servicii și materiale pro-sănătate pentru naștere și maternitate, planificare familială independentă, contraceptive, servicii prietenoase pentru tineri și prevenire, tratament, îngrijire a sănătății și alte servicii de înlăturare a discriminării generate de HIV.

Parlamentul European a condamnat, de asemenea, faptul că, în unele state membre, medicii utilizează avortul și, în unele cazuri, de către instituțiile medicale, în funcție de articolul „conștiință”, regretând că acest termen este adesea folosit în contexte în care orice întârziere este în detrimentul vieții sau sănătății „pacientului”, pe care le pun în pericol. Parlamentul European a continuat să invite statele membre să asigure accesul la întreaga gamă de servicii SDSR, inclusiv educație cuprinzătoare, adecvată vârstei și de calitate, recunoașterea sexuală și a relațiilor pentru toți oamenii, a metodelor și a contraceptivelor, nașterea fiind în aceste condiții, de înaltă calitate, accesibilă, sigură și gratuită, deoarece este prevăzută consiliere în planificare familială, atenție specială pentru femeile de culoare, femeile roma, femeile în vârstă, femeile cu niveluri de educație

mai scăzute, persoanele LGBTIQ+, femeile cu limitări fizice severe, adolescentele, femeile imigrante, inclusiv imigranții ilegali și femeile singure. Statele membre și guvernele locale ar trebui să-și sporească cheltuielile pentru programe și asistență directă pentru inițiative, inclusiv servicii de sănătate și planificare familială precum și alte organizații care lucrează în acest domeniu.

Ea a recomandat guvernelor statelor membre să facă din procedurile și procedurile de avort o parte obligatorie a curriculumului pentru medici și studenții la medicină, în special pentru cei care studiază pentru femei, și a cerut tuturor statelor membre să elimine barierele legale, obstacolele financiare, sociale și practice din calea avortului, inclusiv cei percepuți ca săraci afectează în mod disproporționat femeile, în special femeile rasiale, inclusiv „femeile de culoare și minoritățile etnice și femeile din gospodării monoparentale”. [154]

În acest fel, se recunoaște rolul important al organizațiilor societății civile și al apărătorilor drepturilor omului în SRHR ca voluntari și apărători electronici ai SRHR și îi încurajează să-și continue activitatea și solicită UE și statelor membre să asigure și să sprijine o politică civică adecvată în spațiul comunitar, în UE, prin mecanisme civice, asigurarea protecției femeilor și a apărătorilor SRHR umane printr-un mecanism de siguranță și prin intervenția apărătorilor drepturilor omului și sprijinirea acestora financiar, în special prin programul „Cetățeni, Egalitate, Drepturi și Valori” (CEDV), prin îmbunătățirea accesului la sănătatea sexuală și reproductivă, inclusiv la serviciile de avort, prin programul EU4Health. [152]

Parlamentul European, în calitate de garant al respectării drepturilor fundamentale ale omului, solicită, de asemenea, Uniunii în Europa să fie un susținător și să facă din recunoașterea acestui drept o prioritate cheie în negocierile sale, în cadrul organizațiilor internaționale și al altor foruri internaționale, cum ar fi Consiliul Europei și Națiunile Unite, solicitând totodată UE să ratifice Convenția Europeană a Drepturilor Omului și solicitând președintelui să adopte decretul de modificare dacă acesta este în conformitate cu Consiliul și Convenția.

4.1.2. Norme civile în alte jurisdicții

Alte țări est-europene au încercat, de asemenea, să restricționeze accesul la avort. În Ungaria vecină, de exemplu, guvernul de dreapta al premierului ungar Viktor Orbán a alocat mai

mulți bani spitalelor dacă acestea nu efectuează avorturi. Femeile din Ungaria trebuie să treacă prin două sesiuni obligatorii de consiliere înainte de a continua procedura de avort.

Între timp, în Slovacia, parlamentarii partidului de guvernământ au încercat în mod repetat să restricționeze accesul la serviciile de avort, deși eforturile lor au fost fără succes. Malta este națiunea UE cu cele mai stricte legi; avortul este ilegal în toate circumstanțele posibile în această țară predominant catolică. Cu toate acestea, femeile ocolesc interdicția țării comandând pastile de avort online. Unii călătoresc în străinătate pentru avorturi. Poziția Maltei cu privire la avort a ieșit în prim-plan atunci când Parlamentul European a ales-o președinte pe europarlamentarul de centru-dreapta Roberta Metsola. Metsola s-a opus mai multor rapoarte și politici care cer accesul la îngrijiri de avort sigure. Dar chiar și în țările în care avortul este legal, femeile se pot confrunta cu bariere informale în accesarea serviciilor de avort.

În Italia, aproximativ 70% dintre medicii ginecologi din peninsulă nu oferă servicii de avort din motive de conștiință personală. Acest lucru îngreunează accesul femeilor la avorturi sigure și în timp util, așa cum a remarcat organizația internațională Human Rights Watch, unele fiind nevoite să călătorească în străinătate pentru a obține îngrijirea de care au nevoie. Femeile se confruntă cu bariere similare în Spania, unde avortul este legal, dar trebuie să parcurgă sute de kilometri pentru a găsi un farmacist. Perioada de așteptare obligatorie dintre programările pentru avort și procedura în sine, efectuată nominal pentru a descuraja femeile să facă alegeri impulsive sau ignorante, este un alt obstacol.

De exemplu, în Belgia perioada de așteptare este de șase zile, în Italia sau Spania perioada de așteptare este de șapte zile. Proiectul de lege respins de Slovacia ar fi mărit timpul de așteptare obligatoriu al țărilor de la 48 de ore la 96 de ore.

Cu toate acestea, există și zone care promovează în mod specific accesul la serviciile de tratare medicală. În Irlanda, majoritatea alegătorilor în 2018 au susținut un referendum pentru a pune capăt interdicției avortului. Și la începutul acestui an, parlamentul olandez a votat pentru un proiect de lege care ar pune capăt perioadei de așteptare de cinci zile dintre consultare și procesul propriu-zis. Potrivit datelor culese de Ipsos.com, tendințele din nordul continentului favorizează dreptul la avort. În Suedia, 75% dintre respondenți spun că susțin dreptul femeilor de a avorta oricând doresc, iar 64% dintre olandezi sunt de acord. Lucrurile s-au schimbat și în Germania, unde dezbaterea despre avort s-a concentrat pe interzicerea așa-numitei reclame pentru avort. La începutul acestui an, Departamentul de Justiție a anunțat că guvernul federal va ridica interdicția

privind urmărirea penală a medicilor dacă aceștia furnizează „informații despre avort”. Din punct de vedere tehnic, avortul este încă ilegal în Germania, dar este permis în anumite circumstanțe, cum ar fi avortul în primele 12 săptămâni de sarcină și după ce femeia a primit consiliere.

Pandemia de coronavirus a forțat țările să ridice barierele și să caute soluții pentru îngrijirea sănătății reproductive a femeilor. Unele dintre aceste modificări pot persista. În Franța, de exemplu, femeile pot întrerupe o sarcină timpurie acasă folosind pastile de avort, după o consultație telefonică cu un medic. Organizația Națiunilor Unite a prelungit utilizarea pastilelor de avort la domiciliu până pe 29 august 2021. În septembrie 2021, la 43 de ani după ce marea vecină republică a Italiei, Jenny Peace, a legalizat avortul, anulând o lege din 1865. După aceea, avortul era permis numai în cazurile în care viața mamei era în pericol sau în care apăreau anomalii la făt care „pun un risc substanțial pentru fizic sau afectează sănătatea mintală”. Avortul este o problemă extrem de controversată în acest stat mic, cu o puternică moștenire catolică. De fapt, mica regiune muntoasă din centrul Italiei era încă printre cele mai întârziate state din Europa, alături de Malta, Andorra și Vatican, la interzicerea strictă a avortului, chiar și în cazuri de viol, incest, boli fetale sau risc de avort, atunci când mama este sănătoasă. [178] Francesca Nicolini, liderul Uniunii femeilor din San Marino, a declarat la acea vreme că „Poporul nostru a făcut un pas înainte și, în cele din urmă, ne-a adus în mileniul trei, iar politicienii noștri vor trebui să-și amintească că trebuie să acționeze cu celeritate și mai bine când vine vorba de toate drepturile omului.”

Potrivit Centrului pentru Drepturile Reproductive, o organizație globală de advocacy citată în revista TIME, arată că există 24 de țări în lume în care avortul este acum răspândit. Acestea includ state precum Andorra și Malta în Europa, El Salvador și Honduras în America Centrală, Senegal și Egipt în Africa și Filipine și Laos în Asia. Aproximativ 90 de milioane de femei aflate la vârsta fertilă trăiesc în țări care interzic avortul. Alte țări care interzic avortul includ Djibouti, Guineea-Bissau, Madagascar, Republica Democrată Congo, Nicaragua, Surinam, Haiti, Republica Dominicană și națiunea insulară Palau din Oceania. Activiștii din multe dintre aceste țări continuă să ceară relaxarea restricțiilor privind avortul.

Legile dure din El Salvador, introduse în 1998 după o campanie a ramurilor conservatoare ale Bisericii Catolice, au dus la condamnarea a zeci de femei pentru „crimă de onoare” și violarea copiilor. În martie 2022, mii de femei din El Salvador au protestat pentru a cere o amânare de la interdicția de a permite avorturile în cazuri de viol, dacă fătul nu este viabil sau dacă este în măsură să pună capăt vieții punând femeia în pericol.

Avortul este disponibil numai atunci când viața mamei este în pericol în Coasta de Fildeș, Libia, Uganda, Sudanul de Sud, Irak, Liban, Siria, Africa, Yemen, Bangladesh, Birmania, Sri Lanka, Guatemala, Paraguay sau Venezuela, așa cum a fost scris în septembrie anul trecut, în 2019, în cotidianul francez Le Parisien. În Brazilia, accesul la avort este, de asemenea, sever restricționat, în cazuri de viol, pericol pentru mamă sau probleme grave ale fătului. În 2017, Chile a pus capăt a aproape 30 de ani de interdicere completă a avortului, acum autorizat în cazurile care pun în pericol viața mamei, a violului și a copilului mic. În Argentina, Congresul a adoptat un document în decembrie 2020 care permite avortul până la 14 săptămâni de sarcină. „Până acum a fost bine” să se permită doar în cazuri de violență sau pericol pentru viața mamei. Noua Zeelandă nu a legalizat avortul până în martie 2020. În Australia, Queensland a legalizat avortul în octombrie 2018, iar în New South Wales, doar un stat a legalizat avortul. Pe 10 septembrie, Curtea Supremă mexicană a declarat neconstituțională o lege de stat din Coahuila (nord) care a incriminat procesul de avort, deschizând calea unei legi naționale în această materie. În această țară, avortul este legal înainte de 12 săptămâni, dar unele state mexicane au făcut eforturi mari din 2007 pentru a forța femeile să „protejeze viața femeii însărcinate”. În Coreea de Sud, cea mai înaltă instanță a țării a ridicat în aprilie 2019 interdicția avortului, considerând-o neconstituțională și a cerut modificări ale legii extrem de restrictive. [22]

În general, femeile din Europa, America de Nord și Oceania beneficiază de cele mai liberale legi, care recent au uneori interdicții.

Potrivit Centrului pentru Drepturile Reproductive, în țări precum Japonia, India și Canada, precum și în mare parte din Europa și Statele Unite, mai mult de jumătate dintre femeile de vârstă reproductivă pot accesa în siguranță servicii de avort, fie la cerere, fie pentru tratament, din motive sociale sau economice. 72 de țări, printre care Franța și Germania, permit avortul până la o vârstă gestațională limitată, cel mai frecvent termen fiind săptămânile, iar în aceste țări există de obicei câteva excepții care permit avortul și mai târziu. În Marea Britanie, de exemplu, există o limită de avort de 24 de săptămâni, dar dacă copilul are o dizabilitate, cum ar fi sindromul Down, sarcina poate fi întreruptă înainte de naștere. Europa de Nord rămâne un bastion pentru drepturile la avort, cu o viziune globală asupra drepturilor la avort și asupra țărilor cu cea mai mare probabilitate de a avorta. Repercusiunile unei decizii a Curții Supreme din SUA care amenință să anuleze 50 de ani de acces liber la avort pot fi resimțite în toată Europa, unde activiștii au contestat și și-au început eforturile de a lupta pentru limitarea accesului la avort. [150]

De cealaltă parte a Atlanticului, Europa este adesea văzută ca un bastion al libertății când vine vorba de ușurința accesului la avort, potrivit unei analize a Politico Europe. Dar, în timp ce Parlamentul European a declarat anul trecut că accesul la avort este un drept fundamental al omului care trebuie garantat, în practică, accesul la avort în Europa variază foarte mult. Majoritatea țărilor UE permit avortul în primul trimestru de sarcină.

Cazul care schimbă totul din nou: *Roe v. Wade*. În Statele Unite, avortul a fost legalizat printr-o celebră decizie a Curții Supreme a SUA („*Roe v. Wade*”) în 1973, suspendând majoritatea restricțiilor impuse în 1973. Oyez.org, din SUA, prin Norma McCorvey, femeia identificată în documente legale sub pseudonimul Jane Roe, a intentat un proces împotriva lui Henry Wade, șeful comitatului Dallas din statul american Texas. Cazul a contestat legea din Texas care interzice avortul, cu excepția la discreția medicilor pentru a salva viețile femeilor. Avocații femeii au susținut că legile din Texas restricționau în mod neconstituțional dreptul femeilor de a lua decizii personale de supraviețuire cu viața lor – un drept garantat de Amendamentele 1, 4, 5, 9 și 14 la Constituția Americii. Trei ani mai târziu, cazul a ajuns la judecătoria Curții Supreme, pronunțându-se în dreptul la avort. Ei au susținut că Constituția SUA protejează dreptul femeilor la avort și protejează libertatea femeilor de a alege să avorteze fără dreptul de a interveni al guvernului SUA. Decizia instanței a stârnit controverse și mai multe încercări rebele ale politicianilor conservatori de a o inversa prin diferite legi adoptate la nivel local.

Potrivit Asociației Istoricilor Americani, în martie 2016, fostul și actualul președinte al SUA Donald J. Trump – singurul candidat la acea vreme – a declarat că femeile care au avortat ar fi protejate dacă avortul ar fi ilegal în Statele Unite. Ulterior, Trump și-a retras declarația, dar nu a ezitat să participe la un marș anti-avort în 2020, devenind primul președinte al SUA care s-a alăturat unei astfel de mișcări. Cu doar trei ani înainte ca Trump să se implice, vicepreședintele său, Mike Pence – un evanghelic deschis – a făcut același lucru. Deși Trump nu a propus nicio legislație anti-avort în această chestiune, fostul președinte american a început să facă lobby prin mai mulți politicieni republicani, care au început să adopte legi anti-avort în statele lor respective. [150]

BBC News a raportat la începutul anului 2020 că în 2019, 17 state din SUA au adoptat o anumită formă de restricție a avortului. Într-o întorsătură șocantă a istoriei, Texas a fost din nou în centrul unei controverse despre avort, după ce Curtea Supremă a refuzat în septembrie 2021 să blocheze o lege adoptată de parlamentarii de stat din sudul SUA care interzice avortul după 6

săptămâni. Este interzis după detectarea bătailor inimii embrionare. Singura excepție este o urgență medicală. După ce un democrat pro-avort a preluat mandatul, mișcarea anti-avort a crescut în rândul politicianilor republicani, care au devenit extremiști.

The New York Times relatează că guvernatorul Florida Ron DeSantis a semnat o legislație în februarie 2022 care interzice majoritatea avorturilor după primele 15 săptămâni de sarcină. Legea a intrat în vigoare la 1 iulie 2022 și se bazează pe o lege similară în statul american Mississippi. Pe 21 aprilie, un judecător a blocat temporar proiectul de lege sponsorizat de DeSantis. În Oklahoma, politicienii au votat deja pentru un proiect de lege care interzice avortul după doar 6 săptămâni de sarcină. Dacă Curtea Supremă va anula oficial *Roe v Wade*, legea Oklahoma ar putea deveni realitate și ar putea duce la o reducere semnificativă a numărului de avorturi în rândul femeilor. Guvernatorul republican din Oklahoma, Kevin Stitt, a semnat ulterior o legislație care interzice aproape permanent dreptul la avort, cu excepția cazului în care viața femeii însărcinate este în pericol. Condamnarea pentru avort presupune o pedeapsă maximă de 10 ani de închisoare și o amendă de 100.000 de dolari.

Institutul Guttmacher estimează că 58% dintre femeile din SUA care trăiesc în statele americane se opun sprijinului pentru avort. Dacă *Roe v Wade* intră în vigoare în lunile următoare, este posibil doar ca aproximativ 26 de state să adopte inițiative legislative care vizează interzicerea avortului, 13 dintre ele într-o perioadă foarte scurtă de timp. Impactul pe care l-ar avea o hotărâre judecătorească precum abolirea dreptului legal la avort este oarecum devastator pentru tinerii părinți sau părinții părinților singuri, care se luptă adesea să ia cele mai bune decizii financiare și de viață la momentul respectiv, experții de referință pentru știrile BBC.

4.1.3 Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului față de problematica avortului

Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului cu privire la avort este esențială. În principiu, CEDO decide ceea ce, pe termen mai scurt sau mai lung, va fi acoperit pe plan intern de statele care au semnat Convenția Europeană a Drepturilor Omului (denumită în continuare Convenția) în legile lor.

În cazul avortului, considerăm că principalele probleme asupra cărora CEDO a fost chemată să decidă se referă chirurgical la următoarele:

1. Dacă fătul are dreptul la viață, deci dacă sunt îndeplinite prevederile art. 2 din tratatul care garantează dreptul la viață;

2. Dacă o femeie însărcinată are un drept mai mult sau mai puțin limitat la avort;

3. Dacă unei femei însărcinate i se recunoaște dreptul la avort, statul are anumite obligații de a se asigura că acest drept este acum în vigoare.

Dar problema de bază a definirii domeniului de aplicare a dreptului la viață rămâne de rezolvat. Soluțiile la alte întrebări despre avort decurg logic din răspunsul la această întrebare. Una dintre cauzele statutului ambiguu al fătului provine din faptul că, în art. 2 din Convenție, nu se face referire la momentul la care începe asigurarea de viață [156], iar excepțiile prevăzute la paragraful 2 al art. 2 nu se aplică nici la avort. În plus, deși Convenția prevede că „legea va proteja dreptul la viață al oricărei persoane”, ea nu explică termenul „ființă umană”.

De asemenea, CEDO a fost chemată să analizeze și alte articole ale Convenției privind avortul, precum articolul 3 (privind interzicerea torturii), articolul 8 (privind dreptul la respectarea vieții private și de familie) sau art. 14 (privind interzicerea discriminării).

Ar trebui să remarcăm aici că legalitatea întreruperii accesului la sarcină este legată material de problema privind rezultatul sarcinii. Nu putem să nu observăm că statutul său ambiguu provine din faptul că art. 2 din Convenție nu definește legal termenul „viață”. În absența unei definiții, se pune întrebarea dacă aceasta include atât viața intrauterină, cât și cea extrauterină. Articolul 4 al Convenției SUA privind Drepturile Omului prevede că dreptul la viață este protejat din momentul conceperii copilului. Fără nicio referire la momentul din care viața este protejată, în art. 2 din Convenția Europeană prevede că dreptul la viață al oricărei persoane este protejat de lege. Din această perspectivă, este de remarcat că întrucât la alin. (1), art. 2 din Convenție vorbește despre dreptul la viață recunoscut de toată lumea, este clar că expresia se referă în mod specific la persoana fizică, persoana umană.[212] Fără îndoială, în sensul art. 2 din Convenție, persoană înseamnă orice ființă umană din momentul nașterii până la moarte. Întrebarea care se pune este dacă un copil nenăscut are dreptul la viață în temeiul acestei secțiuni.

În cele ce urmează, vom analiza deciziile luate de Curte cu privire la statutul pe care ar trebui să-l aibă avortul sau cele strâns legate de problematica avortului, precum dreptul la viață fetală.

a. În cazul D. contra Irlandei

În situația de fapt dedusă CEDO în acest caz, reclamanta, însărcinată cu gemeni, află că unul din fetuși a decedat, iar celălalt prezintă grave deficiențe. În consecință decide să avorteze. Din cauza legislației extrem de restrictive a Irlandei, care permite avortul doar când viața femeii însărcinate este în pericol, reclamanta este nevoită să meargă în Marea Britanie pentru a avorta. Reclamanta invocă în special faptul că legislația Irlandei nu permite avortul atunci când fătul prezintă probleme de sănătate, precum și faptul că medicilor irlandezi le este interzis să ofere informații despre realizarea unui avort în străinătate.

Plângerea a fost considerată inadmisibilă, deoarece reclamanta nu epuizase toate căile de atac interne. Hotărârea a fost pronunțată în iunie 2006.

Hotărârea este practic irelevantă, deoarece Curtea nu s-a pronunțat pe fond. Totuși este importantă din punct de vedere al obiectului cererii.

b. Cazul Vo c. Franței

În acest caz, în fapt, în urma unei erori comise de un medic, reclamanta a fost supusă unei proceduri de înlăturare a unui sterilet, deși trebuia să i se efectueze un simplu consult ginecologic, ea fiind însărcinată în luna a șasea. Eroarea a provenit dintr-o confuzie între reclamantă – pe nume Thi-Nho Vo, de origine vietnameză – și o altă pacientă – pe nume Thi Thanh Van Vo. Acesteia din urmă trebuia, de fapt, să i se înlăture steriletul. Confuzia a fost alimentată și de faptul că reclamanta nu vorbea foarte bine limba franceză. Astfel, medicul, consultând fișele medicale, a crezut că reclamanta este pacienta care dorea să i se scoată steriletul și a inițiat procedura corespunzătoare, perforând sacul amniotic. Medicul si-a dat seama de eroarea comisă, dar în ciuda eforturilor, reclamanta a pierdut sarcina. În consecință, reclamanta a cerut instanțelor franceze tragerea la răspundere a celor vinovați pentru uciderea din culpă a fătului.[213]

Instanțele franceze au considerat însă că dispozițiile privind uciderea din culpă nu se aplică în acest caz, deoarece fătul nu este o persoană.

Instanța s-a abținut de la un răspuns definitiv și nu a fost nevoie să clarifice starea fătului. Curtea și-a apărut poziția susținând că nu există un consens în majoritatea statelor părți la Convenție cu privire la poziția fătului din perspectivă juridică, medicală, filozofică, religioasă sau

științifică. În plus, există diferențe semnificative între legile care guvernează poziționarea fătului în fiecare stat. Instanța concluzionează că ar fi greșit să se aplice o singură regulă morală.

Curtea precizează că fiecare stat trebuie să decidă dacă recunoaște sau nu dreptul fătului la viață.

Instanța a observat însă că, în cauza dedusă judecății, interesele gravidei au coincis cu interesele bebelușului. Cu toate acestea, s-a presupus că acest interes comun nu trebuie neapărat să obțină o protecție prin intermediul legii penale. Astfel, dacă legea națională, în cazul nostru legea franceză, permite obținerea cel puțin a unor reparații de natură civilă, acest interes care a fost lezat este suficient protejat. Curtea a considerat că această chestiune a obținerii unor despăgubiri este independentă de faptul de a stabili dacă art.2 se aplică sau nu și fătului. Astfel, atât timp cât este recunoscut dreptul de a obține o reparație, chiar de natură civilă, art. 2 din Convenție nu este încălcat. Aceasta, chiar dacă s-ar admite că art. 2 se aplică fătului. [213]

c. În Cazul Christodoulou contra Greciei [214] Curtea afirmă: „Nu este oportun să se stabilească dacă fătul beneficiază de un drept la viață recunoscut de art. 2 din Convenția Europeană”. În fapt, reclamanta a născut un copil mort și, prin urmare, a intentat un proces pentru omor din culpă. Instanțele locale au achitat-o pe medicul ginecolog de această infracțiune, și nu a fost condamnată pentru vătămare corporală, conform legii elene, pentru că fătul nu beneficiază de un drept recunoscut la viață. Prin urmare, așa cum se arată în decizia *Vo v Franța*, statele au dreptul de a respecta obligațiile pozitive care decurg din respectarea dreptului la viață atunci când instituie un sistem juridic care permite cel puțin acțiuni civile, dacă un copil este băiat născut mort, dar pentru că un astfel de sistem în Grecia nu există, Curtea nu a luat în considerare recursul.

d. Cazul Boso c. Italiei

În acest caz, petentul a solicitat instanței să statueze că legea italiană, care permite avortul în anumite circumstanțe, încalcă dreptul la viață al fătului, astfel cum este prevăzut la articolul 2 din Convenție. Legea italiană, care permite avortul în anumite circumstanțe, a asigurat un echilibru adecvat între ceea ce este important pentru femeia însărcinată și copil, și Curtea a decis, concluzionând că nu a existat nicio încălcare a articolului 2. Dincolo de aceasta s-a stabilit că o femeie însărcinată nu poate fi controlată de bărbatul său, care nu poate nici să participe la decizia ei de avort.[214]

e. Cazul Tysiac c. Poloniei

În acest caz, în fapt, reclamanta, care suferea de miopie severă și care avea deja doi copii, a dorit să avorteze. Mai mulți medici au atestat faptul că sarcina și nașterea i-ar putea afecta în mod grav vederea. Totuși medicii au refuzat să emită un certificat care să ateste faptul că se recomandă avortul terapeutic, motivând refuzul prin faptul că agravarea problemelor oculare ar putea fi evitată dacă reclamanta ar naște prin cezariană. Astfel, reclamanta a fost nevoită să-și ducă sarcina la termen. După naștere, vederea i s-a deteriorat însă foarte mult, existând riscul de orbire.

Curtea a decis că, în acest caz, a existat o încălcare a art. 8 al Convenției prin faptul că statul polonez nu și-a îndeplinit obligația pozitivă de a lua toate măsurile necesare pentru a asigura respectarea vieții private a reclamantei. Mai mult, Curtea precizează că încălcarea art.8 a constat în faptul că legea poloneză nu prevede o procedură eficientă prin care apelanta să poată ataca decizia doctorilor de a-i refuza cererea de realizare a avortului. În plus, pentru ca o asemenea procedură să fie eficientă, femeii însărcinate ar trebui să i se acorde dreptul de a fi ascultată și de a lua în considerare cele expuse de aceasta, punctul de vedere, iar decizia autorității de control trebuie să fie temeinic motivată. De asemenea, timpul fiind esențial în chestiunile privind avortul, o asemenea procedură trebuie să se desfășoare cu celeritate. Curtea a avut în vedere faptul că legea poloneză permite obținerea unor despăgubiri pentru prejudiciul suferit în cazuri de genul celui dedus judecății, dar a subliniat că aceste prevederi pot produce efecte doar retroactiv, fără a înlătura vătămarea ireversibilă a sănătății reclamantei.

Curtea a mai precizat și în acest caz că nu este în obligația sa de a analiza dacă există în textul Convenției garanția dreptului la avort. [215]

f. În cazul A, B, C c. Irlandei

În decembrie 2009, aceeași instanță a dezbătut cazul cunoscut sub numele A, B, C contra Irlandei. În speță, trei femei, care nu au obținut în Irlanda dreptul de a face avort, au fost nevoite să meargă în Marea Britanie pentru a avorta. După realizarea avortului, ele s-au adresat Curții pe motiv că restricțiile extreme referitoare la avort din Irlanda le-au încălcat drepturile garantate de Convenție. Reclamantele au arătat că legislația irlandeză în privința avortului încalcă dreptul la viață, garantat de art.2 din Convenție, deoarece, cel puțin pentru una dintre ele, bolnavă de cancer, păstrarea sarcinii i-ar fi putut pune în pericol viața. De asemenea, ele susțin că li s-a aplicat un

tratament inuman și degradant, prin faptul că au fost nevoite să călătorească în afara țării și să plătească sume mari pentru a putea realiza avortul într-o altă țară, încălcându-se astfel art. 3 din Convenție. De asemenea, ele au invocat și încălcarea art.8 din Convenție, care garantează respectarea vieții private și de familie, deoarece legislația irlandeză, prin restricția referitoare la avort, realizează un amestec nejustificat în viața privată și chiar de familie. În același timp, deoarece în Constituția irlandeză nu este clar definit cuvântul „nenăscut”, fapt ce dă naștere la interpretări, se consideră că este încălcat același art.8, deoarece interpretarea neunitară dă naștere la abuzuri. Este invocat și art.14, care interzice discriminarea, deoarece politica avortului pune femeile într-o situație de inferioritate față de bărbați, deși conceperea unui copil ar trebui în mod necesar să atragă consecințe pentru ambii părinți. De asemenea, se susține că restricția cu privire la avort din Irlanda nu-și atinge scopul pentru care a fost instituit, din moment ce femeile pot efectua avortul în altă țară; prin urmare, menținerea legislației actuale supune femeile care vor să avorteze unor cheltuieli și eforturi excesive și nejustificate.[216]

Curtea a decis că art.8 al Convenției nu stabilește un drept la avort. Se afirmă faptul că statele semnatare ale Convenției au o largă marjă de apreciere în privința avortului. Totuși a decis că în acest caz se produsese o încălcare a art. 8, prin faptul că legislația irlandeză nu prevedea o procedură accesibilă și eficientă prin care să se stabilească în mod clar dacă o femeie care vrea să avorteze se încadrează în una dintre situațiile extrem de restrictive în care avortul este permis în Irlanda.

Așadar, Curtea a afirmat că statele nu sunt obligate să asigure accesul femeilor la avort. Cu toate acestea, în cazurile în care legea stabilește un astfel de drept, condițiile prealabile pentru exercitarea acestuia trebuie să fie îndeplinite în conformitate cu legea.[216]

g. Cazul R.R. c. Poloniei

În acest caz, reclamanta, însărcinată în 18 săptămâni, a fost informată de către medic despre posibilitatea ca fătul să prezinte o malformație. La indicația mai multor medici, femeia a dorit să efectueze o amniocenteză, care ar fi oferit mai multe informații asupra stării fătului, dar majoritatea medicilor la care a apelat au refuzat să realizeze această procedură. Abia în săptămâna a 23-a de sarcină reclamanta a reușit să efectueze amniocenteza, care a confirmat boala de care era afectat fătul. Rezultatele i-au fost comunicate reclamantei abia

în săptămâna a 25-a de sarcină. În fața unei asemenea situații, femeia a dorit să avorteze, considerând că situația sa se încadrează în cele în care legislația poloneză permite avortul. Însă medicii au refuzat să își dea acordul cu privire la realizarea avortului, motivând că sarcina se află într-un stadiu prea avansat, fătul fiind viabil. Reclamanta a dat naștere unei fete care prezintă sindromul Turner, o afecțiune genetică. Instanțele poloneze au recunoscut dreptul reclamantei la despăgubiri civile, pe motiv că i s-a refuzat în mod repetat și nejustificat efectuarea testelor necesare și că a fost încălcat dreptul său la informare.[217]

Curtea a constatat că s-a produs o încălcare a art. 3 și a art. 8 din Convenție.

În privința art. 3, Curtea a precizat că s-a produs o încălcare, deoarece reclamanta a suportat o perioadă de câteva săptămâni incertitudinea cu privire la starea fătului și, implicit, cu privire la viitorul său și al familiei sale. Astfel, reclamanta a fost supusă unui tratament inuman și degradant. Faptul că medicii reclamantului au întârziat inutil procedurile și nu i-au oferit acces liber la informațiile de care avea nevoie a contribuit la incertitudinea situației. Acest lucru este adevărat în ciuda faptului că informațiile și testele prenatale sunt liber accesibile în conformitate cu legislația poloneză.

În ceea ce privește articolul 8, Curtea a observat mai întâi că aceste prevederi se vor lua în considerare în cazul de față deoarece avortul este reglementat într-un mod care încalcă viața privată. Aceasta afirmă că are o gamă mai largă de înțelegere în ceea ce privește statutul avortului. Cu toate acestea, cadrul juridic și procesual trebuie să fie corespunzător și să asigure o aplicare eficientă de îndată ce un stat decide să permită avortul în anumite circumstanțe.

De asemenea, Curtea a precizat că, deși trebuie respectată libertatea de conștiință a medicilor, statul trebuie să organizeze sistemul sanitar în așa fel încât respectarea acestui drept al medicilor să nu împiedice realizarea dreptului cetățenilor de a avea acces la toate serviciile medicale legale.

Mai mult, Curtea a mai precizat că statele trebuie să ofere căi de atac efective pentru a aborda situații precum faptul că reclamantul a fost prezent. Remediile care au doar efect retroactiv, pentru repararea oricăror prejudicii survenite, sunt inadecvate și nu împiedică încălcarea drepturilor statutare[217].

h. Aceeași problemă ca motivul de mai sus poate fi găsită și într-o speță din 2014 soluționată de Curte, **A.K. v. Letonia** [218], situație care dacă a fost pozitiv soluționată de Curtea Europeană de Justiție care a reafirmat în mod voluntar autonomia femeii însărcinate, hotărând că a încălcat

dreptul reclamantei la viață privată (articolul 8 din Convenție). De altfel, petenta a susținut că nu a primit îngrijiri medicale adecvate și în timp util, ceea ce ar fi expus-o riscului unei anomalii la copil (fapt confirmat de venirea pe lume a unui copil cu sindrom Down) și aceasta ar fi determinat posibilitatea de a decide dacă să aducă copilul pe lume. Cu privire la oprirea sarcinii, Curtea a subliniat la punctul 63 din hotărârea sa că „decizia femeii de a duce sarcina la termen, intră în domeniul vieții personale și al libertății și, prin urmare, se referă la legea care reglementează întreruperea sarcinii. a sarcinii în ceea ce privește viața personală.” Deoarece petenta a susținut că dreptul ei de a se supune unui examen fizic și, prin urmare, dreptul său de a alege dacă să facă sau nu un avort, a fost încălcat, Curtea a motivat că acest caz „nu a implicat în mod direct decizia petentului dacă dorește să continue. sau . întrerupe sarcina, nu sarcina, dar ridică problema dacă i s-au oferit informațiile necesare și dacă asistența medicală și legislația internă”. Prin urmare, Curtea a motivat că „în cazul în care o plângere se referă la exercitarea dreptului la acces efectiv la informațiile de sănătate, aceasta se referă la viața personală și de familie în temeiul art. 8 din Convenție”.

Într-o altă speță, și anume **Brüggemann și Scheuten c. Scheuten**, 1998, anii 1980 au fost considerați cei mai eficienți. Comisia RFG [219] s-a abținut, de asemenea, să decidă cu privire la statutul rezultatului sarcinii, plasându-l mai mult pe motivul vieții private a mamei, dar făcând referire în mod expres la sintagma „altă protecție”, cerințele legale referitoare la sarcină, se refereau la copilul nenăscut și, prin urmare, la posibile drepturi. În această privință, totuși, recunoaștem că, deși legile locale limitează avortul la anumite circumstanțe, nevoia de drepturi a femeii însărcinate este mai mare.

Prin urmare, Comitetul a considerat că întreruperea sarcinii în temeiul prevăzut de către Legea germană, a stabilit împrejurări speciale în care nu a existat nicio ingerință în exercitarea dreptului reclamantei la respectarea vieții private prin avort, în principiu, acesta a fost permis (deși într-un mod limitat), sub rezerva luării în considerare a stării de sănătate a femeii însărcinate. Curtea Europeană nu a fost prea strictă în această privință, pentru că tot ceea ce contează, este respectul care trebuie acordat confidențialității, adică dacă femeia însărcinată are dorința exprimată de a întrerupe sarcina, ea are și dreptul de a refuza să poarte un copil, dacă nu are, iar aceasta a fost deținută în afara dreptului femeii la propriul corp, parte a dreptului la viața privată și de familie, conform prevederilor art. 8 din Convenție.[219]

Concluzii privind poziția Curții Europene a Drepturilor Omului cu referire la problema avortului

Deși, aparent deciziile Curții nu sunt omogene, totuși credem că viziunea Curții nu și-a pierdut unitatea.

Oricum, problema avortului și a dreptului la viață al fătului, indiferent de ipostazele în care apare, este una extrem de delicată. Acest caracter rezultă nu numai din chiar esența chestiunii, ci și din faptul că statele membre ale Consiliului Europei au legislații foarte diferite în materie de avort. Practic, doar statele foste membre ale URSS sau ale Iugoslaviei au legislații care sunt aproape identice, deoarece majoritatea au păstrat, cel puțin ca bază, legislația fostelor federații. În rest, soluțiile pentru problema avortului sunt foarte diferite. Făcând o sinteză, putem afirma că, în majoritatea statelor europene, avortul este larg permis, cel puțin până la o anumită vârstă a sarcinii. Totuși, viziunile liberale ale statelor în privința avortului au luat forme foarte diferite. În plus, trebuie avut în vedere și componenta religioasă, care se afirmă puternic drept element de bază al Europei. Ori, în viziunea creștină, dominantă în Europa, avortul trebuie, în principiu interzis.

A impune o soluție unică, oricare ar fi ea, ar da naștere, fără îndoială, la reacții vehemente. Dacă s-ar consacra categoric dreptul la viață al fătului, majoritatea statelor ar trebui să-și modifice din temelii legislația privind avortul. Pe de altă parte, dacă s-ar afirma în mod clar că fătul nu are drept la viață, reprezentanții religiei ar invoca ignorarea brutală a aspectului religios, care a modelat forma Europei de astăzi, mai ales în cazul acelor state care se definesc drept state creștine, unele chiar prin Constituție.

Mai există un aspect, care probabil că joacă, de asemenea, un rol important în modul de abordare a problemicii avortului de către Curte. În ciuda eforturilor făcute de multiplele ramuri ale științei, nu există același punct de vedere raportat la existența vreunui moment în cursul evoluției intrauterine în care să se poată afirma că fătul dobândește caracteristicile definitorii ale statutului de persoană. Și probabil, un asemenea consens nici nu o să existe vreodată. Iar a încălca suveranitatea statelor pe baza unor simple presupuneri nu este o atitudine pe care să și-o dorească cineva.

Prin urmare, considerăm cea mai adecvată conduită a Curții este atunci când Curtea refuză să ofere soluții acolo unde enunțurile problemei sunt vagi, dar nu ezită să decidă unitar pentru existența drepturilor dacă are motive raționale să o facă. Așa se explică de ce Curtea nu recunoaște un drept universal valabil la avort, ci obligă statele care acceptă acest drept să ia măsuri pentru a-l

atinge. Este adevărat că textul convenției este unul viu și că el trebuie să se adapteze în permanență la realitate. Dar asta nu înseamnă că trebuie să-l raportăm la un viitor despre care nu putem decât să facem supoziții. În primul rând Convenția trebuie să se adapteze la ceea ce este în prezent. Iar realitățile din zilele noastre, dovedesc faptul că în prezent Curtea Europeană a Drepturilor Omului nu poate decât să se abțină de la a pronunța o soluție tranșantă în privința chestiunilor esențiale în materie de avort.

4.2. Consimțământul informat în contextul eutanasiei

4.2.1. Norme civile în Europa

Consimțământul informat a apărut ca un standard etic central în codurile medicale majore, cum ar fi Jurământul Hipocratic, Declarația de la Geneva din 1948 sau Codul Internațional de Etică Penală din Minnesota. [147]

Pacientul trebuie să știe că medicul va acționa numai în interesul său, în conformitate cu Declarația de la Geneva, și își va respecta dreptul de a decide ce vrea să facă. Conform Legii Drepturilor Omului, „orice adult fără o boală mintală are dreptul la autodeterminare”.

Din punct de vedere medical, elementele care trebuie incluse în consimțământul informat au fost stabilite de jurisprudența franceză, în cazul lui Teyssier [95], și s-a afirmat pentru prima dată în istoria dreptului Franței, prin ceea ce descrie el cu privire la medicul care „(...) . are drepturile unui pacient a cărui bază morală este respectul față de persoana umană” (...) și este obligat să:

- „(...) medicul este obligat, cu excepția cazurilor excepționale, să obțină acordul pacientului înainte de a efectua o operație și pentru încălcarea acestei îndatoriri (...) încalcă grav drepturile pacientului (...);
- „(...) un chirurg trebuie să informeze pacientul cu privire la natura exactă a operației pe care urmează să o efectueze, despre posibilele efecte secundare și despre procedurile alternative de tratament (...);
- „(...) neautorizat (...) este cauza (...)” (n.n. – vătămare). [112]

Cu toate acestea, decizia din cauza Teyssier a precedat alte decizii ale instanțelor franceze, care indicau că „este nevoie de consimțământul pacientului”.

Legile României și Republicii Moldova sunt deosebit de relevante pentru subiect. Este în mod evident preocupat de unde sunt datele, cum/când se realizează acest lucru, este explicat pe

scurt și oarecum inexact, după cum credem, în art. 8 teza I (din Legea nr. 46/2003), care vorbește despre „(...) limbaj politicos, clar și puțin extraordinar (...)”. Iată o explicație semantică clară pentru conceptul de sistematizare a limbajului. În mod clar, legiuitorul nu a avut în vedere probleme atât de definitive, destul de rezonabile, suficient, credem noi, cum este „minimizarea”, evitând sistematic pe cât posibil terminologia de specialitate rigidă care nu poate fi înțeleasă de pacient. Dreptul la informare despre starea de sănătate a pacientului este prevăzut și la art. 27 din Legea 422/1995 a Republicii Moldova prevede: „pacientul are dreptul la informare cu privire la procedurile medicale care i se aplică, cu privire la riscul potențial al acestora și eficacitatea clinică, în legătură cu abordări alternative, precum și în ceea ce privește screening-ul, prognosticul și tratamentul.”

Totuși, nu putem să nu remarcăm importanța pe care legiuitorul român o acordă formei lingvistice. În plus, toate legile urmează formatul scris, folosit doar ca mijloc de probă. Este de remarcat faptul că Legea nr. 95/2006, în art. 660, precizează că nu este necesar acordul scris decât „în cazuri de pericol iminent”. [134]

Legislația franceză oferă o definiție sintetică, prin care pacientul are dreptul de a fi „informat fidel, clar și adecvat despre starea sa, investigațiile și îngrijirile care i se recomandă”. [95]

Credem că forma franceză, de éclairée – elucidată, surprinde esența ideii de consimțământ într-un mod mai fericit, cu o anumită eleganță retorică, decât în Legea sănătății.

Din punct de vedere semantic, formularea cuprinde o gamă mai largă de semnificații decât conceptul de clarificare care se referă nu numai la conceptul de informație în sine, ci și la înțelegerea pacientului. [38]

În ceea ce privește mărcile legate de conținut și formă, dreptul francez se mulțumește să ridice loialitatea ca măsură morală, ce „are consecințe juridice”. [107]

Important, în opinia noastră, consimțământul poate fi obținut după ce pacientul a fost informat în mod corespunzător, în termeni clari, că este rezonabil, în raport cu starea sa de sănătate, anumite intervenții, alternative terapeutice, întreținere și tratamente existente, când i se prezintă, riscurile, precum și posibilele efecte secundare, rezultatele acestor intervenții, îngrijiri, tratamente, astfel încât pacientul să înțeleagă, să selecteze și să accepte serviciul medical care i se va presta ca persoana care avea dreptul, pentru ca cineva să-l folosească.

Temeiul legal pentru obligația de a informa pacientul este furnizat de:

- art. 22 din Constituția României și art. 24 din Constituția Republicii Moldova – Dreptul la viață și la integritate fizică și psihică;
- art. 4-12 din Legea drepturilor pacienților și art. 27 din Legea nr. 411/1995 privind asigurările de sănătate în Republica Moldova – Dreptul pacientului la informații medicale; - art. 649 și următoarele din Legea nr. 95/2006 – Titlul XV „Răspunderea civilă a medicilor și furnizorilor de produse și servicii medicale, igienice și medicale”;
- art. 6 din Decretul ministrului sănătății publice nr. 482/2007 pentru aprobarea Regulamentului de procedură privind aplicarea titlului XVI „Răspunderea civilă a medicilor și prestatorilor de servicii medicale și a unui serviciu medical, sanitar și de tratament” din Legea nr. 95/2006 privind reformele sectorului de sănătate – Consimțământul pacientului;
- este de remarcat faptul că dreptul francez are obligația de a susține principiul constituțional al respectării demnității umane. [185]

Potrivit legislației române și moldovenești, dreptul la demnitate se dobândește în mod explicit prin consimțământul informat în art. 76 alin. 1 din Codul civil și tot codificat în art. 48 din Codul civil al Republicii Moldova.

Justiția a fost flexibilă în ceea ce privește conținutul consimțământului informat. De menționat că avem trei elemente care dau conținut voinței pacientului și anume: înțelegerea, acceptarea și alegerea.

Deoarece informația se referă la evenimente speciale, pacientului îi este în mod obiectiv dificil să înțeleagă, și „în unele cazuri este aproape eșec”.

Evident, medicul nu își poate asuma o responsabilitate imposibilă, dar are responsabilitatea, în orice caz, având în vedere nivelul de înțelegere al pacientului, cultura sa, poziția sa etc., de a-i explica într-un limbaj accesibil detaliile specifice ale intervenției.

O limitare trebuie subliniată aici: în esență, medicului i se cere să traducă un document special într-o limbă comună.

Ca și în cazul oricărei „schimbări”, aceasta va duce inevitabil la o schimbare a semnificațiilor, așa că întrebarea este, cât de des poate face medicul acest lucru?

În opinia noastră, considerăm că medicul ar trebui să se limiteze la acele articole care descriu profesia de medic, în așa fel încât să fie mai ușor, păstrând în același timp acuratețea sensului unic.

Repetăm aici referirea la ceea ce considerăm a fi fericire rațională, folosită de autorii francezi, și anume etica loialității a explicației, termen care surprinde întregul sens al rolului medicului. [95]

Acceptarea este greu de justificat, având în vedere parametrii obiectivi de înțelegere a bolii, parametri care mențin caracterul specific de specialitate al profesiei de medic, ea (acceptarea) face un deziderat că este periculos să ai o identitate personală de avut.

Explicarea procedurilor, chiar și într-un limbaj cât mai ușor de înțeles pentru pacient, este dificil de realizat în practică.

Răspunsul, prin urmare, credem că are o valoare limitată, o limitare, totuși, nu trebuie interpretat împotriva unui medic, deoarece este de natură obiectivă și nu poate fi imputat acestuia.

Această decizie vine atunci când medicul recomandă pacientului diverse opțiuni de ajutor și vindecare, explicând severitatea acestora, consecințele riscului asociat și potențialele consecințe.

Dreptul la alegerea pacientului este, în circumstanțele menționate mai sus, oarecum stabil din punct de vedere juridic.

Este sigur că alegerea pacientului de proceduri mai puțin dureroase, invazive sau riscante va permite proceduri mai eficiente. Aici, de bună-credință, presupunem că loialitatea medicului față de pacient joacă un rol decisiv, așa că nu ezităm să caracterizăm consimțământul drept „cunoscut ca un rol de diligență, de resurse mai degrabă decât un rol de productivitate. În acest sens, Nathalie Albert sugerează „un spectru de rezultate ale acțiunii” dincolo de obligația de a obține consimțământul informat. [95]

Prin urmare, toate consecințele juridice trebuie să se refere la această natură juridică a răspunderii, care este responsabilitatea mijloacelor mai degrabă decât a rezultatelor.

Pe lângă buna-credință care ar trebui să caracterizeze datoria medicului de a dezvălui, pacientul are și obligații.

Rolul cheie al pacientului în această etapă este cooperant, în sensul că orice neînțelegeri cu privire la sensul informațiilor ar trebui rezolvate în momentul apariției deoarece, odată ce acțiunea medicală este acceptată, pacientul are dreptul să continue să continue, cu o acuzație de denaturare în legătură cu acele apeluri, cu efectul de a afecta permisiunea din greșeală.

S-a pus întrebarea ce riscuri este obligat medicul să le prezinte pacientului: doar cele mai frecvente sau cele mai grave? [101]

Cu alte cuvinte, un criteriu cantitativ, statistic sau calitativ despre amploarea riscului? În primul caz, rata statistică, este vorba despre frecvența producerii unui accident, în timp ce în al doilea caz, ordinea include din nou informații despre gravitate, gravitate care trebuie comunicată pacientului, chiar dacă frecvența pericolului, riscul ca acest lucru să se întâmple este statistic scăzut.

În general, dreptul francez a decis în favoarea aplicării ambelor standarde, în măsura în care această măsură a devenit lege în 2002, iar articolul 1111-2, alin. 1, a fost introdus în Legea sănătății publice, care prevede că „declarația că medicul este responsabil, ar trebui măsurat în termeni de accidente frecvente sau grave, și de obicei este exemplul”.

Dacă, în ceea ce privește riscurile frecvente, acestea sunt relativ ușor de apelat (de exemplu, în matematică simplă, sau statistici), cum poate fi definită severitatea?

Potrivit unei lucrări, accidentele grave care sunt susceptibile de a avea „consecințe estetice devastatoare, invalidante sau chiar grave sunt luate în considerare în termeni de consecințe psihologice sau sociale”. [53]

Desigur, putem evidenția aici o potențială problemă: care este limita superioară a frecvenței în statistici, adică în ce procent putem fi distruși de boală fără a fi în pericol, raportat la frecvența de apariție a acestuia, considerată gravă?

Într-adevăr, dacă rata de accident legată de intervenție depășește 50%, poate fi considerat un „risc doar statistic”?

În practică, cu o asemenea frecvență, poate medicul să profite de riscul care apare, ceea ce este cu siguranță o justificare a grevei?

Desigur, toate aceste aspecte trebuie luate în considerare atunci când se practică de către medici, în fiecare situație în parte.

Cu toate acestea, există unele situații care sunt demne de remarcat, și anume nivelul scopului terapeutic al intervenției, gradul de necesitate și gradul de proporționalitate între riscuri și rezultate.

În ceea ce privește această din urmă poziție, trebuie menționat că intervențiile medicale pur estetice au fost considerate de natură frivole în jurisprudență.

În ceea ce privește explicația pacientului asupra accidentelor grave, vechea jurisprudență germană citată de „Ioan Fruma în acest sens: „o descriere imparțială a tuturor efectelor secundare posibile și neplăcute poate descuraja pacientul de la operație care, deși convenabilă, implică riscuri pentru pacientul o condiție de a provoca supraexcitare care va afecta eficiența intervenției.” [47]

În fraza indicată mai sus, autorii francezi vorbesc despre necesitatea unui „prag medical de informare”. [55] Consimțământul trebuie exprimat, prin răspunsul la tăcerea bolii.

Este important că, în anumite circumstanțe, tăcerea unui pacient poate fi considerată receptivă „doar dacă este circumstanțială sau unică, sau poate fi interpretată numai în acest sens, având în vedere circumstanțele practicii medicale”. [53]

Aici, desigur, intervine problema procesului de consimțământ, un proces care necesită o privire mai atentă a implicațiilor juridice, așa cum se va vedea mai jos.

În ceea ce privește procesul de consimțământ, declarația verbală a pacientului, precum și consimțământul acestuia, este, fără excepție, un complex „mai mult de dovedit în cazul unei dispute ce tinde să implice răspunderea medicului”.

Într-adevăr, în principiu, dovezile de informare și consimțământ pot fi furnizate în orice mod prevăzut de lege: martori, opinii, condiții de serviciu etc.

Forma scrisă de informare și consimțământ este, desigur, cea mai eficientă și dezirabilă formă în care pacientul, în circumstanțele indicate mai sus, este informat cu privire la consimțământul său față de profesia medicală sau, dimpotrivă, refuzul acestuia.

Forma scrisă este prevăzută de legislația română (nu atât de Ordinul nr. 1411/2016) [104].

Implicațiile juridice ale formei scrise sunt, în opinia noastră, duble și trebuie analizate separat și corect:

- Prima consecință juridică, privind sarcina probei, creează o prezumție de consimțământ informat, în favoarea medicului. Prin urmare, în cazul unui litigiu, documentul cu acordul pacientului, în favoarea medicului, creează prezumția că acesta și-a îndeplinit îndatorirea „în conformitate cu legea în speță”.

- Pacientul trebuie să facă dovada că, în ciuda documentului furnizat, informațiile necesare pentru obținerea consimțământului său, fie pentru că au fost personale, și nu suficient de formalizate, fie pentru că au existat omisiuni importante, deci consimțământul său cu cerințe stabilite abia în 2019 prin lege.

Instanțele franceze au statuat încă din 1997 că sarcina probei în cazurile de răspundere medicală și în special obligația de informare a medicului se întemeiază pe paragraful 2 al art. 1315 din Codul civil francez, respectiv pe principiul că o persoană care pretinde că este liberă de îndeplinirea unei îndatoriri trebuie să fie justificată de costul sau de faptul că a încălcat datoria sa. [136] Prin urmare, Tribunalul Arbitral s-a pronunțat la 25 februarie 1997 : „medicul are datoria

strictă de a consulta pacientul și este de datoria acestuia să dovedească că a respectat această obligație”.

Soluția s-a bazat pe regulile art. 1315 alin.2 din Codul civil francez. S-a decis că ar fi prea supărător pentru pacient să dezvăluie un fapt inconfortabil.

Într-adevăr, aici intrăm într-o țară deosebit de „înzestrată” în controverse și contradicții într-o jurisprudență deja destul de contradictorie...

Al doilea efect juridic al formularului de consimțământ scris este că, după ce toate elementele cerute de legea relevantă au fost înregistrate și comunicate pacientului, după ce pacientul a semnat o confirmare a consimțământului (inclusiv regimurile de tratament), conduce un contract între doctor și pacient. Ne vom întoarce în această direcție, așa cum tind să dicteze doctrina și dreptul european, cu toate consecințele.

Ne vom limita aici să observăm că medicul este împovărat cu sarcini pe care nu ezităm să le descriem ca fiind adesea împovărătoare și, în orice caz, ambiguitatea este totuși suficientă pentru a produce un efect potențial înfricoșător al întregii doctrine juridice discutate.

Necesitatea stabilirii răspunderii medicale profesionale, cu o specificitate deosebită, este descrisă în documente de specialitate. Aceasta, credem noi, este una dintre principalele consecințe, care este de natură să limiteze efectele unei abordări paternaliste asupra pacientului, în defavoarea unui medic. [138]

Atâta timp cât medicul are îndatoriri legate de drepturile pacientului, considerăm necesară limitarea răspunderii acestuia printr-un audit, deoarece există o anumită specificitate profesională, pentru a obține echilibrul corect de care aveți nevoie între rolurile medicului și drepturile pacienților.

Evidențiind acest fapt, Nathalie Albert a subliniat: „dezvoltarea necontrolată a obligației de a furniza informații medicale nu este inofensivă, iar conceptele încă imperfecte ale dreptului la despăgubire în raport cu încălcarea (n.n. – a acestei obligații) nu trebuie resimțite de nevoia de a-și limita pentru a masca cele întâmplare. [95]

Adăugăm că, în sprijinul teoriei răspunderii profesionale, cu caracterul retroactiv al consimțământului sunt asociate criterii specifice, distincte. Caracterul retroactiv al consimțământului plasează rolul medicului mai mult în ceea ce privește răspunderea contractuală, în special în profesia de medic, adică din această perspectivă, să fie derivată din regula comună și

stabilită în orice datorie care, dacă nu fără să piardă din vedere interesele și drepturile pacientului, dar și pentru a proteja medicul de posibile consecințe excesive.

Argumentul suplimentar este că nu este doar reversibil, ci ar trebui să fie prezentat și, prin urmare, pus la dispoziție în fiecare etapă a intervenției profesiei medicale.

În caz de urgență sau necesitate medicală art. 15 din Codul cu privire la drepturile pacienților, care codifică legea română, prevede că „Dacă pacientul are nevoie de îngrijiri medicale de urgență, acesta are nevoie și de acordul reprezentantului legal” [191]

Evident, urgența înseamnă și cerințe stricte care, de altfel, sunt impuse de toate legile din lume, deci destul de stricte.

În literatura de specialitate există și cazul privind incapacitatea intenționată de a obține consimțământul, cum ar fi refuzul pacientului.

Deși lucrurile sunt oarecum clare cu privire la urgență și incompetență, nu se știe exact ce trebuie făcut în caz de refuz. Problema este foarte sensibilă pentru că pacientul are și obligații, și este importantă, în aceste condiții, obligația de a coopera.

Considerăm că medicul ar trebui să informeze pacientul despre consecințele refuzului și să-i sublinieze limitele „loialității” despre care vorbește doctrina franceză.

Un concediu este încetarea unui drept, prin urmare trebuie să îndeplinească exact aceleași condiții ca și consimțământul și anume: să fie liber (nu impus); să se limiteze la orice parte a tratamentului, iar dacă medicul descoperă ulterior noi posibilități, el sau ea trebuie să informeze pacientul; refuzul, ca și consimțământul, este reversibil. Prin urmare, credem că nu se poate aștepta o demitere, deși doctrina nu este unitară în acest sens. [132]

Art. 7 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților stipulează faptul că pacientul are dreptul de a alege dacă rămâne dispus să fie informat, chiar dacă informațiile furnizate provoacă „medicului durere”. [131]

Notă: medicul trebuie să confirme că persoana este capabilă, că nu a făcut o greșală și nu este presată să renunțe.

Natura loială a relației medic-pacient subminează, de asemenea, loialitatea pacientului față de deciziile care sunt luate, o loialitate care include „responsabilități reciproce pe care le au în cadrul acestei relații”.

Rețineți că nu ne referim la malpraxis, ci la lipsa de informații despre riscuri. Este important să știm ce se întâmplă atunci când intervenția, deși exactă, provoacă unul dintre cele mai frecvente hazarde naturale sau pondere statistică.

Trei reforme juridice au perturbat doctrina în acest sens : răspunderea totală, teoria pierderii oportunității și teoria „compensației” parțiale, comparative.

După cum am indicat, Curtea de Justiție Franceză în cauza Teyssier a stabilit pentru prima dată în istoria dreptului francez că „(...) pacientul are drepturi a căror bază morală este legată de persoana umană” (...) și a stabilit, de exemplu că :

- „ (...) medicul este obligat, cu excepția cazurilor excepționale, să obțină acordul pacientului înainte de a efectua o operație și prin încălcarea acestei îndatoriri (...) încalcă grav drepturile pacientului (...)”;
- „ (...) chirurgul trebuie să informeze medicul pacientului cu privire la natura exactă a operației pe care urmează să o efectueze, posibilele efecte secundare ale acesteia și alte tratamente (...)” ;
- „ (...) neautorizarea (...) este cauza (...)” (n.n. – vătămare). [112]

Ni se pare de prisos. O procedură medicală efectuată corespunzător nu justifică, în opinia noastră, răspunderea deplină pentru un risc inerent.

Neinformând pacientul cu privire la o procedură adecvată, acesta a pierdut pur și simplu ocazia de a nega posibilitatea riscului (statistic), care ar fi apărut chiar și în împrejurările în care a fost dezvăluit.

Teoria pierderii capacității se bazează pe incertitudinea apariției riscului, incertitudine care se aplică medicului și care nu poate fi revendicată de pacient deoarece este o simplă (într-adevăr, frecventă statistic) reprezintă probabilitate.

Prin urmare, nedeazăluirea, în contextul unei obiecții legitime, nu ar justifica acordarea de daune morale pacientului, întrucât accidentul s-ar fi produs chiar dacă acesta ar fi fost informat, însă instanța a apreciat că a pierdut probabilitatea producerii unui accident statistic recurent care ar fi trebuit să fie subiectul articolului. A fost o decizie a Curții de Justiție din Franța.

S-a reținut că certitudinea producerii prejudiciului nu a putut fi invocată ca urmare a producerii accidentului, prejudiciul s-ar fi produs oricum, deși pacientul fusese informat despre pericolul producerii acestuia.

Teoria parțială a daunelor proporționale cu frecvența accidentului nu a fost atacată.

În teză se afirmă că pacientul nu este conștient de riscul de vătămare, întrucât medicul a efectuat corect intervenția, nu poate cere ca simplul incident din momentul intervenției să fie rezolvat.

Cu toate acestea, instanțele au convenit asupra conceptului de despăgubire parțială a prejudiciului, care ar urma să fie evaluat în funcție de circumstanțele cauzei.

Există doar câteva considerații teoretice cu privire la implicațiile juridice ale consimțământului informat, la care revenim pentru a stabili natura juridică a răspunderii în relația medic-pacient: răspunderea delictuală sau răspunderea contractuală?

Declarația privind promovarea drepturilor pacienților în Europa a fost făcută publică la Forumul European al Organizației Mondiale a Sănătății, care a avut loc între 28 și 30 martie 1994 la Amsterdam. Această declarație include un set de principii pentru promovarea și implementarea drepturilor pacienților în statele europene membre ale Organizației Mondiale a Sănătății și a fost ulterior încorporată în legile fiecărei țări din Europa. Exprimarea acestui punct de vedere este făcută în România în Legea drepturilor pacienților nr. 46/2003. Legea nr. 46/2003 a fost aplicată printr-o Hotărâre de Guvern. [189]

În ceea ce privește politicile țărilor europene care practică eutanasia, aceasta a avut un succes limitat în secolul al XX-lea a organizațiilor neguvernamentale, organizațiilor medicale și grupurilor de advocacy. Din 2014, eutanasia este legală doar în Țările de Jos, Belgia și Luxemburg. În decembrie 2013, Senatul belgian a votat pentru extinderea dreptului la eutanasiere pentru copiii bolnavi în stadiu terminal. Reglementările propuse sunt menite să asigure că pacienții pediatrici sunt conștienți de politicile lor și înțeleg ce presupune eutanasia. Părinții trebuie să aprobe cererea, precum și pacientul, ca și echipa medicală”, pacientul trebuie să fie într-un stadiu terminal, iar copiii trebuie să aibă o afecțiune gravă, netratabilă. Medicul psihiatru trebuie să determine și capacitatea de decizie a pacientului, subliniată de acesta, în condițiile în care cererea pacientului este voluntară [66].

În iulie 2013, președintele François Hollande și-a anunțat sprijinul personal pentru legalizarea eutanasiei în Franța, una dintre promisiunile sale electorale în timpul campaniei prezidențiale fiind ”introducerea dreptului de a muri cu demnitate” și în ciuda protestelor Comitetului Național de Etică al Franței, care a susținut „că este un abuz”, ceea ce a condus la dezincriminarea și reglementarea eutanasiei voluntare sau a sinuciderii asistate medical și în statele vecine (Belgia, Țările de Jos, Elveția și Luxemburg). Cu toate acestea, rămâne de văzut dacă

succesul președintelui în acest domeniu va continua, așa cum au anunțat Biserica Catolică din Franța și organizațiile sociale și alte grupuri religioase conservatoare după ce au cerut desființarea căsătoriei între persoane de același sex în Franța, următoarea țintă, au precizat că este dezincriminarea sinuciderii voluntare [148].

Parlamentul luxemburghez a adoptat o lege la 20 februarie 2008 care legaliza eutanasia. Proiectul de lege a fost adoptat la 19 martie 2009, făcând din Luxemburg a treia țară care a dezincriminat-o după Țările de Jos și Belgia. În acest din urmă caz, pacienții își pot lua viața după ce au obținut aprobarea de la doi medici și un grup de experți.

În Olanda, în „cazul Postma” din 1973, un medic a fost condamnat pentru facilitarea decesului mamei sale, după solicitări explicite repetate de eutanasiere. Au apărut criteriile pentru decizia Curții: libertatea de suferință, integritatea corporală, autodeterminarea și autonomia indivizilor, care trebuie respectate dacă este absolut necesar ca un medic să țină un pacient în viață împotriva voinței sale.

În 2002, Olanda a adoptat o lege care legaliza sinuciderea, inclusiv sinuciderea asistată de un medic. Proiectul de lege ratifică, de asemenea, acordul pe 20 de ani de a nu urmări în justiție medicii care au comis acte teroriste la cererea acuzatului în cazuri foarte speciale și în circumstanțe foarte specifice. Ministerul Sănătății Publice, Asistenței Sociale și Sportului al guvernului olandez a promovat acest sistem care „permite tuturor să-și încheie apelul din respect, după ce a primit toate îngrijirile medicale disponibile”. Guvernul federal a analizat și a comentat cadrul legal olandez în acest domeniu. [1]

Eutanasia este încă ilegală în Norvegia, deși un partener poate primi o pedeapsă redusă dacă a luat viața cuiva care a consimțit, din compasiune, știind că este „periculos de bolnav”.

În Elveția, există o rețetă fatală pentru o persoană care este cetățean elvețian sau străin, astfel încât beneficiarul are o responsabilitate și un privilegiu atunci când administrează aceste tratamente. În general, art. 115 Cod penal din Legea elvețiană, care a intrat în vigoare în 1942 (scrisă în 1918), incriminează sinuciderea asistată dacă și numai dacă scopul este egoist. [2]

În unele țări, există o dezbatere deschisă cu privire la clasificarea problemelor morale, etice și juridice ale eutanasiei. Cei care se opun eutanasiei ar putea argumenta pentru „sfîntenia vieții”, în timp ce apărătorii dreptului la eutanasiere subliniază limitarea lipsei de durere, a integrității corporale, a autodeterminării și a luptei pentru autonomia personală [51] Jurisdicțiile în care eutanasia este legală, includ țări precum Țările de Jos, Belgia, Luxemburg, Elveția, Estonia,

Albania, statele Washington, Oregon și Montana din Statele Unite și, din 2015, provincia canadiană Quebec [22].

În Marea Britanie, eutanasia este ilegală. Cei care au participat la sinucidere încalcă legea și pot fi condamnați pentru ajutor sau încercare de a comite crimă. Totuși, directorul Parchetului are competența de a începe urmărirea penală într-un caz sau nu. Între 2003 și 2006, Joffe a încercat să introducă de patru ori o legislație care să legalizeze eutanasia voluntară, dar toate au fost respinse de parlamentul britanic. În prezent, dr. Nigel Cox este singurul medic britanic care a fost condamnat pentru tentativă de omor.

În ceea ce privește principiul dublului efect, judecătorul Devlin s-a pronunțat în 1957, în cazul doctorului John Bodkin Adams, care, deși a prescris și administrat unui pacient incurabil medicamente pentru a-și calma durerea, faptul că acest tratament a dus la moartea pacientului nu a fost considerat o infracțiune, deși moartea poate să apară sau chiar să se întâmple. [67]

Eutanasia voluntară este legală în unele țări, dar, în general, este încă considerată o formă de sinucidere legală. În Țările de Jos și Belgia, unde uciderea la cererea victimei este legală, aceasta rămâne o infracțiune chiar dacă nu este urmărită penal și „nu este pedepsită dacă făptuitorul (medicul) îndeplinește anumite criterii legale”.

Nu există nicio lege daneză care să permită sinuciderea asistată. Este considerată ilegală și este o infracțiune pedepsită cu închisoare de până la 3 ani.

Uciderea cuiva conform voinței pacientului a fost întotdeauna ilegală în conformitate cu Codul penal german. În art. 216 Cod penal, se prevede că „uciderea prin milă” sau „uciderea la cererea victimei” se pedepsește. Asistența la sinucidere, cum ar fi furnizarea de otrăvă sau o armă, este considerată legală, deoarece sinuciderea în sine este considerată legală și urmează existența unui complice denumit și „complice accesoriu”, deoarece este considerat irelevant. Dacă persoana care se sinucide nu acționează voluntar, orice asistență este considerată infracțiune deoarece a fost comisă de altul. (Articolul 25 alineatul 1 din Cod civil german, denumit în mod obișnuit „relaxarea Tatarschaft”).

Legea germană obligă toți cetățenii să acorde ajutor în avans în caz de urgență, în anumite limite, așa cum se prevede în art. 323 din legea germană - „eșecul de a efectua o simplă salvare”. În cazul analizat, dacă cineva ajută pe altul să se sinucidă, și se află în imposibilitatea de a-l ajuta, acesta ar fi ajutat de un complice, care, potrivit prevederilor legii, urmează a fi pedepsit. [64]

Asistența la sinucidere este ilegală și se pedepsește în Islanda.

La 5 iunie 2015, Tribunalul Curții Europene a Drepturilor Omului și-a explicat decizia în cauza Lambert și colab. v. Franța (n° 46043/14), privind eutanasierea persoanelor cu handicap care nu pot comunica. Prin votul de 12 la 5, Curtea a reținut că părinții și frații unei persoane cu dizabilități nu pot avea dreptul de a apăra, în numele lor, dreptul la viață și integritate corporală în instanță. Cu același număr de voturi, Curtea a reiterat că art. 2 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului (dreptul la viață) nu este încălcat dacă medicul decide să nu mai dea lichide și alimente celor aflați în nevoie.

Astfel, deși crima este ilegală în Franța și contrară drepturilor omului, CEDO a recunoscut o practică a crimei clandestine.

Consimțământul informat este reglementat și de alte legi penale, și anume:

- Titlul XVI „Răspunderea civilă a medicilor și furnizorilor de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma sectorului sănătății;
- Regula nr. 482/2007 pentru aprobarea Regulamentului de procedură privind aplicarea titlului XVI „Răspunderea civilă a medicilor și prestatorilor de servicii medicale și a unui serviciu medical, sanitar și de tratament” din Legea nr. 95/2006 privind reforma sectorului sănătății;
- Având în vedere cifra: SOC/221 din 26 septembrie 2007 al Comitetului Economic și Social European pentru Drepturile Pacienților – s-a bazat pe o inițiativă a societății civile „Carta Europeană a Drepturilor Omului Bolnavilor”, elaborată de Rețeaua Cetățeniei Active (o rețea europeană din 2002);
- Prin stabilirea numărului, Comitetul de Miniștri al statelor membre ale Consiliului Europei a adoptat R (97) 5 pentru protecția informațiilor medicale, la 13 februarie 1997. [134]

4.2.2. Aspecte de drept civil în alte jurisdicții

Eutanasia este un subiect a cărui istorie este la fel de veche ca omenirea. Acest lucru nu este surprinzător, deoarece atinge unul dintre cele mai importante aspecte ale existenței umane, care, la rândul său, este că omul va muri. Dar, în acest caz, nu vorbim de un final firesc, de o terminare a unui proces biologic, ci de ceva brusc, spontan și de un act al altuia. În ciuda faptului că practica eutanasierei este acum o acțiune stigmatizată și inacceptabilă în majoritatea statelor, nu a existat întotdeauna o atitudine care să o respingă.

În cele mai vechi timpuri, eutanasia era practică pe scară largă și aplicată tuturor grupelor sociale sau de vârstă. Prin urmare, toți cei care sufereau de afecțiuni psihice sau fizice au fost uciși, chiar și cei care erau bătrâni și nu mai puteau munci pentru a se întreține. Este foarte interesant să urmărim istoria practicării eutanasiei din cele mai vechi timpuri până în zilele noastre. A avut o evoluție ciclică și a trecut prin toate etapele posibile, de la acceptare la respingere, apoi interzicere, până acum, într-o situație din ce în ce mai solicitată și recomandată.

De-a lungul timpului, omul a dobândit o viziune abstractă asupra propriei vieți. De asemenea, societatea a tratat diferit viețile membrilor săi. În multe cazuri, societatea în trecut a fost epurată de oameni care nu îndeplineau anumite nevoi, anumite standarde, așa că au devenit parte a ei. Din această perspectivă, considerăm util să luăm în considerare unele indicii istorice despre acest proces din perspectivă istorică. Eutanasia este un subiect cu o evoluție interesantă, atât ca concept, cât și ca act, măsură sau simbol.

În ciuda vechimii sale și a controverselor pe care le-a provocat, tema este, în opinia noastră, una de actualitate, care atrage cercetători din diferite domenii, precum și societatea în ansamblul său și, prin urmare, merită mai multă atenție. Tocmai din cauza lipsei de discuții libere și deschise pe această temă, oamenii sunt în prezent reticenți să vorbească despre eutanasiere, fie despre legalitatea ei, fie despre aspectele ei pozitive și despre răul care vine cu ea. Cred că toată lumea ar trebui să aibă acces la toate resursele necesare pentru a putea face o poză bună pentru un subiect sensibil precum eutanasia. Există încă multă confuzie cu privire la procesul de eutanasiere și la ce înseamnă legalizarea acestuia.

Mai precis, când vine vorba de eutanasiere, regulile au fost în vigoare din timpuri imemorabile. Pentru a justifica acest lucru, cel mai des este invocat principiul *liberum mortis arbitrium*. Acest lucru a fost folosit ca scuză de mulți indivizi care, din cauza fricii, intimidării sau a altor considerente personale, credeau că este în puterea lor să facă o alegere sau că au libertatea de a alege între viață și moarte. [3]

Din păcate, în zilele noastre pare să se întoarcă la obiceiurile și practicile străvechi, unde mulți indivizi din societatea contemporană numesc și folosesc libertatea, așa-numitele drepturi. Procesul de eutanasiere este efectuat și de către stat în diverse scopuri, precum eutanasierea socială sau eugenică și în cazul pedepsei capitale pentru deținuți. Problema eutanasiei, așa cum apare astăzi, nu este nouă, dar a fost practică încă din antichitate, sub formă de pruncucidere, pruncucid și sacrificiu de sine. În viziunea celor care susțin eutanasia ca alternativă la sinucidere, ea părea o

expresie a credinței într-un mod transcendent, într-un sentiment de reverență. Mai mult, în momentul în care au făcut această alegere, se considerau egali cu Dumnezeu sau, în funcție de credința fiecăruia, copia acelei persoane era superioară altuia. Acesta a fost principalul argument folosit de cei care i-au condamnat la moarte, ei spuneau practic: în loc să-mi ia altul viața, într-un mod urât sau dureros, aș alege să-mi iau zilele pentru a se termina așa cum îmi doresc.

De exemplu, în Sparta, a-l face pe cel care suferă să moară este un simbol cu care chiar filosoful Platon a fost de acord și care a fost numit în cartea sa, Republica. În plus, filozofia greacă era bună la uciderea și reținerea oamenilor care erau o povară pentru oameni. În perioada 50-125 d.Hr., KM. Plutarh explică în cartea sa Vieți paralele că oamenii născuți cu deformări sau afecțiuni nesănătoase au fost aruncați dintr-o plantă de pe Muntele Tiget. Majoritatea filozofilor antici aveau scrieri în care invocau sau apărau conceptul de „moarte ghidată” de către vicepreședinții Societății. „*Ars (oase) moriende*” părea să fie motto-ul vremii, în special de către cei care susțin eutanasierea crescută și utilizarea ei pe scară largă. Scopul este de a curăța societatea de toate „anomaliile” și comportamentele care nu pot contribui la dezvoltarea ei economică sau culturală. Cu alte cuvinte, ideea unei prezențe neputincioase în centrul orașului era de nesuportat. A existat și multă admirație pentru cei care s-au găsit inutili societății sau o povară pentru familiile lor și au făcut alegerea de a-și pune capăt vieții, cu multe cărți scrise pe această temă.

Una dintre aceste activități a fost *Mori licet cui vivere non placet*, după predica în care un număr de oameni s-au sinucis. Eutanasia a avut susținători, atât în teorie, cât și în practică, în Grecia antică. Isiot, în scrierile sale educaționale și morale, comentează faptul că oamenii de atunci erau nemiloși nu numai pentru victime, dar și la părinții lor în vârstă. Uciderea eșecurilor nu a fost compasiune sau empatie pentru cei aflați în nevoie, a fost un punct culminant tragic al situației de criză socială și economică. Strabon mai relatează un caz curios, când bătrânii insulei Gos s-au întâlnit, s-au încoronat și au băut apă de cucută. Acesta era un obicei practicat de majoritatea bătrânilor insulei, deoarece ei credeau că „cine nu poate trăi bine” nu trebuie să trăiască rău (Strabon 10, 486). [4]

Când romanii au cucerit Grecia, au adoptat obiceiuri grecești, inclusiv cele despre cum să ieși din această lume. La Roma, în 450 î.Hr. Codul celor douăsprezece table a fost publicat. De asemenea, a fost confirmat sacrificiul copiilor născuți cu defecte fizice la cei patru elefanți. Acest obicei a continuat până în a doua jumătate a secolului al IV-lea d.Hr., când împăratul Valerius a interzis-o pentru influența creștină. Tot în Roma antică, sinuciderea era considerată o moarte

onorabilă. Valerius Maximus descrie un loc din Masalia unde se păstra o băutură otrăvitoare, făcându-i pe cei care au inspirat-o să dorească să moară liniștit în prezența bătrânilor din sat, fiind considerați foarte triști în această viață. În epoca romană, eutanasia era folosită în principal de filozofii stoici, prin sinucidere, care susțineau dreptul tuturor de a avea o moarte ușoară. Prin urmare, Zenon s-a autodistrus și a fost executat de Cleanthes, Cato, Seneca și alți stoici. Seeley a remarcat că, printre romani, uciderea copiilor de către un prieten de familie a fost considerată o măsură a „economiei discrete”, deoarece era considerat inutil să crească și să hrănească un copil bolnav pe care nu-l putea purta niciodată. și care va fi o povară pentru el și pentru familia lui.

Cu toate acestea, creștinismul a adus mari schimbări în sfera vieții umane. El a aderat la doctrina că viața în trup este viața omului și că nimeni nu poate lua viața unei ființe umane după bunul plac; persoana, chiar și în suferință, are o valoare inestimabilă, iar suferința atunci când nu este o consecință imediată sau îndepărtată a păcatului este într-adevăr ceva pe care Dumnezeu îl îngăduie. Cuvintele sunt adesea repetate: „necazul produce răbdare și încercare, bucurie și speranță”, „prin care sinele nu se tulbură în viața sa biologică și nu se deschide exclusiv” în starea ei pământească și viața în sens biologic, a scripturilor este cerința de bază pentru a pregăti oamenii pentru împărăția lui Dumnezeu.

Practica eugeniei nu se găsește în rândul poporului israelian. Israeliții chiar au crescut copii orbi și șchiopi și i-au învățat pe cei ai căror părinți nu puteau să-i crească sau care erau acum morți. Întreaga comunitate i-a ajutat pe cei neputincioși să trăiască mai ușor și nu au fost priviți ca o povară.

Ideea sfințeniei vieții a apărut și a început să fie înțeleasă și conceptualizată în Evul Mediu. În această perioadă de confirmare și extindere a religiilor majore, creștinism, iudaism și islam, a existat credința că viața umană vine de la Dumnezeu. Acest lucru a fost menținut în întreaga lume de către tot creștinismul. El a condamnat în mod explicit eutanasia. Medicii, în cea mai mare parte, primiseră pregătire religioasă într-un spirit reținut și fatalist, ceea ce făcea moartea „foarte firească”. De aceea, morții nu erau grăbiți, ci încredințați în grija preoților și călugărilor, care îi îngrijeau și îi ajutau să treacă în siguranță în viața de apoi cu spiritele lor. Această eliberare era ceva aproape imposibil, foarte greu de realizat, pentru că moartea a devenit un farmec pentru toți cei din apropierea ei, iar în acest farmec reprezenta intrarea între cele două lumi. [89] În ciuda acestor noi idei religioase, în ciuda influenței vieții și morții, aceste noi norme sociale au fost încă implementate, infecțioase sau fatale.

În timpul Renașterii și Reformei, noile idei ale vremii despre eutanasiere, despre importanța originii vieții și a valorii eliminării morții, au devenit cufundate în antropocentrism și ulterior întărite de antropocentrism. Thomas More în *Utopia* discută despre practica uciderii bolnavilor. În mintea lui, uciderea prin milă a fost mai mult decât un act admirabil, el l-a văzut ca „un act de geniu și evlavie. În aceeași perioadă, tocmai în 1620, Francis Bacon a introdus însuși termenul de eutanasiere. El l-a folosit pentru prima dată în cartea sa *Novum Organum*. Potrivit acestuia, acest termen poate fi folosit doar în sens filozofic și nu în sens practic. Semnificația unei morți bune, pașnice, ușoare însemna atmosfera din jurul persoanei pe moarte, atitudinea și resemnarea acestuia, nu suferința fizică sau spirituală care trebuia să se termine. Din păcate, dacă provine din *elike* „groapa morții” însemna să moară în mod acceptabil în pace, fie din cauza unei vieți morale mai înalte, fie din cauza încercărilor zadarnice ale medicului de a atenua durerea și concentrarea mentală a pacientului, termenul a fost schimbat mai târziu pentru a însemna „ceea ce înseamnă a ucide pe cineva”, al marelui sau sfârșitul nedureros al vieții cuiva care a devenit periculos sau inutil pentru anumite societăți, sau sfârșitul unei vieți care în sine este evident inutilă prin suferințe teribile.

Iluminismul a schimbat concepția despre viață și moarte de la religios și moral la patologic, subliniind existența unei cauze psihologice de sinucidere. Prin urmare, s-a pus accentul pe eliminarea naturii sacrale a vieții. La fel s-a întâmplat și pentru relația dintre speranța în Dumnezeu în fața suferinței și măsurile luate de subiect. Din cauza acestei alienări, omul a ajuns să se considere stăpânul propriei vieți, crezând că libertatea de a alege viața sau moartea îi aparține. [83]

Adevărata problemă este că într-o societate modernă, în curs de dezvoltare, energia schimbării ideilor, opiniilor și valorilor, atât social, cât și spiritual, este enormă. Dreptul la viață a fost astfel pus în mâinile și în atitudinea oamenilor. Acest lucru a propagat în mod eficient încetarea vieții, ceea ce a încurajat ideile de eutanasiere. Viața fără morală sfântă, din perspectiva anumitor valori, poate fi oprită cu un efort minim.

Secolul al XIX-lea a fost o perioadă de mari schimbări tehnice și științifice, însoțite de anumite idei despre sinucidere. Lucrările diversilor medici, misionari sau simpli poeți, care au susținut sau s-au împotrivit morții. [85] O astfel de lucrare a fost *Etica medicală* a lui Percival, publicată în 1803, care recomandă ca medicul să nu negligeze ciuda: „El ar trebui să fie mesagerul speranței și al mângâierii; cu compasiune caldă pe care o trăiește reflectă viața și compensează

influența deprimantă a bolii.” Împotriva cererii lui Percival, Samuel Williams, de exemplu, în 1870, la o întâlnire a Clubului de gândire din Birmingham, a susținut practicarea eutanasiei „în toate cazurile de durere, boală și deznădejde.” Potrivit lui, eutanasia este singura modalitate de a asigura o moarte pașnică și nedureroasă pentru oameni. Opinia lui Samuel Williams a fost adesea repetată și promovată de diferite reviste și publicații, eliminarea durerii și a suferinței și, cel mai important, pierderea sau dezonoarea pentru ambele persoane : medic și pacient. O altă idee foarte discutată a fost posibilitatea morții accelerate în cazurile în care era inevitabilă. În Marea Britanie încă din 1873 existau două reviste care dezbăteau aprins subiectul Acestea erau ale Revistei Quinzile, care credeau că numai sinuciderea voluntară poate fi apreciată spre deosebire de revista Spectator, care credea că oamenii care nu au făcut-o, consimțământul poate necesita cel mult sinucidere [87]

În același timp, gândul lui Bacon a avut și adepți. Unul a fost medicul englez William Osler, care a fost pe punctul de a căuta ajutor medical până la ultima suflare. Henri de Mondeville a mai subliniat că medicul ar trebui să evite, pe cât posibil, situațiile periculoase, iar „în acest caz trebuie îndepărtați pacienții disperați sau fără speranță, riscând să încerce să pună capăt suferinței lor”.

Datorită unor astfel de idei, secolul al XIX-lea a extins treptat conceptele de moarte asistată, precum și planurile de a stabili locuri pentru a le ajuta. Conceptul, deși implementat în multe țări, a fost puternic criticat și pus pe seama faptului că „vechile camere ale morții”, „adăposturile pentru acești morți” nu sunt altceva decât locuri care facilitează sau accelerează procesul morții și, dacă sunt incluse, cei ce o fac ar trebui să răspundă, la o mărturie.

În secolul al XIX-lea, problema eutanasiei a ocupat centrul atenției și a devenit subiectul mai multor dezbateri, pe marginea unei hotărâri guvernamentale. O problemă comună pentru medicină au fost cererile pe care le-au primit pentru a încuraja așa-numitele morți caritabile. Acestea au fost motivate de compasiune și alte motive iubitoare. Un astfel de caz a fost cel al medicului lui Napoleon Bonaparte, care în 1815 a fost rugat de împărat să administreze o substanță letală în cazul în care s-ar fi îmbolnăvit de la inamic. Medicul a refuzat această cerere, iar împăratul a murit 6 ani mai târziu pe insula Sfânta Elena. Nici măcar John Keats, poetul englez, nu și-a putut convinge medicul să-i dea o supradoză de opiu, pentru a facilita un deces de tuberculoză. Un caz similar a fost cel al lui Hector Berlioz, un compozitor romantic francez, care a deplâns că nu ar putea găsi „un doctor care să aibă bărbăția să pună capăt martiriului surorii mele făcând-o să inhaleze o sticlă de cloroform”.

Din secolul XX, statul are, mai mult sau mai puțin, drum deschis pe problema eutanasiei, cu câteva încercări de a crea o lege. Prin urmare, în 1903, Asociația Medicală Americană a autorizat eutanasierea copiilor cu dizabilități și a persoanelor care nu puteau fi chemate să lupte. Când omul modern și-a pierdut simțul colectiv al umanității, omul nu a mai putut recunoaște importanța inevitabilă a lui și a semenului său, chiar până la punctul de a stabili eliberarea vieții ca o simplă chestiune. Așa au făcut un grup de 300 de oameni de știință în 1974, printre care trei laureați ai premiului Nobel, Jacques Monet, S. Pauling și G. Dennison, care au scris celebrul Manifest al Eutanasiei, publicat în jurnal, semnat American ca The Humanist, de către persoana care avea nevoie de el, situație legalizată în 1974, eutanasiu pe motiv că suferința este insuportabilă, inacceptabilă sau inflamatorie.” Pe măsură ce această carte a fost distribuită pe scară largă, a condus la formarea de idei despre modul în care oamenii și societatea ar trebui să se comporte în viitor. [85]

Relația de luminozitate a individului uman a fost adesea discutată și acceptată mai târziu de filozofi, moraliști și teologi. Este important să înțelegem că conceptul de „valoare relativă” a apărut în perioada expansiunii coloniale, o perioadă de cucerire, colonizare și oprimare a diferiților oameni. Civilizațiile indigene au fost în general văzute ca înapoiate, iar populațiile existente au fost văzute ca inferioare noilor veniți. În acest fel, în conștiința publică a crescut ideea de superioritate a unor indivizi asupra altora, concept despre care se spune că a pătruns rapid în cultura occidentală a vremii. Rasele umane au fost împărțite în înalte și joase. Chiar și cel mai înalt a fost, în anumite privințe, considerat în unele cazuri „posedat” de rău, ceea ce se numește „viață bolnavă”. Se credea că oamenii cu afecțiuni debilitante au o stima de sine mai scăzută decât cei care erau sănătoși, puternici și activi fizic și mental. În perioada interbelică, sinuciderea a rămas foarte controversată, devenind subiectul unor dezbateri aprinse care au inclus în mod surprinzător Germania, Anglia și Statele Unite. Controversa s-a intensificat cu un aer de sentiment pro-eutanasiu în Germania, însoțită de demonstrații publice pe scară largă pentru legalizarea și funcționarea consimțământului. [86]

În concordanță cu populația, au existat și multe profesii importante, medici sau psihologi, profesii care „sprijineau practicarea și legislația eutanasiei”. Ei au considerat că este mai mult decât necesar și benefic să distrugă vieți care nu merită trăite și chiar au propus diverse căi sau modele prin care acest lucru ar putea fi realizat. Mai multe propuneri și articole au încercat să convingă publicul că această acțiune a fost una dintre cele mai expresive soluții, cele mai potrivite soluții în

contextul bolilor grave, dizabilităților fizice și al tuturor bolilor care distrug organismul însuși. Se credea că acest defect fizic va duce în mod necesar la un defect moral, un defect al sufletului. Prin urmare, a sugerat ca pacientul să aibă posibilitatea de a formula așa-numita cerere de eutanasiu. Acest lucru a trebuit să fie evaluat de un comitet format din trei experți, un medic generalist, un psihiatru și un avocat, pacientul având drepturi consecutive. intenționează să se schimbe.

Pe lângă susținerea sinuciderii voluntare, au existat voci care au cerut legalizarea sinuciderii involuntare pentru anumite persoane. Aceștia sunt oameni care nu își pot determina soarta, bolnavii terminali, bolnavii mintal, cei vulnerabili și copiii născuți târziu sau cu dizabilități. S-a pus mult accent pe funcția compasiunii, pe relevanța ei pentru etica medicală și pe poverile economice pe care acești indivizi le reprezintă pentru societate. Argumentul „utilitarist” pentru societate a căpătat în curând acțiune pentru mulți. O lucrare foarte importantă, care a influențat foarte mult opinia publică, dar a influențat și ideea eutanasiei, a fost *Ich Klange an*, lucrarea lui Helmut Unger, care a prezentat povestea unui medic a cărui soție bolnavă în stadiul terminal a pierdut din cauza inteligenței sale. Tema acestei cărți a fost adoptată ulterior ca scenariu de film, care a avut un impact emoțional mai mare atât pro cât și împotriva eutanasiei.

Nu doar Germania a avut susținători ai eutanasiei. În Regatul Unit, English Euthanasia Society a fost fondată la Londra în 1935 de Lord Moynihan și Dr. Killik Miller. [121] Aceasta era menită să legalizeze eutanasia voluntară, iar în 1936 a fost chiar elaborată și promulgată o lege în acest scop. Sub influența idealurilor reprezentate de această societate, a avut loc în același an o celebră eutanasiu, execuția regelui George al V-lea al Marii Britanii de către dr. Carr. Deși el a comis un act de sinucidere voluntară, la cererea regelui, care suferea de o boală de inimă, nu l-a putut îngriji cu o doză foarte mare de fenobarbital, care era costisitoare pentru cariera sa. Procurorul care l-a condamnat a susținut că oricât de bolnavă ar fi o persoană, dreptul ei de a trăi fiecare oră de viață pe care i-a dat-o Dumnezeu nu îl poate lua nimeni, pentru că acele ore pot fi cele mai importante din întreaga lor viață; ei ne pot acorda timpul necesar pentru a produce un certificat, pot obține sau da o renunțare, pot face remedierea, așa că există „1001 de motive pentru a justifica aceste cuvinte”.

Statele Unite au trebuit, de asemenea, să arbitreze o luptă între susținătorii eutanasiei și cei care i s-au opus. În 1938, reverendul Charles F. Potter a fondat Societatea Americană de Eutanasiu, avându-l ca președinte pe Doctor Foster Kennedy, care a susținut eutanasierea involuntară a nou-născuților cu probleme. Deoarece este asociată cu multe controverse, cum ar fi ascensiunea unor

societăți care doresc să legalizeze eutanasia, ideea populară de a întreba „ce-ar fi dacă?” la întrebarea „de către cine?” pentru a îndeplini această sarcină, această suspendare a vieții umane, a prins contur.

Doar o singură națiune în timpurile moderne a legalizat condamnarea nebunilor, a incompetenților, a celor slabi mintal, iar printre aceștia era și Germania lui Hitler, a fost o povară pentru societate. La 1 septembrie 1939, a fost publicat decretul lui Hitler, care acorda dreptul de a scoate din societate pe cei incapabili de muncă și pe cei bolnavi. Poate că în acest caz au fost luate în considerare atât motive teoretice, cât și, mai important, practice. Data aprobării prezentei rezoluții, cu două zile înainte de începerea celui de-al Doilea Război Mondial, justifică finalizarea acestei linii. Hitler, în pregătirea războiului, a avut grijă să epureze societatea germană de elementele pe care le considera inutilizabile pentru război. Bebelușii, nou-născuții și copiii cu complicații au fost uciși prin eutanasiu activă, iar 70-80 de mii de adulți i-a urmat, ca fiind bolnavi mintal.

În Germania, primul caz de implementare a unui act de eutanasiu a fost cazul înregistrat în istorie ca cazul „Baby Knauer”. Acesta a fost cazul unui bebeluș născut orb, întârziat, sărac și cu picioarele lipsă, căruia i s-a cerut personal de către tatăl său lui Hitler să-l omoare. Copilul a fost examinat de medicul personal al dictatorului, Karl Brandt, care în 1938 a acceptat cererea de a ucide copilul. Aceasta a fost urmată la scurt timp, în 1939, de înființarea, la ordinul lui Hitler, a unei comisii care a legitimat uciderea sistematică a bolnavilor mintal și a handicapaților mintali. Ocupația a oferit o bază utilă pentru viitoarele genocide. Cu toate acestea, Comitetul nu vorbea despre eutanasiu, despre sfârșitul vieții, ci despre așa-numita „eliberare în moarte”. Prin urmare, trei agenții au fost însărcinate cu evacuarea persoanelor: între care Charity, Asociația Transport Pacient și Consiliul Muncii. Până la sfârșitul anului, zeci de mii de pacienți cu diverse afecțiuni au murit în marile centre educaționale, din care șase în Germania: Northeim, Sonnenstein, Grafeneck, Bernburg, Brandenburg și Hartheim. Metodele variau și erau adesea alese în așa fel încât cauzele morții să fie cât mai naturale pentru inimă. Drept urmare, prizonierii au murit de foame, uneori fără să li se dea căldură, personalul medical explicând că ei sunt responsabili pentru acțiunile lor, nu pentru crime, nu pentru omor, ci pentru a lăsa natura să-și urmeze cursul.

S-a întâmplat ca până la sfârșitul anului 1938, în Germania, sinuciderea să devină o întâmplare obișnuită, o practică obișnuită într-un spital. Însuși liderul Adolf Hitler a scris următoarele în cartea sa Mein Kampf: „Povara economică reprezentată de oamenii bolnavi pentru

bolile ereditare este o amenințare pentru națiune și societate”. ”Suntem convinși că fiecare națiune va ști că puterea ei constă în puritatea sângelui și a sufletului său..” „Nu îl considerăm un pericol creativ pentru societate și pentru propria supraviețuire a indivizilor, bolnavi mintal care nu se pot îngriji singuri și chiar cei care nu pot mânca pentru ei înșiși trebuie hrăniți cu mare efort și cheltuieli și ținuți în viață.”[12]

În acest an în sprijinul eutanasiei, au fost și cei care mai credeau în sfînțenia vieții, în practica medicală și socială. Una dintre aceste figuri este profesorul Franz Buchner, profesor la Institutul de Patologie de la Universitatea din Freiburg. În 1941, și-a început studiile cu un protest împotriva programului nazist de eradicare a bolilor nedorite și incurabile și a ținut prelegeri despre importanța Jurământului Hipocratic. În timpul călătoriei sale, și-a amintit bucăți din fiecare afirmație, de un medic, care a spus: „Singurul stăpân pe care un doctor ar trebui să-l servească este viața”. A comanda unui medic să facă eutanasiie înseamnă a-l forța să încheie un contract cu moartea. „Dar după ce a făcut un pact cu moartea, nu mai este medic.”

Aceleași principii au fost susținute de monseniorul Galen, episcopul de Munster, care a întrebat dacă acei bolnavi merită să moară singuri pentru că au devenit incapabili să trăiască într-un mediu normal. Dar la scurt timp după, opiniile se exprimă, la fel și. Episcopul de Münster și arhiepiscopul de München au fost arestați și trimiși în lagărele de concentrare. La scurt timp după arestarea lor, a apărut prima mișcare colectivă împotriva naziștilor, iar după proteste, preoții au fost eliberați.

Din păcate, eutanasierea a continuat să fie efectuată pentru copiii cu dizabilități mintale și cu dizabilități intelectuale fără întrerupere până la sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial. Populația totală evreiască a rămas în categoria vieților care nu merită trăite, alături de alte grupuri umane considerate parte a unui trib necurat. Crima practică în Germania nazistă a fost și continuă să fie condamnată teologic, moral, medical și legal de toată lumea.

După cel de-al Doilea Război Mondial, în 1950, când au avut loc procesele de la Nürnberg, Organizația Medicală Mondială a condamnat sinuciderea și a spus că ridică multe întrebări de moralitate și conștiință profesională. De atunci, literatura a apărut cu regularitate, atât pentru, cât și împotriva acestei practici, printre care lucrarea Dr. Joseph Fletcher, părintele eticii medicale, în 1954, *Etică și medicină și moartea unui bărbat*, în 1957, „care a fost prima carte de confesiuni de acest fel”. În acel an, Glonville Williams, a publicat *The Sanctity of Life in Criminal Law*, o carte

în care a confirmat sinuciderea voluntară. În 1967, avocatul Louis Kutner a scris primul testament în Statele Unite. Conținutul indică perspectiva renunțării la anumite tratamente medicale.

Harvard Medical School în 1968 a propus o redefinire a conceptului de moarte, care, potrivit experților, „ar trebui să includă și conceptele de moarte cerebrală și moarte cardiacă”. Doi ani mai târziu, în 1970, Papa Paul al VI-lea s-a opus resuscitării pacienților în stadiu terminal. [12] În 1973, American Hospital Association a creat Patient Bill of Rights, un document care a reiterat dreptul pacientului de a refuza tratamentul. Aceasta a fost urmată de deschiderea primei școli de îngrijire a morții din Connecticut, în New Haven. Aceste ultime două măsuri au determinat statul California să legalizeze „viața” în 1976. Acolo, un paragraf arată următoarele: „Prelungirea vieții persoanelor afectate de pandemie” poate provoca pierderea demnității pacientului, la o mare și zadarnică pierdere, durere”. [12]

Eutanasia este practică și astăzi de mulți părinți care neglijează persoanele în vârstă sau bolnavii terminali. Cei în cauză sunt fie îngropați de vii, fie sugrumați, conform utilităților. John Koty, căruia îi datorăm mult în domeniul cercetării sinuciderii persoanelor în vârstă, exprimă opinia că declinul acestei practici nu este o regulă generală de practică în rândul persoanelor în vârstă și, acolo unde apare, o descurajează dragostea și compasiunea pentru o singură moarte. Deci, este vorba despre eutanasierea oferită până la moarte și despre faptul că „viața nu merită trăită”. [11] Alții asociază eutanasia cu motive strict economice susținând că vârstnicii „nu ar trebui să-și permită toate echipamentele medicale sau cele necesare, chiar și pentru îngrijirea de rutină în spitale”. Prin urmare, printr-o lege adoptată în 1994, Danemarca interzice spitalizarea și îngrijirea medicală în spitalele publice pentru pacienții internați în vârstă de peste șaptezeci de ani. Mai mult, chiar și evaluarea economică a vieții umane este propusă pentru că de fiecare dată se ia decizia unilaterală, dacă să continue sau nu.

În aprilie 2001, Olanda a legalizat eutanasia plină de compasiune în Uniunea Europeană. Au fost stabilite următoarele criterii de performanță: prezența de „boală insuportabilă sau durere insuportabilă, pacientul fiind informat despre toate alternativele, v-a împiedicat” de la o a doua opinie de către experți, cererea de eutanasiere de către pacientul însuși în stare deplină de conștiință, ori, interdicția de implementare a recomandării vine de la medicii supraveghetori. [10]

Belgia a urmat conducerea Olandei aproximativ un an mai târziu, impunând condiții mai relaxate, iar acum alte țări se pregătesc. Considerăm că unul dintre principalele motive pentru care problema rămâne nerezolvată, în ciuda faptului că este atât de veche, este tocmai faptul că există

multă confuzie în rândul publicului cu privire la ceea ce înseamnă cu adevărat eutanasia și ce formă poate lua. Legalizarea eutanasiei nu este un simptom parțial al societății, ci un reper important care marchează o schimbare semnificativă în viziune, de reflectare asupra vieții, dezvoltând în același timp noua identitate etică a societății și a medicinei. Predominanța secularismului și slăbirea viziunii religioase asupra vieții au contribuit în mare măsură la promovarea liberalismului social. Acesta din urmă duce în mod natural nu numai la o rată de sinucidere crescută, ci și la o utilizare crescută a eutanasiei. Omul se protejează în individualitatea sa, își pierde credința religioasă și consideră păstrarea sau intervenția acesteia în viață un drept personal fundamental.

Pe de altă parte, include și alți terapeuți și medici. Medicina, ca și medicul, nu mai este folosită pentru a vindeca bolnavii, ci și pentru a-i ucide. Eutanasia are o istorie lungă și controversată, iar nici astăzi medicii, legislatorii, experții nu au consens, nici chiar teoreticienii, în afară de starea generală, normală, a societății. Acoperirea slabă a subiectului înseamnă că există încă multă confuzie cu privire la acest subiect. Indiferent de aspectele practice pe care această tehnică le va descoperi în viitor, rămâne o temă interesantă în domeniul cercetării științifice, în istoria României și internaționale.

Uciderea animalelor a fost dezincriminată în întreaga lume, respectiv în Mexic, Thailanda, Estonia, statul australian Teritoriul de Nord și statul american California. [60]

Există legi diferite cu privire la eutanasiu în fiecare țară. Comitetul de Etică Medicală – Camera Lorzilor – definește eutanasiu ca „orice intervenție efectuată cu intenția expresă de a pune capăt unei vieți, pentru a alina suferința dificilă”. În Țările de Jos, eutanasiu este înțeleasă ca „încetarea vieții prin intervenția unui medic la cererea pacientului”. [61]

Există diferite clasificări ale eutanasiei în întreaga lume, inclusiv proceduri voluntare și involuntare. În timp ce eutanasiu voluntară este legală în unele țări, state din SUA sau provincii canadiene, eutanasiu involuntară este declarată ilegală în toate țările civilizate. În 2006, eutanasiu a fost cel mai activ domeniu de cercetare în bioetica contemporană. [49]

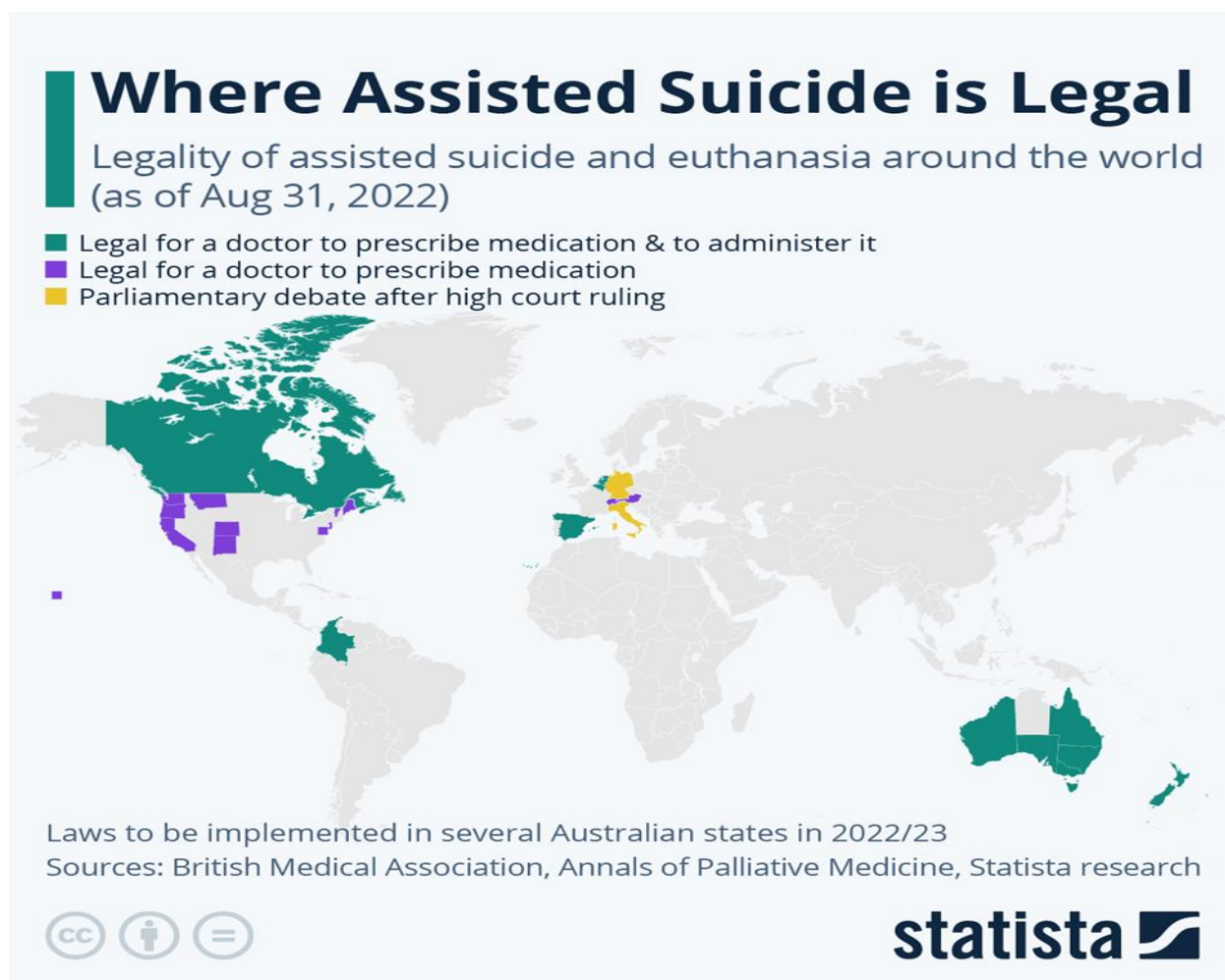


Figura 4.15 Când este considerată eutanasia legală în Australia, în 2022-2023 – preluare din British Medical Association, Annals of Palliative Medicine, Statistica Research

West's Encyclopedia of American Criminal Law afirmă că eutanasia este „ucidere prin milă” [10], dar este totuși considerată o crimă, folosind acest termen în același sens ca eutanasia la cererea pacientului. [115]

Sensul legal al termenului „sinucidere” include orice intervenție cu intenția expresă de a pune capăt unei vieți, chiar și reducerea durerii ireparabile. Dar nu toate infracțiunile sunt considerate ilegale conform legii penale. Prin urmare, există o infracțiune care este iertată și justificată și nu implică pedeapsă. În majoritatea țărilor, acest lucru nu trebuie confundat cu eutanasia. Cuvântul în sine este limitat la modul său de funcționare, în sensul conștiinței. Universitatea din Washington a publicat o clarificare pe site-ul său despre eutanasia: „Eutanasia înseamnă, în general, că medicul va răspunde imediat, de exemplu, prin administrarea unui vaccin

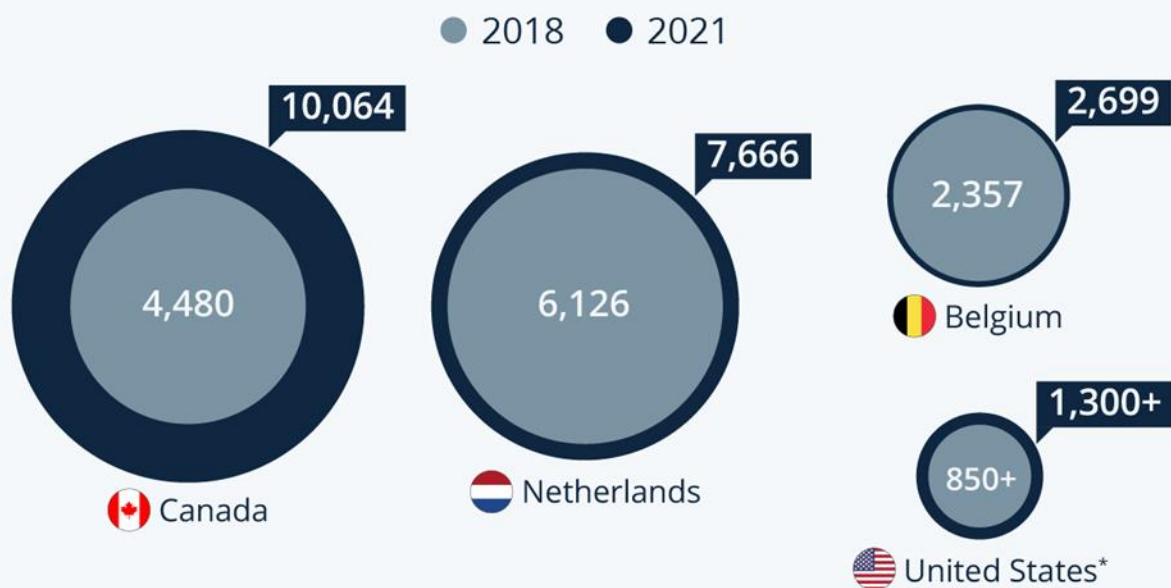
letal și oprirea bolii”. Prin urmare, sinuciderea asistată de un medic nu este clasificată drept eutanasiu de către statul american Oregon, unde este menționată și drept moarte cu demnitate și, în ciuda numelui, nu este clasificată ca sinucidere. Spre deosebire de sinuciderea asistată de un medic, luarea de medicamente sau retragerea suportului vital, în mod voluntar (în limitele confortului) pacientului, este aproape unanim considerat legal, cel puțin în Statele Unite. Utilizarea medicamentelor exclusiv în scopul ameliorării durerii, chiar dacă grăbește moartea, este considerată legală numai sub autoritatea diferitelor prevederi. [110]

Sinuciderea este ilegală în Australia. A fost considerat legal în Teritoriul de Nord timp de doi ani în temeiul Legii privind drepturile bolnavilor terminali din 1995. În 1997, guvernul federal australian a solicitat o reevaluare pe Teritoriul de Nord. Spre deosebire de alte state, Constituția australiană nu specifică legislația privind eutanasiu în Teritoriul de Nord. ONG-uri conduse de medici pasionați, inclusiv dr. Philip Nitschke, a condus și a continuat o campanie în curs care a început în septembrie 2010, dar s-a confruntat cu interdicții guvernamentale. [80]

Unde mor cei mai mulți oameni prin sinucidere asistată rezultă din economia Figurii 5.2 preluată din Annals of Palliative Medicine, Statistica Research la data de 09.11.2024. [100]

Where Most People Die by Assisted Suicide

Countries with the highest number of people who have died by assisted suicide or euthanasia in 2021



* CA, OR, CO, WA, VT, MT, D.C./NJ, HI, ME (since 2019)/NM (since 2021)

Source: Annals of Palliative Medicine, country and state administrations



statista

Figura 4.16 – Țările în care cei mai mulți oameni mor prin sinucidere asistată

Parlamentul brazilian a legalizat eutanasia pe 28 mai 2002. Un studiu publicat în 2010 a arătat că oamenii care au murit din cauza eutanasierii – în comparație cu alte decese – erau în mare parte tineri, bărbați, aveau cancer și au murit acasă. În aproape toate cazurile au fost raportate dureri fizice insuportabile. Eutanasia a fost extrem de rară pentru pacienții fără boală terminală.

[3]

Deși, în temeiul dispozițiilor art. 241 lit. (b) Cod penal Canada, era ilegal să „ajutri și să favorizezi sinuciderea”, recurentul riscă paisprezece ani de închisoare dacă va fi găsit vinovat, după ce Curtea Supremă din Columbia Britanică va invalida articolul, constatând că încalcă sarcina ridicată a discriminării împotriva persoanelor cu dizabilități severe, în articolele 7 și 15 din Carta Drepturilor și Libertăților, care a intrat în vigoare la 15 iunie 2012, Legea canadiană și contribuțiile la implementarea în aplicarea acestei politici în Canada, parlamentul federal a modificat prevederile Legii Crimelor în iunie 2013, deși Asociația Medicală Canadiană și-a declarat „neutralitatea în această chestiune”. [43]

Într-o decizie din 20 mai 2010, Curtea Constituțională a Columbiei a decis că „nimeni nu poate fi tras la răspundere pentru viața unui pacient în stadiu terminal care a dat consimțământul altora să facă acest lucru”, potrivit Washington Writing. Instanța a definit o persoană „în stadiu terminal” ca fiind o persoană care suferă de boli precum „cancer, SIDA, insuficiență renală sau hepatică, dacă aceste boli sunt cronice și provoacă dureri mari”. Aceeași decizie a respins în mod explicit aprobarea eutanasiei pentru persoanele cu boli terminale, cum ar fi boala Alzheimer, boala Parkinson sau boala Lou Gehrig.

Eutanasia voluntară este legală în India. La 7 martie 2011, Curtea Supremă a Indiei a legalizat eutanasia punând capăt vieții pacienților care se sinucideau permanent, în timp ce metodele de sinucidere, inclusiv administrarea de mijloace letale, sunt ilegale. [42]

Figura 4.17– Modalitatea de legalizare a eutanasiei în diferite țări din lume

Sursa : By Borysk5 - Own work, CC BY-SA 4.0,

<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=76086863> accesată în data de 11.11.2024

	Country	Legalization method	Date effective
1	 Netherlands	Passed by the States General	1 April 2002
2	 Belgium	Passed by the Belgian Federal Parliament	28 May 2002
3	 Luxembourg	Passed by the Chamber of Deputies	19 March 2009

	Country	Legalization method	Date effective
4	 Colombia	Ruling of the Constitutional Court of Colombia	15 December 2014
5	 Canada	Passed by the Parliament of Canada	17 June 2016
6	 Spain	Passed by the Cortes Generales	25 June 2021
7	 New Zealand	Passed by the Parliament of New Zealand and adopted in a referendum	6 November 2021
8	 Portugal	Passed by the Assembly of the Republic , promulgated by the President and published on the official gazette	TBA ^{[20][a]}
9	 Ecuador	Ruling of the Constitutional Court of Ecuador ^[22]	5 February 2024

█ Sinucidere și sinucidere asistată ilegală █ Sinucidere legală, sinucidere asistată ilegală █ Sinucidere și posibil sinucidere asistată legală

Legile și reglementările referitoare la eutanasia variază foarte mult între țările din întreaga lume. România și Republica Moldova nu au legalizat eutanasia sau sinuciderea asistată și nu există legi sau reglementări specifice care să permită aceste proceduri în orice situație. Cu toate acestea, au existat discuții despre eutanasia și îngrijirea la sfârșitul vieții, reflectând dezbateri mai ample despre etica asistenței medicale și drepturile pacienților. Indivizii și grupurile de advocacy au cerut legalizarea eutanasiilor sau punerea în aplicare a politicilor de îmbunătățire a îngrijirii la sfârșitul vieții, inclusiv accesul la servicii de îngrijire paliativă. [207]

Cadrul legal din România și Republica Moldova se concentrează, în primul rând, pe acordarea de îngrijiri paliative pacienților cu boli cronice, cu scopul de a reduce suferința și de a

îmbunătăți calitatea vieții persoanelor care se apropie de sfârșitul vieții. Îngrijirile paliative se concentrează pe sprijinul holistic, gestionarea durerii și satisfacerea nevoilor fizice, emoționale și spirituale ale pacienților și ale familiilor acestora.

În Irlanda, este ilegal ca un medic sau orice altă persoană să asiste la moartea unei persoane. Acest lucru nu încalcă legea, având în vedere utilizarea „dreptului de a muri” atunci când există consimțământul persoanei în cauză sau al unei rude apropiate. În septembrie 2010, un sondaj de opinie realizat de Irish Times a concluzionat că majoritatea adulților (57%) considerau că sinuciderea asistată de un medic ar trebui să fie legală pentru pacienții care o solicită. [10]

Legea penală israeliană interzice provocarea morții unei alte persoane sau scurtarea intenționată a vieții acesteia. Uciderea evreilor este interzisă atât de lege, cât și de religie, legea evreiască fiind împotriva acestei practici. Eutanasia pasivă este interzisă de legea evreiască, dar este acceptată de legea israeliană în unele cazuri. În 2005, au apărut propuneri pentru a permite eutanasierea involuntară printr-un proces similar cu propunerile de sâmbătă. În 2006, Comisia Steinberg a fost înființată pentru a examina chestiunile de viață și de moarte, pentru a fi revizuite la nivelul legii evreiești, și s-a recomandat ca spitalele să înființeze comitete care să abordeze necesitatea utilizării fără discernământ a eutanasiei. [11]

Guvernul japonez nu a adoptat nicio lege oficială privind eutanasia, iar Curtea Supremă japoneză nu a dezbătut această problemă. Până acum, două cazuri au fost aduse în judecată, unul la Nagoya în 1962 și celălalt după un incident la Universitatea Tokai în 1995. Primul caz a implicat „eutanasiu pasivă” (adică, permiterea unui pacient să moară pentru întreținere la sfârșitul vieții), pacientul trebuie să fie în stadiu terminal, iar copilul trebuie să sufere mari dureri, incapabil să fie alinat de medicamente.

În cazul eutanasiei pasive sunt necesare trei condiții: pacientul trebuie să sufere de o boală incurabilă, să nu poată supraviețui și pacientul să-și dea acordul expres pentru întreruperea tratamentului, iar consimțământul trebuie obținut și menținut de acesta înainte de a muri. Dacă pacientul nu poate să-și exprime dorințele, depinde de familie. De asemenea, prezintă tratamente potențial perturbatoare: terapie medicală, chimioterapie, dializă, respirație artificială, transfuzii de sânge, și multe altele. [11] Pentru eutanasia activă trebuie îndeplinite trei condiții: pacientul trebuie să fie într-o suferință fizică insuportabilă și medicul nu o poate alina cu medicamente, moartea trebuie să fie inevitabilă, iar pe termen scurt trebuie să existe consimțământul persoanei. (Spre deosebire de eutanasia radicală, testamentele și consimțământul familiei nu sunt suficiente.)

Când au apărut probleme cu practica curentă, s-au format echipe SWAT de bioetică. Aceste echipe sunt disponibile membrilor de familie ai pacienților care îndeplinesc criteriile indicate, pentru a-i ajuta să ia o decizie bazată pe informațiile individuale ale cazului. Există și organizații non-profit care și-au asumat sarcina de a rezolva astfel de probleme.

În Mexic, eutanasia este ilegală, dar din 7 ianuarie 2008, legea permite membrilor familiei pacienților cu boli terminale, dacă sunt inconștienți, să refuze sinuciderea prin medicamente sau tratamente medicale alternative în Mexico City; stația a fost extinsă în continuare la statul central mexican Aguascalientes la 6 aprilie 2009 și a fost folosită la distrugerea parțială a armatei mexicane în provincia Michoacan la 10 septembrie 2009. Un proiect de lege similar a fost extins la nivel național cu aprobarea Senatului, iar inițiativa de a pune capăt eutanasiei active a intrat în aceeași cameră legislativă pe 13 aprilie.

Sinuciderea asistată și eutanasia voluntară rămân ilegale în Noua Zeelandă, conform secțiunii 179 din Legea penală din 1961 din Noua Zeelandă, care a urmărit penal infracțiunea de „ajutor la crimă”. Cu toate acestea, au existat două încercări de dezincriminare a acesteia în 1995 și 2003 în numele legislației „moarte cu demnitate”, dar au eșuat la trei alegeri din Parlamentul din Noua Zeelandă. În mai 2012, Partidul Laburist din Noua Zeelandă a introdus o legislație postelectorală pentru Adunarea Reprezentantă Fal, ceea ce a dus la amânarea dezbaterii asupra proiectului de lege *sine die*, deoarece proiectul de lege postelectoral este unilateral și diferit. [121]

Sinuciderea este ilegală în Filipine. În 1997, Senatul filipinez a încercat să adopte o lege de legalizare a eutanasiei. Această lege a fost puternic subminată de Biserica Catolică a țării. Dacă acest proiect de lege ar fi fost adoptat, Filipine ar fi devenit prima țară care ar permite eutanasia pasivă. Conform legilor încă în vigoare, medicul este arestat și acuzat de neglijență medicală. [118]

Eutanasia este interzisă în Turcia. Un consilier care a ajutat pe cineva să se sinucidă sau să-și pună capăt vieții ar fi condamnat pentru a ajuta și favoriza la sinucidere în conformitate cu regulile art. 84 din Legea turcească a criminalității. În cazul eutanasiei active, art. 81 din aceeași lege prevede că oricine săvârșește această faptă va fi judecat și pedepsit pentru infracțiunea de omor cu pedeapsa detențiunei pe viață, pentru infracțiunea simplă. [122]

În SUA, eutanasia activă este considerată ilegală – dar au existat deja exemple în statul Columbia, ca alegerile pacienților să le grăbească moartea. În plus, tratamentele inutile sau disproportionat de împovărătoare, cum ar fi unitățile de locuit asistate, pot fi furnizate, în anumite circumstanțe specifice și în conformitate cu legislația federală și de stat, numai cu acordul

pacientului sau, în cazuri de incapacitate sau sărăcie, la discreția instanței, în recunoașterea tutorelui, ori a rudei. Curtea Supremă a Statelor Unite nu a abordat problemele de „calitate a vieții” sau „inutilitate” sau dacă eutanasia are sau nu o definiție legală (nu există o definiție legală) atunci când au existat dovezi clare și convingătoare că un consimțământ al pacientului, sau chiar ei înșiși, sub supraveghere legală, ori când pacientul era inconștient.

Deși eutanasia este ilegală în Statele Unite, sinuciderea asistată este legală în cinci state: Oregon, Vermont, Washington, New Mexico și Montana. [81]

Codul penal din Uruguay din 1932, la art. 37 din Capitolul Infracrișunilor conține o prevedere de acceptare cu compasiune, fiind primul document care autorizează eutanasierea. Este important de subliniat că această legislație normativă nu a folosit această denumire. În art. 127 din aceeași lege, se prevede că judecătorul poate aplica pedeapsa dacă se dovedește că pacientul a fost convins de acțiunea medicului și acesta din urmă „are o reputație onorabilă de medic”. Sursa principală a acestei legi a fost Jiménez de Asua, un mare criminal spaniol, care a introdus conceptul în cartea sa: „The Freedom to Live and the Right to Die: Essays of a Criminal on Eugenics, Euthanasia, Endocrinology”, publicată la Madrid, în 1999. În Spania, în 1928, prima propunere de a înțelege eutanasia ca sinucidere a fost făcută de Ruy Santos în teza sa de doctorat, „As morbid states resisted medical agents and on the untreatability of euthanasia”, la Facultatea de Medicină din Bahia, Brazilia, tot în 1928, sub comparația dintre eutanasia ca omucidere și eutanasia ca sinucidere, în ideea că s-a discutat și despre sinuciderea asistată. [79]

În Canada, sinuciderea asistată de un medic este considerată ilegală. Codul penal al Canadei prevede în art. 241 lit. (b) orice persoană care ajută o persoană să se sinucidă, chiar dacă nu o face, are o pedeapsă maximă de zece ani. Motivul pentru care este ilegală și sunt interzise „sinuciderile asistate” de către persoane care nu au capacitatea mentală de a lua decizii cu privire la ele, este „valoarea pe care societatea o acordă vieții umane”, și care „în ochii legislativului s-ar fi prăbușit ușor, dacă sinuciderea asistată ar fi fost abolită.”

În 1993, un judecător de la Curtea Supremă a Canadei a avut un caz - Rodriguez v. Rodriguez. Columbia Britanică (procuror general), unde Sue Rodriguez, o femeie bolnavă în stadiu terminal, a contestat interdicția sinuciderii asistate ca fiind incompatibilă cu prevederile Declarației Canadei a Drepturilor și Libertăților. Cu un vot de 4 la 5, Curtea a menținut prevederea, care a fost încorporată în Codul Penal al Canadei. [75]

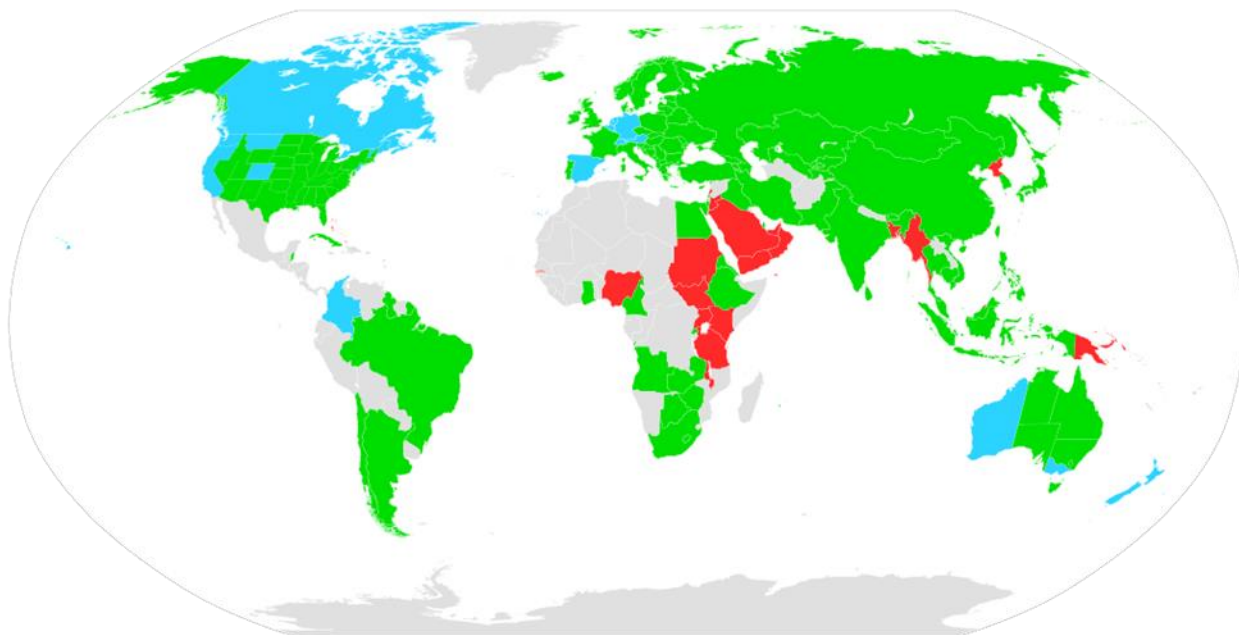


Figura 4.18 – Repartizarea pe glob a îngăduinței eutanasiei

Starea eutanasiei în lume:

- Eutanasia activă legală
- Eutanasia pasivă legală (refuzul tratamentelor / retragerea suportului vital)
- Eutanasia activă ilegală, eutanasia pasivă nereglementată
- Orice formă de eutanasiie este ilegală

Sursa: <https://ro.wikipedia.org/wiki/Eutanasiie> accesat în data de 11.11.2024

La 15 iunie 2012, Curtea Supremă a Columbia Britanică a suspendat interdicția sinuciderii asistate de un medic, încercând să abolească legal crima, ulterior. Deciziile Curții au fost suspendate pentru o perioadă de un an, în timp ce Parlamentul a elaborat reglementări legislative pentru Canada. Pe 25 octombrie 2012, guvernul federal a prezentat un argument juridic de 54 de pagini, susținând, printre altele, că scopul actualei legi „este de a proteja persoanele vulnerabile, care în momente de vulnerabilitate pot fi împinse la moarte” deoarece „este o reflectare a politicii guvernului că valoarea nu ar trebui ignorată „invazia vieții umane, permițând unei persoane să-și ia viața alteia”, iar Curtea Supremă nu avea dreptul ca Columbia Britanică să decidă prin decizia Curții Supreme a Canadei în cazul Rodriguez din 1993 de a anula dreptul la eutanasiie. [68] [2]

În China, un articol din Cotidianul Poporului a raportat că „nouă oameni din orașul chinez Xi'an au făcut o cerere publică”, au scris o petiție și au fost publicate colectiv în ziarele locale pentru a fi executați, distruși sau uciși pentru milă. . . [69] Acești oameni aveau uremie, o boală cu insuficiență renală, ceea ce arată că „suferințele lor sunt capabile să reziste și refuză să fie o povară pentru familiile lor”.

4.2.3 Poziția Curții Europene a Drepturilor Omului față de problematica eutanasiei

Trebuie specificat de la bun început că până la această dată nu există încă norme internaționale care să prevadă decizii obligatorii cu privire la tratamentul paliativ necesar persoanelor aflate în ultimul stadiu al unei boli incurabile. Există totuși decizii de tratament paliativ în cadrul legislației internaționale cu privire la drepturile omului, precum și al legislației europene a drepturilor omului. În ciuda faptului că nu au forță juridică, trebuie remarcat că printre sursele excelente de informații pe această temă se numără Convenția europeană a drepturilor omului din 1950 a Consiliului Europei și, în special, jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului. Aceste drepturi ale omului - dreptul la viață, dreptul de a nu fi supus unor tratamente crude sau inumane și dreptul la viață privată - sunt esențiale pentru a determina necesitatea de a lua decizii privind îngrijirile paliative.[220]

Având în vedere toate crimele comise înainte și în timpul celui de-al Doilea Război Mondial, Declarația Universală a Drepturilor Omului din 1948 a făcut referire la necesitatea de a proteja viața umană. Orice ființă umană "are dreptul la viață, la libertate și la siguranța persoanei", conform articolului 3 din această Declarație. Ulterior, în art. 6 alin. (1) din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice din 1966, a fost adoptată o versiune obligatorie din punct de vedere juridic a acestei clauze. și anume: „*Dreptul la viață este inerent persoanei umane. Acest drept trebuie ocrotit prin lege. Nimeni nu poate fi privat de viața sa în mod arbitrar*”. Observăm de aici că cel mai important drept al omului este dreptul la viață. Cu toate acestea nici din acest text nu se desprinde ideea cu privire la obligativitatea îngrijirii paliative a bolnavului incurabil.

De aici se desprind mai multe întrebări firești: Este normal ca bolnavul să renunțe la acest drept la viață? Ce este mai important: dreptul la viață sau dreptul la libertate al persoanei umane? Este obligatorie îngrijirea paliativă pentru un bolnav incurabil?

Răspunsuri clare la aceste întrebări nu vom găsi, deoarece părerile sunt împărțite mergând de la negarea absolută a dreptului la viață considerându-se ca fiind mult mai important dreptul la

libertate al persoanei umane, până la acceptarea obligatorie a dreptului la viață, indiferent de ceea ce dorește bolnavul sau cei apropiați lui, pentru că nu există un drept la moarte.

Există, de asemenea, o cale de mijloc care susține legile eutanasiei numai în cazurile în care acestea includ garanții pentru o cerere afirmativă de deces și detalii despre modul în care pacientul poate răspunde prin renunțarea la dreptul său la viață.[220]

Convenția Europeană a Drepturilor Omului prevede dreptul la viață în art. 2, care spune că nu va fi intenționat să ia viața unei persoane decât în timpul executării pedepsei după ce aceasta a fost dovedită vinovată de o infracțiune pentru care o astfel de pedeapsă este prevăzută de legea penală. Cu toate acestea, acest articol nu oferă în niciun caz discreție cu privire la opțiunile de îngrijire paliativă, iar jurisprudența CtEDO diferă în ceea ce privește metoda și alegerile făcute în acest sens.

În *Glass v. Statele Unite. Națiunile Unite* (2004), Cazul nr. 61827/00 *Glass*, o mamă a depus o plângere împotriva Portsmouth Hospitals National Health Service Trust și a medicilor săi în temeiul articolului 2 din Convenție. Ea a spus că au pus în pericol viața fiului ei bolnav, dându-le adulților o doză de diamorfină, un analgezic și a depus un ordin prin care refuză eliberarea medicală pentru tratamentul său, fără știrea ei sau consimțământul ei. Curtea nu a contestat faptul că, în anumite circumstanțe, statul pârât la CEDO poate participa la acțiuni și poate angaja cadre medicale (para. 71). Cu toate acestea, dacă un organism guvernamental a luat măsuri suficiente pentru a asigura standarde profesionale înalte pentru profesioniștii medicali și pentru a proteja viața pacienților, problemele sale de judecată profesională în tratarea unui pacient (chiar dacă acest lucru a fost stabilit) nu sunt suficiente pentru el însuși pentru a păstra regatul. ei sunt responsabili pentru datoria de a proteja viața, o obligație stabilită în articolul 2 din Convenție. În cele din urmă, Curtea a constatat că acest recurs este nefondat și, prin urmare, inadmisibil.[220]

Pretty v. Pretty, Regatul Unit (2002) (Cererea nr. 2346/02, *Pretty*) a fost primul caz în care CEDO a examinat relația dintre dreptul la viață și dreptul la libertate al individului și articolul 2 din tratat prevăzut în mod explicit. Pe lângă faptul că suferea de o distrofie musculară incurabilă numită scleroză laterală amiotrofică, reclamanta, Diane Pretty, a suferit și de Boală Neurodegenerativă Multiplă (MND). Solicitantul a dorit să poată alege cum și când să moară, deoarece stadiul terminal al bolii este incomodă și inumană. Din cauza bolii sale, reclamanta nu a putut să se sinucidă și a cerut ajutorul soțului ei. Dar, în timp ce asistența la sinucidere era ilegală conform legii engleze, sinuciderea în sine nu era ilegală. Ea s-a plâns că soțului ei nu i s-a acordat

imunitate de urmărire penală dacă el a ajutat-o să moară, deoarece autoritățile i-au respins cererea. Dna Pretty a susținut că articolul 2 garantează dreptul la viață și libertatea de a decide dacă să continue să trăiască sau „Nu”. El a fost foarte ferm că descrierea include și dreptul de a muri.[220]

Curtea a statuat că articolul 2 din Convenție – care garantează dreptul la viață – nu a fost încălcat și a concluzionat că dreptul la viață nu poate fi interpretat în mod rațional ca fiind diametral opus dreptului la moarte. Curtea a reținut că nu a existat o încălcare a articolului 3 din Convenție, care interzice tratamentele inumane sau degradante „pentru”. Cu toate acestea, datoria pozitivă invocată a statului ar impune statului să aprobe actele menite să pună capăt vieții, care nu pot fi derivate din articolul 3. Deși înțeleg teama reclamantului că opțiunea de a-i proteja pe cei vii, ar fi trebuit să se confrunte cu perspectiva a unei morți tragice, această datorie nu poate fi dedusă din obligația pozitivă a statului invocată în cerere. În consecință, Curtea a concluzionat că articolele 8 (dreptul la respectarea vieții private), 9 (libertatea de conștiință) și 14 (interzicerea discriminării) din Convenție nu au fost încălcate.

În urma lui Pretty, Curtea a făcut ecou acest punct de vedere într-o serie de alte decizii, cum ar fi Gross v. Elveția (2014) – numărul cererii 67810/10. În acest caz, reclamanta era o femeie în vârstă care dorea să moară, dar nu avea nicio afecțiune medicală. El s-a plâns că autoritățile elvețiene nu i-au permis să primească o injecție letală pentru a se sinucide. Reclamanta a susținut că autoritățile elvețiene au încălcat articolul 8 din Convenție (dreptul la respectarea vieții private și de familie), refuzându-i posibilitatea de a alege cum și când să-și pună capăt vieții.

Într-o decizie majoritară în Hotărârea Camerei din 14 mai 2013, Curtea a reținut că articolul 8 din Convenție (dreptul la respectarea vieții private), în special, legea care reglementează sinuciderea în Elveția a fost considerată în mod clar inadecvată.. Guvernul elvețian a cerut apoi ca chestiunea să fie transmisă General Ver – Adunarea Generală, pentru a se face referire. Ulterior, în 2014, guvernul elvețian a informat Curtea că reclamantul a murit în noiembrie 2011. Prin hotărârea din 30 septembrie 2014, Adunarea Generală a hotărât cu majoritate ca cererea era inadmisibilă. A concluzionat că reclamantul a încercat să inducă în eroare Curtea cu privire la o chestiune referitoare la fondul plângerii sale. Pentru a preveni intervenția Curții Europene de Justiție în decizia cauzei sale, el a depus eforturi pentru a bloca dezvăluirea de informații despre moartea sa către avocatul său, iar aceste informații nu au ajuns la cunoștința Curții.

În concluzie, Tribunalul a constatat că acțiunile reclamantului încalcă articolul 35 §§ 3 (a) și 4 din Convenție, prin încălcarea pe nedrept a dreptului de a introduce o cerere privată. Prin

urmare, constatările deciziei Camerei din 14 mai 2013, care nu a fost finalizată, nu mai sunt valabile.

Potrivit art. 8 paragraf. (1) din Convenție „orice persoană are dreptul la respectarea vieții sale private și de familie, a domiciliului și a corespondenței sale”. Dreptul la respectarea vieții private este deosebit de important în ceea ce privește deciziile de îngrijire paliativă. Dreptul la intimitate în art. 8 din Convenție se referă la sinuciderea asistată și definirea cerințelor legale pentru obținerea de medicamente pentru a pune capăt vieții cuiva (crimă).

Un caz de sinucidere asistată care a ajuns la CEDO a fost Koch v. Germania (2012) – cerere nr.497/2009, comparare – similar cu cazul Pretty. Soția reclamantei a încercat să obțină o doză letală care i-ar fi permis să se sinucidă acasă, în Germania, în 2004, dar a fost refuzată de Institutul Federal pentru Medicamente și Produse Medicale. Apelul administrativ al reclamantului și al soției sale a fost respins.

Cuplul a călătorit în Elveția în februarie 2005, unde femeia a solicitat asistență instituțională pentru sinucidere. În aprilie 2005, reclamantul a încercat, fără succes, să obțină, prin acțiune, o declarație de neconstituționalitate din partea Institutului Federal. Curtea a constatat că reclamantul ar putea susține că refuzul cererii sale de a primi o doză letală a avut un impact direct asupra sa, din cauza relației lor deosebit de apropiate și a implicării sale directe în îndeplinirea dorinței femeii sale - și în cele din urmă renunțat.

Ea a concluzionat că refuzul instanței germane de a examina fondul recursului a reprezentat o încălcare a drepturilor procedurale ale reclamantului” în temeiul articolului 8 din Convenție (dreptul la respectarea vieții private și de familie). În plus, în ceea ce privește fondul recursului formulat de reclamantă, Curtea a considerat că era datoria principală a instanțelor germane să examineze fondul recursului, în special în lipsa „un acord între statele membre ale Consiliului”. al Europei privind legalitatea sinuciderii sub orice formă (p. 70).

Cazul Haas v. Elveția (2011) – cerere nr. 31322/07, Haas, arată că în acest context, se pune întrebarea dacă statul, într-o manieră de respect față de lege și conform echității de a respecta viața privată, permite unui pacient care a intenționat să se sinucidă să administreze o injecție letală (pentobarbital de sodiu) fără prescripție medicală. pentru a pune capăt vieții fără durere sau posibilitatea eșecului.

Reclamantul, care suferea de o boală mintală gravă de aproximativ 20 de ani și credea că nu mai poate trăi într-o manieră politicoasă, a susținut că Elveția și-a încălcat dreptul la sinucidere

asistată din cauza cerințelor care trebuiau îndeplinite – „și nu s-au întâlnit – pentru a primi tratamentul prescris”.

Curtea a subliniat că statele membre ale Consiliului Europei nu au ajuns încă la un acord cu privire la dreptul individului la autodeterminare cu privire la cum și când să-și pună capăt vieții. În ciuda faptului că unele state membre au permis (cel puțin parțial) sinuciderea subvenționată, majoritatea dintre ele par să prețuiască mai mult conservarea vieții decât dreptul lor de a pune capăt acesteia. Curtea a concluzionat că statele au spațiu suficient pentru a aprecia aceste standarde. Curtea a reținut că cerința conform dreptului elvețian de a obține o rețetă medicală pentru a primi pentobarbital sodic este în mod obiectiv un drept, care protejează publicul de deciziile de urgență și previne abuzul. Curtea a constatat că cerința unei prescripții, eliberată în urma unei evaluări psihiatrice amănunțite, era o modalitate prin care statele își vor îndeplini obligația de a stabili un mecanism care să se asigure că decizia unei persoane de a-și pune capăt vieții reflectă cu adevărat voința sa.

În cele din urmă, Curtea nu a fost convinsă de pretenții, declarația reclamantului că nu a putut găsi un expert care să-l asiste atunci când abordează problema obținerii de rezultate pozitive ale unui examen medical, pentru a obține astfel pentobarbital sodiu. Camera superioară a CtEDO a pronunțat hotărârea Lambert și alții v. Franța, recunosc dreptul de a muri, nu cu excluderea unor evoluții clare în această direcție.

Reclamantii din cauză sunt părinții, fratele și sora lui Vincent Lambert. Vincent Lambert a devenit al patrulea pacient în 2008, după ce a suferit răni grave la cap într-un accident de mașină. Aceștia au contestat în mod special decizia Consiliului Federal Francez din 24 iunie 2014, prin care se legaliza ordinul prin care se ordona medicului responsabil de Vincent Lambert să înceteze să-i mai administreze hrană și apă artificială la 11 ianuarie 2014, pe baza unui raport parțial medical întocmit de un comitet format din trei medici.

În mod concret, recurenții au susținut că reținerea hidratării și a alimentației artificiale ar încălca obligațiile statului în temeiul articolului 2 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului (Dreptul la viață). Curtea a statuat că aplicarea deciziei Consiliului de Stat din 24 iunie 2014 nu ar constitui o încălcare a articolului 2 (dreptul la viață) din Convenția Europeană a Drepturilor Omului. În special, Curtea a remarcat că nu a existat un consens între statele membre ale Consiliului Europei în favoarea suspendării măsurilor de susținere a vieții. Guvernelor ar trebui să li se acorde un anumit grad de apreciere în acest domeniu, care se ocupă de sfârșitul vieții. Instanța

a stabilit prevederile Legii „Leoneți” nr. 2005-370 din 22 aprilie 2005 privind drepturile pacienților și sfârșitul vieții, așa cum sunt utilizate de Consiliul de Stat, și urmăresc crearea unui cadru legislativ clar, suficient pentru a răsturna deciziile luate de medici în situații precum cea din cauză. Curtea era foarte conștientă de importanța problemelor ridicate de acest caz, inclusiv de aspectele care erau foarte dificile din punct de vedere moral, juridic și medical. În ceea ce privește faptele cauzei, Curtea a reiterat că era datoria principală a autorităților naționale să asigure dorințele pacientului în conformitate cu legislația națională și să stabilească dacă decizia de a întrerupe tratamentul este în conformitate cu legislația națională și cu Convenție. Evaluarea respectării de către un stat a obligațiilor sale afirmative în temeiul articolului 2 din Convenție este rolul Curții.

Cazul Lambert v. Statul francez este, desigur, tragic, dar nu unic. În multe țări, pacienții și membrii familiei lor se confruntă cu dificultăți legate de decizia de a-și pune capăt vieții. Cazul lui Lambert este similar cu cel al lui Terri Schiavo din SUA, care s-a aflat în stare vegetativă timp de 12 ani și a vrut ca soțul ei să nu mai mănânce și să bea apă, dar părinții lui au luat poziția opusă. Un tribunal federal a inversat totul și tubul de alimentare a fost îndepărtat. Fiecare dintre cazuri se învâрте în jurul ideilor de demnitate umană și inevitabilitatea vieții.

Susținătorii întreruperii medicamentelor subliniază că orice implementare continuă a acesteia nu face altceva decât să perpetueze viața biologică, iar cei care se opun oricărei forme sau act de privare apreciază că viața și demnitatea sunt sacre pentru ființe umane și acest lucru nu depinde de exercitarea capacității de a face alegeri de acest fel. Cei din a doua tabără au subliniat că majoritatea judecătorilor au subestimat valoarea vieții umane[220].

Printre deciziile CEDO privind inacceptabilitatea eutanasiei și a sinuciderii asistate, mai menționăm:

1. Cazurile Jack Nicklinson v. Regatul Unit, și Paul Lamb v. Regatul Unit – cererile nr. 2478/15 și 1787/15.

Ambele cazuri se concentrează pe interzicerea legală a sinuciderii și a eutanasiei voluntare în Marea Britanie. Eutanasia voluntară este considerată o crimă în conformitate cu legislația britanică, iar secțiunea 2(1) din Legea privind sinuciderea din 1961 interzice sinuciderea asistată. Văduva domnului Tony Nicklinson a fost reclamantul în primul caz. Domnul Nicklinson a suferit de sindromul de blocare (pseudo-comă) în urma unui accident vascular cerebral în 2005, care l-a lăsat fără cuvinte și paralizat mintal de la gât în jos. Dl. Lamb, reclamantul în al doilea dosar, a fost paralizat în urma unui accident de mașină. Are nevoie de supraveghere constantă și abia poate

mișca un braț. Dl. Nicklinson a intentat un proces prin care a solicitat o hotărâre judecătorească pentru a stabili dacă acordarea de asistență medicală pentru a-și pune capăt vieții nu ar fi o infracțiune, deoarece ar intra sub incidența excepției de drept comun sau a legilor care au de-a face cu crima și uciderea din culpă, deoarece își încalcă drepturile prevăzute la articolele 2 și 8 din Convenție. Cererea i-a fost respinsă. După ce domnul Nicklinson a murit de pneumonie, văduva lui a continuat afacerea pentru ea însăși, ca soție.

Recurenții au făcut recurs la Înalta Curte în iulie 2013, după ce recursul lor la Curtea de Apel a fost respins. Acest recurs s-a limitat la întrebarea dacă interzicerea sinuciderii asistate este compatibilă cu articolul 8 din Convenție. Curtea Supremă a respins recursul în iunie 2014, concluzionând că Congresul ar trebui să decidă într-o chestiune atât de delicată. Legea britanică privind sinuciderea a intrat în conflict cu dreptul ei și al soțului ei la respectarea vieții lor personale și de familie, care este protejat de articolul 8 al Convenției, potrivit doamnei Nicklinson, care a spus că ordinele instanțelor locale nu sunt admisibile în acest caz. Curtea a reținut că articolul 8 nu impunea instanțelor naționale nicio cerință de procedură pentru a aprecia temeinicia unei cereri de contestare a unei hotărâri judecătorești și a considerat că o parte a cererii era în mod vădit nefondată și inadmisibilă. Acesta a considerat că majoritatea Curții Supreme a examinat temeinicia cererii doamnei Nicklinson.

Absența unei proceduri legale de aprobare a eutanasiei voluntare a fost plângerea formulată de al doilea reclamant, domnul Lamb, în temeiul articolelor 6, 8, 13 și 14 din Convenție. Apelul reclamantului la Curtea Supremă a fost susținut doar de argumentul împotriva sinuciderii asistate; nu a susținut argumentul împotriva omuciderii voluntare, astfel încât Curtea i-a respins cererea deoarece nu fuseseră epuizate toate căile de atac interne.

2. Cazul lui Gard et al. v. Regatul Unit - 27 iunie 2017

Charlie Gard, un copil mic care suferă de o boală genetică rară și fatală, a fost subiectul acestui caz. Spitalul de tratament a solicitat instanței naționale o acțiune în încetare în februarie 2017 cu privire la dreptul legal de a refuza constrângerea artificială și de a oferi îngrijiri paliative lui Charlie. În plus, părinții lui Charlie au cerut instanței să stabilească dacă ar fi în interesul lui Charlie să-și păstreze dispozitivul de ventilație artificială neîntrerupt, astfel încât să poată primi tratament medical experimental în Statele Unite. Instanțele naționale au concluzionat că Charlie ar putea suporta o suferință mai mare dacă suferința actuală care era prelungită fără nicio perspectivă reală

de ameliorare și că nu ar exista niciun beneficiu real din tratamentul experimental. Deci, decizia spitalului de a retrage tratamentul salvator ar fi legală, potrivit instanțelor locale.

Părinții lui Charlie au susținut în procedurile în fața Curții Europene de Justiție că spitalul i-a refuzat lui Charlie accesul la tratament de susținere a vieții (în SUA), încălcând drepturile articolului 2 (articolul 2 viața) din Convenție și, prin urmare, libertatea i-a fost luată cu forța, cu încălcarea articolului 5 (dreptul la libertate și siguranță). Ei au susținut, de asemenea, că deciziile instanțelor locale au reprezentat o ingerință incorectă și disproporționată în drepturile lor părintești, în detrimentul articolului 6 (dreptul la un proces echitabil) și al articolului 8 (dreptul la respectarea vieții private și de familie).

Instanța a declarat cererea inadmisibilă, după ce majoritatea judecătorilor au susținut în principal practica instanțelor naționale. Curtea a reținut în mod special marja largă de manevră acordată autorităților în cazurile de „disponibilitate a tratamentelor experimentale pentru pacienții în faza terminală și în cazurile de tulburări morale și etice mai ieftine, subliniind totodată că nu este de competența Curții să acționeze în numele autorităților naționale relevante. Din această perspectivă, Curtea a apreciat existența unui sistem juridic național care a fost în concordanță cu Convenția și a reglementat atât accesul pacienților la tratamente experimentale, cât și întreruperea tratamentelor de susținere a vieții. Mai mult, hotărârile instanței locale au fost discreționare, absolute și în cadrul celor trei trepte de competență. Acestea au fost susținute de considerații suficiente și clare, atât pertinente, cât și suficiente; instanțele locale s-au consultat direct cu toți cei implicați (în special, au audiat pe toți profesioniștii medicali implicați în tratament, precum și pe experți chemați de reclamanți, părinții lui Charlie și un expert independent desemnat ca tutore al copilului, care au obținut rapoarte de expertiză de la foarte respectate la nivel internațional; respectiv experți medicali în domeniu și au vizitat spitalul pe care era înclinat să îl ducă în fața instanțelor din Marea Britanie în cazul în care exista vreo îndoială și, de altfel, instanțele naționale au stabilit că este probabil ca Charlie să experimenteze dureri și suferințe continue, care nu trebuie să continue prin tratamentul experimental șansa de succes urmând a fi zadarnică și va continua să-l afecteze.

3. Cauza Affilia v. Bidall v. R.C. Franța – 23 ianuarie 2018

Cazul a implicat decizia de a refuza suportul vital pentru un tânăr de 14 ani care se afla în stare vegetativă ca urmare a insuficienței cardiace acute. Reclamanții, respectiv părinții săi, au contestat în mod expres decizia medicului de a întrerupe tratamentul copilului lor, în ciuda

opoziției acestora. În calitatea lor de părinți și persoane cu autoritate părintească, reclamanții au susținut că ar trebui să aibă dreptul de a decide împreună în mod colectiv.

Instanța a declarat cererea inadmisibilă pentru că era vădit lipsită de fond. În special, a concluzionat că sistemul juridic actual îndeplinește cerințele articolului 2 din Convenție (care garantează dreptul la viață), în ciuda dezacordului reclamanților cu privire la finalitatea procesului decizional al medicilor. De asemenea, Curtea a reținut că dreptul francez prevede o soluție care îndeplinește cerințele articolului 2.

Întrucât am indicat trei poziții care sunt de acord cu privire la dreptul la viață, dacă există dreptul de a muri sau nu, dacă sfârșitul vieții nu poate fi încălcată, pacientul ar trebui să fie informat cu respect și în modul corespunzător stării sale, cu privire la obiecția tutorelui său conștient, precum și unele proceduri pentru încheierea vieții.

Există în mod clar flexibilitate și schimbare în poziția CEDO cu privire la această problemă, iar legile naționale privind anularea diferă foarte mult de la viață, la sinucidere și sinucidere asistată. Cu toate acestea, ar trebui să ne întrebăm cu atenție dacă ar fi mai bine să avem legi care să reglementeze acest domeniu. Un lucru este cert: atunci când legile interzic acest drept extrem de a dori de a muri, ele nu fac altceva decât să arate respectul și valoarea vieții umane, motiv pentru care majoritatea legilor interzic localizarea eutanasiei și asistarea la sinucidere.

4.3. Concluzii la capitolul al IV-lea

Sistemul de protecție a drepturilor și libertăților fundamentale introdus de Convenția europeană a drepturilor omului („Convenția”) se întemeiază pe principiul subsidiarității. Este, în primul rând, de competența statelor părți la convenție să garanteze aplicarea acesteia, iar Curtea Europeană a Drepturilor Omului („Curtea”) nu trebuie să intervină decât atunci când statele nu și-au respectat obligațiile. Controlul exercitat la Strasbourg este activat, în principal, prin intermediul cererilor individuale, cu care Curtea poate fi sesizată de către orice persoană, fizică sau juridică, aflată sub jurisdicția statelor părți la convenție. În consecință, categoria potențialilor reclamanți este imensă: pe lângă cele opt sute de milioane de locuitori ai Europei Mari și cetățenii din țări terțe care își au reședința sau tranzitează pe teritoriul acesteia, trebuie să avem în vedere milioane de asociații, de fundații, de partide politice, de întreprinderi etc. Nu trebuie uitate persoanele care, în urma unor acte extrateritoriale ale statelor părți la convenție, săvârșite în afara teritoriilor lor respective, intră sub jurisdicția lor.

Plecând de la premisa că realizarea condițiilor corespunzătoare pentru dezvoltarea sănătoasă a embrionului este responsabilitatea părinților și ocrotirea vieții acestuia depinde de mama gravidă și făcând apel la dreptul constituțional la informație, se impune înființarea centrelor de consiliere pentru femeile cu sarcină nedorită, precum și instituirea unei perioade de gândire, astfel încât femeia însărcinată să poată lua o decizie în deplină cunoștință de cauză, fără presiuni sau grabă.

Este extrem de importantă pentru sănătatea fizică și psihică a națiunilor informarea pacientelor solicitante de avort cu privire la existența alternativelor, la riscurile și efectele intervenției. Pacientele solicitante de avort au dreptul la informații precise și complete atât asupra procedurii avortului, cât și asupra consecințelor medicale, fizice, psihice, emoționale și sociale ale avortului la cerere, informații pe care în acest moment nu le primesc. Înainte de a recurge la avort, femeile trebuie să cunoască complicațiile și consecințele pe termen scurt și lung ale acestei intervenții. Experiența centrelor de consiliere pentru femeile cu sarcină nedorită, centre administrate de organizații non-guvernamentale și culte demonstrează că, atunci când o femeie dorește să întrerupă o sarcină care a intervenit într-un moment dificil din viața ei, ea are nevoie de sprijin emoțional, medical, psihologic și material pentru a reuși să depășească momentul critic.

În consecință, trebuie să existe în mod legal posibilitatea pentru fiecare femeie însărcinată de a fi informată în perioadă de dinaintea avortului și de a avea răgazul necesar pentru a asimila informațiile primite și a lua astfel o decizie în deplină cunoștință de cauză.

Mai mult, capitolul prezintă date și grafice care susțin cele arătate, inclusiv un amplu material de drept comparat care vine în sprijinul ideii generale, ce se regăsește în titlul capitolului, respectiv faptul că respectarea drepturilor individuale poate și trebuie să fie raportată la situația concretă izvorâtă din dreptul femeilor la respectarea informată a libertății lor de a decide.

Partea a doua a aceluiași capitol vizează libertatea informată în contextul hotărârii persoanei de a decide cu privire la eutanasiu. Consimțământul informat are un rol deosebit în acest context, deoarece el nu poate fi valabil decât în contextul unei libertăți depline, și în cunoștință de cauză.

Tot în contextul prezentării unor exemple edificatoare din dreptul civil comparat și în ideea libertății persoanelor de a alege o moarte demnă, s-a făcut o analiză amplă, din care nu lipsesc elementele de etică, religioase, morale și bineînțelese legale cu argumentele lor.

CONCLUZII ȘI PROPUNERI DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A CADRULUI JURIDIC

Concluzii abort

Avortul este un subiect controversat, complex și sensibil, care poate fi privit atât dintr-o perspectivă pro-avort, cât și dintr-o perspectivă anti-avort.

Avortul este o procedură legală, un drept pe care îl poate avea o femeie și, prin urmare, nu îl putem opri. Fiecare femeie are dreptul la intimitate, iar decizia de a avorta este a ei, iar medicul ginecolog o va ajuta cu „informațiile și instrucțiunile necesare”.

Din punct de vedere social, o femeie singură nu ar trebui să aibă de-a face cu rușinea sarcinii sau cu durerea de a-și da copilul spre adopție. Adolescente care devin mame nu mai pot continua educația, se luptă și se bazează adesea pe asistență socială pentru a-și crește copilul, ceea ce este inadecvat.

Avortul trebuie considerat un drept atunci când viața mamei este în pericol în timpul sarcinii, nașterii sau când o femeie rămâne însărcinată ca urmare a violului sau incestului.

În același timp, avortul este o procedură medicală sigură, având în vedere progresele în medicină și tehnologie. Sănătatea pacientului nu este afectată, iar riscul de complicații este foarte scăzut, după procedură.

Alte motive pentru care femeile aleg această procedură includ: contraceptivele eșuate, incapacitatea de a crește un copil, prevenirea nașterii unui copil cu boli sau probleme grave.

Din punct de vedere religios, avortul este considerat o infracțiune pentru că copilul are viață din momentul concepției, chiar dacă nu este încă pe deplin matur. O persoană nouă este un dar de la Dumnezeu, iar viața ei depinde de alegerea pe care o face femeia.

Avortul provoacă traume, atât psihologice, cât și fizice. Avortul poate provoca traumatisme fizice deoarece prezintă multe riscuri, care pot duce la infertilitate sau chiar la moarte, precum și riscul de infecție sau complicații (cum ar fi cancerul sau sarcina extrauterină). În acest caz, informațiile despre acest proces pot fi utile pentru a inversa și a restabili situația.

Avortul nu trebuie folosit ca metodă de prevenire a sarcinii. Contracepția este procesul prin care este prevenită sarcina. Există metode contraceptive, astfel: sterilizare feminină și masculină (ligatura trompelor la femei, vasectomie la bărbați); contraceptive reversibile cu acțiune prelungită (dispozitive intrauterine, implanturi hormonale); metode hormonale cu acțiune scurtă (pilula, mini-

pilula, plasture, injecții, inel vaginal); metode de barieră (prezervative, diafragmă, capac vaginal, burete) și metode naturale (abținerea de la sex în zilele fertile ale ciclului menstrual). [19]

Restricțiile privind avortul afectează femeile sărace, deoarece nu pot fi supuse unei astfel de proceduri într-o clinică de specialitate din cauza constrângerilor financiare. Din acest motiv sau pentru a evita avortul, femeile recurg la metode nesigure care le pun viața în pericol sau, dimpotrivă, poartă sarcina împotriva voinței lor, încălcând drepturile omului. Uneori, femeile nu pot face avorturi, deoarece unii medici o numesc „clauză de conștiință”, care nu afectează dreptul pacientului de a avea acces la îngrijiri și servicii medicale.

În concluzie, putem spune cu mare convingere ca întreruperea sarcinii în orice caz nu este o soluție pentru gravidă deoarece îi provoacă, după cum am remarcat, multe leziuni fizice și mai ales psihice. Cu toate acestea, trebuie să existe o bază legală pentru avortul în condiții de siguranță, deoarece acesta este fundamentul maternității inofensive, o parte integrantă a apelului de bună reproducere.

Atât în România, cât și în Republica Moldova, avem legi liberale privind întreruperea sarcinii, bineînțelese limitate de vârsta fetală (la cerere până la 12 săptămâni de sarcină în Republica Moldova și până la săptămâna 14 în 2010, însărcinată în România). Totuși, plasarea acestor restricții asupra drepturilor reproductive ale femeilor în ceea ce privește întreruperea sarcinii, în raport cu vârsta gestațională și sistemul de indicații medicale, se bazează mai degrabă pe ideea de a proteja viața sau sănătatea gravidei decât pe importanța demografică a statului, care este forțat să vadă o scădere bruscă a populației. Această problemă a declinului populației creează probleme serioase guvernului deoarece viitoarea forță de muncă va scădea și nu va putea asigura securitatea socială în viitor.

În context european, statutul ambiguu al proprietății intelectuale și, implicit, lipsa de respect pentru dreptul de rechemare se datorează și faptului că articolul 2 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului nu definește noțiuni juridice de „om” și pentru „viață”. Mai mult decât prin urmare, drepturile pretinse pentru rezultatul sarcinii și femeia însărcinată sunt împletite, sau cu alte cuvinte, viața este strâns legată de făt și de viața femeii care îl are, presupune că nu poate fi analizată prin scoatere din context și rezultă că rezultatul sarcinii, gestației și fătului până la o anumită vârstă nu garantează un drept absolut la viață.

Din punct de vedere juridic, este evident imposibil de acceptat existența simultană a două drepturi opuse care se pot exclude reciproc, dreptul la viață al fătului și dreptul la viață privată al

gravidei. Deși statele au un anumit aspect de apreciere, legile naționale sunt totuși dependente de viața privată a femeilor, deoarece acestea au statutul de „persoane” conform Convenției art. 2 s-ar aplica și la rezultatul sarcinii, absența unei limitări exprese ar conduce la prezumția că întreruperea sarcinii este interzisă chiar dacă ar fi „periculoasă”, dacă sarcina pune în pericol viața femeii, atunci avortul devine incompatibil cu prevederile din art. 2 din Convenție.

Conform jurisprudenței CtEDO, așa cum am văzut mai sus, Convenția nu reglementează dreptul femeii însărcinate la avort, ci dreptul de a avea posibilitatea de a întrerupe singură sarcina. Decizia unei femei de a nu-și curma sarcina, intră în domeniul sănătății personale, respectiv al liberului arbitru, care este specificat în art. 8 din Convenția Europeană.

Prin urmare, pentru a reduce numărul de întreruperi de sarcină, ar trebui luate în considerare câteva recomandări, cum ar fi:

Statele române și moldovenești ar trebui să ofere servicii de sprijin persoanelor care iau în considerare avortul, inclusiv (dar fără a se limita la):

1. furnizează informații corecte și complete despre starea lor, de la cadrele medicale care nu încearcă să-i convingă să renunțe la alegeri, dar care explică clar riscurile cu care se confruntă;
2. se adresează unui medic care efectuează avorturi, iar dacă refuză din motive religioase sau morale, pe de altă parte, să-și îndeplinească obligația legală de a îndruma pacienta la un medic care prestează astfel de servicii, în temeiul art. 34 din Codul Etic;
3. consiliere psihologică obligatorie pentru persoanele care solicită un avort, anterior încheierii acestuia, care va fi completată cu o perioadă de reflecție pentru femeia însărcinată.
4. oferirea de servicii de consiliere psihologică persoanelor care au suferit un avort.

Consider că la nivel național ar trebui stabilit un protocol de avort, care să precizeze circumstanțele în care medicii pot refuza „avortul la cerere”, drepturile și responsabilitățile pacientului. Dacă o sarcină este rezultatul unui viol sau incest, victima violului ar trebui să aibă acces gratuit la această procedură sau ar trebui să i se ofere un avort la un cost redus.

Concluzii eutanasi

Este imperativ să se furnizeze informațiile necesare și precise în cadrul unităților de sănătate pentru a preveni dezinformarea și descurajarea persoanelor. În același timp, ar trebui creată o pagină web unde oricine poate obține informații exacte despre regimul de tratament, sfaturi de la medici și pașii de urmat.

Susținătorii eutanasiei umane prezintă mai multe argumente în favoarea legalizării sau autorizării eutanasiei în anumite circumstanțe, precum respectul pentru autonomie în care susținătorii afirmă că indivizii ar trebui să aibă dreptul de a lua ei înșiși decizii cu privire la viața lor, inclusiv de a-și curma suferința prin eutanasi;

Aceștia consideră că respectarea autonomiei și a autodeterminării unei persoane este esențială, în special în probleme de viață și de moarte deoarece asta ajută la:

- ameliorarea suferinței, deoarece, în viziunea lor, eutanasia oferă un mijloc de a atenua suferința fizică și psihologică extremă pe care o resimt pacienții în fază terminală;
- cei care sunt pro eutanasi susțin că aceasta le permite persoanelor să moară cu demnitate, fără dureri prelungite, disconfort și pierderea calității vieții;
- îngrijirea cu compasiune la sfârșitul vieții în care susținătorii spun că eutanasia poate fi o opțiune plină de compasiune pentru pacienții care se confruntă cu o boală în fază terminală și nu au nicio speranță de recuperare;
- asigurarea unei morți pașnice și nedureroase poate fi o formă de îngrijire plină de compasiune la sfârșitul vieții;
- autonomia și împuternicirea pacientului, deoarece cei care sunt pro eutanasi susțin că legalizarea acesteia le-ar permite pacienților să dețină controlul asupra deciziilor lor la sfârșitul vieții și le-ar permite să moară în condițiile lor.

Totodată, ei afirmă că indivizii ar trebui să aibă dreptul de a alege când și cum să moară, în special atunci când se confruntă cu suferințe prelungite și afecțiuni ireversibile; reducerea costurilor și a resurselor medicale fiindcă unii susținători susțin că legalizarea eutanasiei ar putea contribui la reducerea poverii financiare asupra sistemelor de sănătate prin evitarea îngrijirii prelungite și costisitoare la sfârșitul vieții pentru pacienții în fază terminală; aceștia susțin că resursele economisite ar putea fi redirecționate către alte domenii ale asistenței medicale, de care ar beneficia un număr mai mare de pacienți; prevenirea morților inumane, ce pot fi considerate

adevărate torturi, atunci când pacienții suferă foarte mult și nu au nicio șansă de însănătoșire, eutanasia poate preveni ca aceștia să aibă parte de morți inumane, cum ar fi suferința prelungită, pierderea demnității și pierderea cunoștinței; persoanele care sunt pro eutanasiie susțin că aceasta asigură un sfârșit pașnic și uman al vieții. [208]

În general, susținătorii eutanasiiei susțin că legalizarea acesteia, în condițiile unor reglementări și garanții stricte, poate susține autonomia individuală, poate ușura suferința și poate oferi îngrijiri pline de compasiune la sfârșitul vieții pentru cei care se confruntă cu boli terminale sau cu dureri insuportabile.

Oponenții eutanasiiei prezintă mai multe argumente contra legalizării sau practicării acesteia în orice circumstanțe, așa cum sunt: sanctitatea vieții cu privire la care cei mai mulți opozanți susțin că viața este valoroasă și că a o curma în mod intenționat, chiar și în cazuri de suferință extremă, este greșit din punct de vedere moral; aceștia consideră că viața trebuie păstrată și protejată cu orice preț, indiferent de circumstanțe; panta alunecoasă, ca pe un efect în care cei care sunt contra eutanasiiei își exprimă adesea îngrijorarea cu privire la potențialul de abuz și la efectul „pantei alunecoase”; aceștia susțin că legalizarea eutanasiiei ar putea duce la erodarea garanțiilor și la eventuala acceptare a eutanasiiei involuntare sau a eutanasiiei pentru afecțiuni care nu sunt terminale; aceștia sunt îngrijorați de faptul că persoanele vulnerabile ar putea fi constrânse sau presate să aleagă eutanasia, în special cele în vârstă, cu dizabilități sau dezavantajate din punct de vedere financiar; impactul asupra relației medic-pacient, deoarece opozanții susțin că legalizarea eutanasiiei ar putea submina încrederea și integritatea relației medic-pacient; aceștia consideră că medicii, a căror datorie principală este de a vindeca și de a alina suferința, nu ar trebui să fie implicați în a pune capăt în mod intenționat vieții unui pacient; legalizarea eutanasiiei ar putea schimba în mod fundamental natura practicii medicale și ar putea compromite principiile etice ale medicinei; potențialul de eroare și de diagnosticare greșită, ce provine de la criticii care își exprimă îngrijorarea cu privire la potențialul de eroare în diagnosticarea bolilor terminale sau în prezicerea exactă a speranței de viață; aceștia susțin că diagnosticele sau prognozele greșite ar putea duce la moartea prematură a pacienților care ar fi avut mai mult timp de trăit sau la pierderea inutilă a vieții pentru cei ale căror afecțiuni pot fi tratate sau gestionate; opțiuni alternative de îngrijire paliativă, a căror existență este remarcată de cei care se opun eutanasiiei pledează pentru extinderea serviciilor de îngrijire paliativă și a îngrijirii de tip azil ca abordări alternative la îngrijirea la sfârșitul vieții; aceștia consideră că furnizarea unui management cuprinzător al durerii, a unui

sprijin psihologic și a unei îngrijiri pline de compasiune poate aborda suferința pacienților în fază terminală fără a recurge la eutanasiu; precedentul etic și juridic, față de care unii opozanți susțin că legalizarea eutanasiei ar crea un precedent etic și juridic periculos prin sancționarea uciderii intenționate în anumite circumstanțe; aceștia se tem că, odată ce societatea va accepta eutanasia, aceasta ar putea duce la o erodare și mai mare a respectului pentru viața umană și ar putea submina principiile etice de lungă durată împotriva uciderii.

În general, opozanții eutanasiei afirmă că legalizarea acesteia prezintă riscuri etice, morale, juridice și sociale semnificative și că ar trebui să se acorde prioritate absolută abordărilor alternative la îngrijirea la sfârșitul vieții pentru a susține sfințenia și demnitatea vieții umane.

În plus față de argumentele pro și contra eutanasiei, iată câteva puncte și considerații suplimentare care pot fi utile, în a decide ce este cel mai bine pentru ființa umană: statutul juridic al eutanasiei, deoarece acesta variază foarte mult în întreaga lume; - unele țări, cum ar fi Țările de Jos, Belgia, Luxemburg, Canada și mai multe state din Statele Unite, au legalizat eutanasia sau sinuciderea asistată în anumite circumstanțe, cu reglementări și garanții stricte în vigoare; - în schimb, multe alte țări interzic eutanasia în mod categoric sau permit doar forme limitate de luare a deciziilor la sfârșitul vieții, cum ar fi directivele anticipate sau retragerea tratamentului de menținere a vieții; - directivele anticipate și luarea deciziilor la sfârșitul vieții, ce nu sunt altceva decât directivele prealabile, testamentele în viață și împuternicirile de asistență medicală permit persoanelor să își precizeze în avans preferințele privind tratamentul medical și îngrijirea la sfârșitul vieții, inclusiv deciziile privind eutanasia sau sinuciderea asistată; - aceste documente legale permit persoanelor să își exprime dorințele cu privire la utilizarea sau refuzul tratamentelor de menținere a vieții în caz de incapacitate sau de boală terminală; - servicii de îngrijire paliativă și servicii azilare, care conduc spre un sfârșit demn, prin îngrijirea paliativă care se concentrează pe ameliorarea durerii și îmbunătățirea calității vieții pacienților cu boli grave, inclusiv a celor care se apropie de sfârșitul vieții; - îngrijirea în azile oferă susținere complexă și îngrijire pentru pacienții în fază terminală și familiile acestora; atât îngrijirile paliative, cât și serviciile de tip azilar au ca scop abordarea nevoilor fizice, emoționale, spirituale și psihosociale, oferind alternative la eutanasiu prin furnizarea de îngrijiri pline de compasiune la sfârșitul vieții; - perspectivele religioase, care joacă un rol decisiv pentru majoritatea oamenilor spre sfârșitul vieții acestora prin credințele și învățăturile religioase cu rol semnificativ în modelarea atitudinilor față de eutanasiu; - în timp ce unele tradiții religioase pot sprijini eutanasia în anumite circumstanțe, altele se opun

acesteia pe baza principiilor religioase care susțin caracterul sacru al vieții și subliniază importanța morții naturale; - înțelegerea diverselor perspective religioase poate oferi o perspectivă asupra dimensiunilor etice și morale ale dezbatelor privind eutanasia.

Opunerea mai vizează și opinia publică și atitudinile sociale, fiindcă opinia publică cu privire la eutanasia variază în diferite regiuni și culturi și poate fi influențată de factori precum credințele religioase, normele culturale, practicile de asistență medicală și experiențele personale; sondajele și studiile care examinează atitudinile publicului față de eutanasia pot oferi informații valoroase despre percepțiile și preferințele societății în ceea ce privește luarea deciziilor la sfârșitul vieții; perspective internaționale, prin workshopuri, conferințe, congrese, debaterile privind eutanasia nu se limitează la țări individuale, ci se extind și la forumuri și organizații internaționale; cadrele internaționale privind drepturile persoanelor, cum ar fi Declarația Universală a Drepturilor Omului, pot aborda aspecte legate de luarea deciziilor la sfârșitul vieții, inclusiv dreptul la viață, demnitate, autonomie și acces la îngrijiri paliative; discuțiile la nivel internațional pot contribui la înțelegerea și colaborarea la nivel mondial cu privire la problemele legate de eutanasia.

Legile și reglementările referitoare la eutanasia variază foarte mult între țările din întreaga lume. România și Republica Moldova nu au legalizat eutanasia sau sinuciderea asistată și nu există legi sau reglementări specifice care să permită aceste proceduri în orice situație. Cu toate acestea, au existat discuții despre eutanasia și îngrijirea la sfârșitul vieții, reflectând debateri mai ample despre etica asistenței medicale și drepturile pacienților. Indivizii și grupurile de advocacy au cerut legalizarea eutanasiei sau punerea în aplicare a politicilor de îmbunătățire a îngrijirii la sfârșitul vieții, inclusiv accesul la servicii de îngrijire paliativă.

Cadrul legal din România și Republica Moldova se concentrează, în primul rând, pe acordarea de îngrijiri paliative pacienților cu boli cronice, cu scopul de a reduce suferința și de a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor care se apropie de sfârșitul vieții. Îngrijirile paliative se concentrează pe sprijinul holistic, gestionarea durerii și satisfacerea nevoilor fizice, emoționale și spirituale ale pacienților și ale familiilor acestora.

Propuneri de îmbunătățire

Dacă cu privire la avort există prevederi legale care acceptă ca femeile să poată dispune în legătură cu acest aspect, bineînțeles în limitele prevăzute de lege, care sunt similare cu cele existente la nivel european, în ceea ce privește eutanasia, nici în Republica Moldova și nici în România nu s-au făcut pași legislativi, existând o opoziție formală numai la ideea de a provoca moartea în anumite condiții limită.

Nici la nivel european lucrurile nu stau mai bine, așa cum am subliniat. Totuși, pe rând, Statele Membre UE se raliază acceptării ideii, așa cum întâlnim în Țările de Jos, Belgia, Germania, Spania. A proceda inuman numai din convingeri nu este propriu nici poporului român și nici celui moldovean. Existența unor soluții practicate din 2005, de exemplu, în Belgia arată odată în plus că legislația este perfectibilă, iar noi am avea posibilitatea să profităm de statisticile țărilor care au adoptat o astfel de legislație, pentru a crea un cadru legislativ bazat pe cercetările lor și bineînțeles pe nevoile noastre. În fazele terminale ale unor boli sunt suferințe care egalează și depășesc cele mai rafinate torturi. Trebuie să credem în demnitate, credință și iubire de aroapele aflate în cumplită suferință.

Putem să utilizăm experiența altor state care au creat adevărate baze de date statistice inclusiv tipologia legislativă pe care au utilizat-o, pentru a crea și în țările noastre o situație asemănătoare, în spiritul și sugestia Uniunii Europene.

Consimțământul informat a apărut ca un standard etic fundamental în codurile medicale majore, cum ar fi Jurământul Hipocratic, Declarația de la Geneva din 1948 sau Codul Internațional de Etică Medicală¹⁹⁴ Greater Minnesota în *Mohr vs. Mohr*. Sigiliu. Pacientul trebuie să știe că medicul va acționa numai în interesul său, în conformitate cu Declarația de la Geneva, și își va respecta dreptul de a decide ce vrea să facă. Conform Legii Drepturilor Omului, „orice adult cu o boală mintală are dreptul la autodeterminare”.

Declarația privind promovarea drepturilor pacienților în Europa a fost făcută publică la Forumul European al Organizației Mondiale a Sănătății, desfășurat între 28 și 30 martie 1994 la Amsterdam. Această declarație include un set de principii pentru promovarea și implementarea drepturilor pacienților în statele europene membre ale Organizației Mondiale a Sănătății și a fost ulterior încorporată în legislația fiecărei țări din Europa. Exprimarea acestui articol este făcută în România în Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003. Legea nr. 46/2003 a fost aplicată prin decretul adoptat respectiv prin Decretul nr.386/2004.

Astfel, cazurile raportate în 2005 reprezintă o cantitate substanțială (80%) din toate cazurile de eutanasiu din Țările de Jos în acel an; astfel, studiul dosarelor oferă o perspectivă importantă în practica eutanasiei. Medicii fundamentează informațiile furnizate pacientului și efectuarea eutanasiei într-un mod destul de simplu și uniform, dar fundamentarea lor este mai variabilă pentru cererea pacientului, suferința pacientului, absența alternativelor rezonabile și consultarea. Variația pe care am constatat-o se datorează în primul rând variației situațiilor clinice, în special în ceea ce privește suferința pacientului și absența alternativelor rezonabile.

Cu toate acestea, ceea ce raportează medicii poate fi, de asemenea, influențat de diferențele în cunoștințele și punctele de vedere asupra eutanasiei și a Legii privind eutanasiu, precum și de incertitudinea cu privire la modul de a face față acestor criterii. Trebuie subliniat că problemele legate de interpretarea unor criterii de diligență cuvenită nu sunt neapărat o constatare negativă. În lege, criteriile legate de cererea pacientului, suferința pacientului și absența unor alternative rezonabile sunt încadrate intenționat în termeni generali deschiși. Ca atare, Legea permite medicilor și comitetelor de revizuire să interpreteze de fiecare dată, criteriile în fiecare caz nou, ținând cont de circumstanțele specifice ale cazului respectiv. În plus, întrebările din formularul standard se referă atât la întrebări închise specifice care necesită răspunsuri directe, cât și la întrebări deschise care deseori duc la răspunsuri mai variabile. Formularul standard poate influența, de asemenea, rapoartele medicilor cu privire la criteriile de îngrijire cuvenită.

Se pare că există loc de îmbunătățire a acestei forme, în special pentru întrebările referitoare la caracterul rezonabil al alternativelor și independența consultării. Pentru alternativele de tratament, de exemplu, întrebarea ar trebui formulată mai clar pentru a putea evalua dacă aceste alternative au fost considerate „rezonabile” de către medic însuși. Ulterior, adică în iunie 2009, a devenit disponibil un nou formular de raport; impactul acestor schimbări (care sunt parțial în conformitate cu recomandările făcute de comisiile de specialitate) trebuie așteptat și studiat.

Pentru comitetele de revizuire, formularul standard care este completat de medicul raportor oferă, în general, suficiente informații pentru a-și forma raționamentul; comitetele de revizuire au cerut informații suplimentare în doar 6% din toate cazurile raportate.

Am descoperit în altă parte că aceste comitete de revizuire au încredere în medicii care raportează, ceea ce poate indica faptul că acele 6% implică cazuri cu inconsecvențe clare sau informații lipsă. Posibil, comitetele presupun că raportarea unui caz reflectă deja intenția medicilor de a acționa conform criteriilor legale. Un anumit nivel de încredere între comitetele de revizuire

și medicii raportori este o condiție prealabilă pentru o procedură de raportare adecvată, deoarece acest lucru i-ar stimula pe medici să-și raporteze actele. Comitetele de revizuire par să verifice în principal dacă medicul a acționat cu atenția cuvenită, mai degrabă decât să încerce să falsifice acest lucru căutând informații incongruente. Ei își concentrează întrebările suplimentare pe două criterii specifice :una subiectivă (suferința pacientului) și una procedurală (consultația), dar cu greu se pun întrebări despre starea fizică a pacientului și prezența unor posibile alternative. Posibil, atitudinea lor de bază de încredere în medicul raportor este în primul rând legată de criteriile pe care medicii le pot evalua în cadrul propriului domeniu medical. Suferința insuportabilă este cea mai dezbătută cerință, fiind încadrată subiectiv și deschis. Comitetele de evaluare probabil consideră rolul lor ca fiind mai relevant pentru acest criteriu specific decât pentru criteriile care solicită în principal cunoștințe medicale profunde.

Rezultatele noastre arată că procedura de revizuire olandeză pare să se concentreze pe criteriul suferinței (insuportabile) și pe aspectele procedurale. Legislația SUA nu conține criterii privind gradul de suferință al pacientului; situația medicală a pacientului este abordată în criteriul privind speranța de viață a pacientului care ar trebui să fie de șase luni sau mai puțin. În practica medicală actuală, caracteristicile pacienților care au murit prin procedura eutanasiei sunt destul de asemănătoare în Țările de Jos și Oregon și, în ambele țări, cazurile raportate sunt rareori neaprobat. Diferențele în formularea criteriilor de îngrijire cuvenită în ceea ce privește situația medicală a pacientului au, aparent, doar un impact limitat în practica morții asistate de medic.

Aceste constatări au la bază aplicarea în 2005 a Legii eutanasiei votată în 2002 în Belgia și care a suferit numeroase modificări până în 2024, datorate raportărilor medicilor desemnați în acest scop și nu în ultimul rând Comisiei Federale de Control și Evaluare care supraveghează îndeaproape modalitatea de aplicare a prevederilor legale care se bazează pe prevederile constituționale.

O astfel de propunere va sta la ușa noilor Parlamente din cele două țări surori: Republica Moldova și România.

BIBLIOGRAFIE

Manuale, tratate, monografii

- [1] (KNMP) Royal Dutch Society for the Advancement of Pharmacy: *Utilization and preparation of euthanasia drugs*. The Hague: KNMP; 1998.
- [2] Á Ramis. Libertad y muerte digna en Chile [Internet]. BioBioChile. 2021 Available in: <https://www.biobiochile.cl/noticias/opinion/tu-voz/2021/01/19/libertad-y-muerte-digna-en-chile-estar-a-favor-de-la-vida-o-de-la-conciencia.shtml>. accessed on November 02, 2024.
- [3] Adams M, Nys H, *Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002*. Med Law Rev 2003, 11(3):353-376.
- [4] Arret Larenaudie du 6 decembrie 2007, arrêt (1re Ch. Civ. pourvoi n°061930. Bull civ. I n° 380; D.2008, pag. 192, note P Sargos; RTDciv, 2008, pag. 303.
- [5] *Attending physician form* [<http://oregon.gov/DHS/ph/pas/>]. Accessed July 2009, accesat în data de 11.11.2024
- [6] Arseni AI., *Dreptul constituțional și instituții politice*. Chișinău, 1997, p. 97.
- [7] Asada, M. ; Hosoda, K.; Kuniyoshi, Y.; Ishiguro, H.; Inui, T.; Yoshikawa, Y.; Ogino, M.; Yoshida, C. (2009). „Cognitive developmental robotics: a survey”. IEEE Transactions on Autonomous Mental Development.: 12–34. doi:10.1109/tamd.2009.2021702.
- [8] Bărbulescu E., *Femeia și avortul în perioada 1966–1989*, Universitatea “Babeș Bolyai”, în „Anuarul de istorie orală”, Editura Presa Universitară Clujeană, nr.1, 1998, p.180–181
- [9] Barnes, J. Brendel, M. Gao, V.R. Suraj Rajendran, Junbum Kim, Qianzi Li, Jonas E Malmsten , Jose T Sierra , Pantelis Zisimopoulos , Alexandros Sigaras , Pegah Khosravi , Marcos Meseguer , Qiansheng Zhan , Zev Rosenwaks , Olivier Elemento , Nikica Zaninovic , Iman Hajirasouliha ...*A non-invasive artificial intelligence approach for the prediction of human blastocyst ploidy: a retrospective model development and validation study*, Lancet Digit Health. 2023; 5: e28-e40, doi: 10.1016/S2589-7500(22)00213-8.
- [10] Battin MP, Heide A van der, Ganzini L, Wal G van der, Onwuteaka Philipsen BD: *Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups*. Journal of medical ethics 2007, 33(10):591-597.

- [11] Bori, L., Paya, E., Alegre, L. ...*Novel and conventional embryo parameters as input data for artificial neural networks: an artificial intelligence model applied for prediction of the implantation potential*, Fertil Steril. 2020; 114:1232-1241, DOI: 10.1016/j.fertnstert.2020.08.023
- [12] Brazier, Yvette. "Euthanasia and Assisted Suicide: What Are They and What Do They Mean?" Medical News Today, 17 Dec. 2018, www.medicalnewstoday.com/articles/182951, accesat în datat de 25.11.2024
- [13] Brazier, Yvette. "Euthanasia and Assisted Suicide: What Are They and What Do They Mean?" Medical News Today, 17 Dec. 2018, www.medicalnewstoday.com/articles/182951, accesat în datat de 04.11.2024
- [14] Buga V., *Catastrofa nucleară de la Cernobâl, după 20 de ani // Adevărul*, nr. 4905 din 14 aprilie 2006.
- [15] Buiting HM, Gevers JK, Rietjens JA, Onwuteaka-Philipsen BD, Maas PJ van der, Heide A van der, van Delden JJ: *Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective*. Journal of medical ethics 2008, 34(9):e12.
- [16] Burg W van der: *The slippery-slope argument*. J Clin Ethics 1992, 3(4):256-268.
- [17] Casino G., *Film reopens euthanasia debate in Spain*. BMJ (Clinical research ed) 2004, 329:864.
- [18] Cassel EJ, *The nature of suffering and the goals of medicine*. The New England journal of medicine 1982, 306(11):639-645.
- [19] Castleman, Laura, and Carol Mann. 2002. *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management*. Chapel Hill, NC, Ipas.
- [20] Cernica, Viorel, *Fenomenul și nimicul I – Proiectul fenomenologic- concept și aplicații*, editura Paideia, București, 2005, pp. 138-139, 154.
- [21] Chalil Madathil K., Koikkara R., Gramopadhye A. K., Greenstein J.S., *An Investigation of the Efficacy of Electronic Consenting Interfaces of Research Permissions Management System in a Hospital Setting*, International Journal of Medical Informatics 82 (9): 854-86.
- [22] Coelho, R. K. Sonu Gaind, Trudo Lemmens, *Unravelling MAID in Canada: Euthanasia and Assisted Suicide as Medical Care*, 2024 pp.34
- [23] Chang, Hsihui; Kao, Yi-Ching; Mashruwala, Raj; Sorensen, Susan M. (10 aprilie 2017). „*Technical Inefficiency, Allocative Inefficiency, and Audit Pricing*”. Journal of Accounting, Auditing & Finance.: 580–600. doi:10.1177/0148558X17696760.

- [24] Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW: *Legalized physician-assisted suicide in Oregon--the first year's experience*. The New England journal of medicine 1999, 340(7):577-583.
- [25] Cloșca Ionel, Suceava Ion, Maxim Ioan, Badescu Gheorghe. *Consiliul Enropei. Drepturile Omului, Documente*. Ed. Themis Edit SRL, București, 1994, p. 17.
- [26] Constituția Republicii Moldova adoptată la 29.07.1994 // Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1994, nr. 1.
- [27] Creangă I., Gurin C. *Drepturile și libertățile fundamentale*. – Chișinău: Tipografia Centrală, 2005, p. 48.
- [28] Criste, M., *Instituții constituționale contemporane*, Universitatea de Vest, Timișoara, 2010, pag. 168.
- [29] Curtea de Apel Liege din 30 iulie 1890, citată de Fruma Ioan, “*Responsabilitatea medicului*”, Ed. H. Welther, Sibiu, 1944, pag. 145.
- [30] D Tran, S Cooke, P J Illingworth, D K Gardner, *Deep learning as a predictive tool for fetal heart pregnancy following time-lapse incubation and blastocyst transfer*, Hum Reprod. 2019; 34:1011-1018, 2019 May 21;34(6):1011–1018. doi: 10.1093/humrep/dez064
- [31] D.C. Dănișor, *Considerații privind reglementarea constituțională a restrângerii exercițiului unor drepturi sau al unor libertăți*, Noua Revistă de Drepturile Omului nr. 2/2008, pag. 3-22.
- [32] Decizia Curții Constituționale nr. 21 din 3 februarie 2000, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 159 din 17 aprilie 2000.
- [33] Declarația Națiunilor Unite asupra Mediului Înconjurător, adoptată la Conferința Națiunilor Unite asupra mediului de la Stockholm, din iulie 1972.
- [34] Deleanu Ion. *Dreptul constituțional și instituții politice. Teoria Generală*, vol. II, București, 1991, p. 47.
- [35] Deliens L, Wal G van der: *The euthanasia law in Belgium and the Netherlands*. Lancet 2003, 362(9391):1239-1240.
- [36] Demeter I., *Declarația drepturilor omului*. București, 1968, p. 39.
- [37] Diaconu, Mădălina, *Pe marginea abisului – Søren Kierkegaard și nihilismul secolului al XIX-lea*, Editura Științifică, București, 1996, pp. 63-64.
- [38] Dicționarul explicativ al limbii române (ediția a II-a revăzută și adăugită), 2009.
- [39] Dogaru, I. Dănișor D. *Drepturile omului și libertățile publice*. – Chișinău: Zamolxe, 1998, p. 87.

- [40] *Dutch Act on medical treatment agreements* [[http:// www.healthlaw.nl/wgboeng.html](http://www.healthlaw.nl/wgboeng.html)]. Accessed July 2009, accesat în datat de 30.11.2024
- [41] Dyer C, *UK House of Lords rejects physician assisted suicide*. BMJ (Clinical research ed) 2006, 332(7551):1169.
- [42] Dyer C: *Washington follows Oregon to legalise physician assisted suicide*. BMJ (Clinical research ed) 2008, 337:a2480
- [43] Emanuel EJ: *Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical data from the United States*. Arch Intern Med 2002, 162(2):142-152.
- [44] *Enciclopedia de Filosofie și Științe umane*, traducere de: Luminița Cosma, Anca Dumitru, Florin Frunză ș.a., Editura All Educational (DeAgostini), București, 2007, p. 588 și 317.
- [45] Evans, Woody (2015). „*Posthuman Rights: Dimensions of Transhuman Worlds*”. Teknokultura. doi:10.5209/rev_TK.2015.v12.n2.49072.
- [46] Frank, Michael (22 September 2023). "*US Leadership in Artificial Intelligence Can Shape the 21st Century Global Order*". The Diplomat. Archived from the original on 16 September 2024. Retrieved 8 December 2023. Instead, the United States has developed a new area of dominance that the rest of the world views with a mixture of awe, envy, and resentment: artificial intelligence. From AI models and research to cloud computing and venture capital, U.S. companies, universities, and research labs – and their affiliates in allied countries – appear to have an enormous lead in both developing cutting-edge AI and commercializing it. The value of U.S. venture capital investments in AI start-ups exceeds that of the rest of the world combined.
- [47] Fruma Ioan, “*Responsabilitatea medicului*”, Ed. H. Welther, Sibiu, 1944, pag. 145.
- [48] Gagauz O. *Analiza Situației Populației: Republica Moldova pe calea spre o societate îmbătrânire, elaborată de Centrul de Cercetări Demografice la decizia Comisiei Naționale pentru Populație și Dezvoltare în baza Metodologiei Globale a UNFPA cu privire la Analiza Situației Populației*”.(pag.9,40)
- [49] Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA: *Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act*. The New England journal of medicine 2000, 342(8):557-563.
- [50] Geneza Constituției României 1991, *Lucrările Adunării Constituante*, scurtă alocuțiune a domnului Ioan Ban, pag. 206.

- [51] Gevers S, *Euthanasia and the law: recent developments in the Netherlands*. Medico-legal Jnl of Ireland 2004, 10:32-37.
- [52] Ghid pentru furnizarea serviciilor la avort. Teresa McInerney etc., Ipas, 2003.
- [53] Gilles Genicot, *Droit medical et biomedical*, Editions Larcier, Bruxelles, 2010, pag. 134.
- [54] Gilles Genicot, *Droit medical et biomedical*, Larcier, Bruxelles, 2015, pag. 178..
- [55] Sargos Pierre, *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 2012, 11 (2) : 050-054, accesat în data de 11.11.2024 pe http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054 la data de 15.06.2018, accesat în data de 30.11.2024
- [56] Goodman, Joanna (2016). *Robots in Law: How Artificial Intelligence is Transforming Legal Services* (ed. 1st). Ark Group. ISBN 978-1-78358-264-8.
- [57] Greenslade Forrest C. et al., Ipas, *Manual Vacuum aspiration : A summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide.*, 1993
- [58] Griffiths J, Bood A, Weyers H: *Euthanasia and law in the Netherlands*. Amsterdam University Press; 1998.
- [59] Guceac, I., *Curs elementar de drept constituțional*. Vol. II. – Chișinău: [f.e.] 2004, p. 100.
- [60] Haan de J, *The new Dutch law on euthanasia*. Med Law Rev 2002, 10(1):57-75.
- [61] Hariri, E. et. al. *The role of informed consent in clinical and research settings*. In: Medical Clinics of North America. 2022, vol. 106, Iss. 4, July 2022, pp. 663- 674 ISSN 0025-7125.
- [62] Opinia nr. 15/2011 a Grupului de lucru, pag. 17
- [63] Orientari privind consimțământul 2018 emise de Grupul de lucru, pag. 14
- [64] Heide A van der, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, Wal G van der, Maas PJ van der, consortium E: *End-of-life decisionmaking in six European countries: descriptive study*. Lancet 2003, 362(9381):345-350.
- [65] Heide A van der, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE, Janssen AG, Pasman HR, Rietjens JA, Prins CJ, et al.: *End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act*. The New England journal of medicine 2007, 356(19):1957-1965.
- [66] Henig, Robin Marantz (2004). *Pandora's Baby: How the First Test Tube Babies Sparked the Reproductive Revolution*. New York: Houghton Mifflin. ISBN 0-618-22415-7. Arhivat din original la 18 iulie 2014. Accesat în 24 iulie 2018, accesat în data de 13.11.2024

- [67] Holland, Kimberly. "Euthanasia: Understanding the Facts." Healthline, Healthline Media, 31 May 2019, www.healthline.com/health/what-is-euthanasia, accesat în data de 23.11.2024
- [68] Holland, Kimberly. "Euthanasia: Understanding the Facts." Healthline, Healthline Media, 31 May 2019, www.healthline.com/health/what-is-euthanasia, accesat în data de 27.11.2024
- [69] Hope T, Lockwood G, Lockwood M, Bewley S, Jackson J, Craft I (1995). „*Should older women be offered in vitro fertilisation?*”. BMI. 310 (6992): 1455–6. doi:10.1136/bmj.310.6992.1455. PMC 2549820 . PMID 7613283.
- [70] Hutter, M. (2012). „*One Decade of Universal Artificial Intelligence*”. Theoretical Foundations of Artificial General Intelligence. Atlantis Thinking Machines, pp. 67–88. CiteSeerX 10.1.1.228.8725. doi:10.2991/978-94-91216-62-6_5. ISBN 978-94-91216-61-9.
- [71] Iancu, Gh., *Drepturile fundamentale și protecția mediului*. – București: Regia Autonomă Monitorul Oficial, 1998, p. 131.
- [72] Iantovics, Laszlo Barna; Emmert-Streib, Frank; Arik, Sabri (2017), „*MetriIntMeas a novel metric for measuring the intelligence of a swarm of cooperating agents*”, Cognitive Systems Research (în engleză), pp. 17–29, doi:10.1016/j.cogsys.2017.04.006, arhivat din originalul de la 15 iunie 2022, accesat în 22 mai 2022, accesat în data de 15.11.2024
- [73] Istrati Ilie. *Libertatea persoanei și garanțiile ei procesual-penale*. Edit. Scrisul Românesc, Craiova, 1984, p. 1.
- [74] Jansen-van der Weide MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Wal G van der: *Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide*. Arch Intern Med 2005, 165(15):1698-1704.
- [75] Jansen-van der Weide MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Wal G van der: *Quality of consultation and the project 'Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands' (SCEN)*. Health Policy 2007, 80(1):97-106.
- [76] Jaron Lanier, Boyd Danah și Watts Duncan, *Should Facebook Manipulate Users?* The New York Times, Retrieved April 26, 2015.
- [77] Tzanou, M., *Health Data privacy under the GDPR*, Routledge Publisher, 2020, p. 45-47
- [78] Jean-René Binet, *Droit medical*, Montchrestien, Paris, 2010, pag. 131.
- [79] Jean-René Binet, *Droit de la Bioethique*, 2023, LGDJ Manuels, 2-ieme edition, p. 129-131. Joseph J. Fins și Pablo Rodriguez, *Too Much Information: Informed Consent in Cultural Context*, Acad. Med. 2011; 86:321-325.

- [80] Kuhse H, Singer P, Baume P, Clark M, Rickard M: *End-of-life decisions in Australian medical practice*. Med J Aust 1997, 166(4):191-196.
- [81] Mahdawi, Arwa (26 iunie 2017). „*What jobs will still be around in 20 years? Read this to prepare your future*”. The Guardian. Arhivat din originalul de la 14 ianuarie 2018. Accesat în 13 ianuarie 2018, accesat în data de 19.11.2024
- [82] Mallardi, V. *The origin of informed consent*. In: Acta Otorhinolaryngol. Ital. 2005, no. 5, vol. 25, pp. 312-327. ISSN 0392100X.
- [83] Maxim Institute. “*What Is the Difference between Euthanasia and Assisted Suicide?*” Maxim Institute, 2020, www.maxim.org.nz/article/faq1-euthanasia-and-assisted-suicide/, accesat în data de 22.11.2024
- [84] McCarthy, John; Hayes, P. J. (1969). „*Some philosophical problems from the standpoint of artificial intelligence*”. Machine Intelligence. : 463–502. CiteSeerX 10.1.1.85.5082. Arhivat din originalul de la 10 august 2007. Accesat în 30 august 2007, accesat în data de 18.11.2024
- [85] Meier DE, Emmons CA, Litke A, Wallenstein S, Morrison RS: *Characteristics of patients requesting and receiving physicianassisted death*. Arch Intern Med 2003, 163(13):1537-1542.
- [86] Meisel, A., Kuczewski, M. *Legal and ethical myths about informed consent*”. In: Arch. Intern. Med. 1996, no. 22, vol. 156, pp. 2521–2526. ISSN 1538- 3679.
- [87] Межутов. В., В. Вебутов М.А. *Очерки суда и уголовного процесса в развитых странах, Государство и право буржуазных зарубежных стран, Из-во юридическая литература, Москва, 1957, p. 316, p. 354-355.*
- [88] Milca, M. *Prelegeri de filosofie*, Editura Economică, București, 2002, p. 147.
- [89] Morrow, Angela. “*What Is Euthanasia?*” Verywell Health, Verywellhealth, 2 May 2023, www.verywellhealth.com/what-is-euthanasia-1132209, accesat în data de 30.11.2024
- [90] Moyano J, Sambrano S: *Ten years later, Columbia is still confused about euthanasia*. BMJ (Clinical research ed) 2008 [[http:// www.bmj.com/cgi/eletters/314/7098/1849/h#187734](http://www.bmj.com/cgi/eletters/314/7098/1849/h#187734)], accesat în data de 04.11.2024
- [91] Müller, Vincent C.; Bostrom, Nick (2014). „*Future Progress in Artificial Intelligence: A Poll Among Experts*” (PDF). AI Matters.: 9–11. doi:10.1145/2639475.2639478. Arhivat din original (PDF) la 15 ianuarie 2016.
- [92] Muram Ioan, Iancu Gheorghe. *Drepturile, libertățile și îndatoririle constituționale*, Institutul Român pentru Drepturile Omului (Partea 1), București, 1992.

- [93] Muraru Ioan. *Drept constituțional și instituții politice*. Vol.1, Ed. „Proarcadia”, București, 1993, p. 248, p. 248-249.
- [94] Muraru.I, *Drept constituțional și instituții politice*. – București: Ed. Actami, 1995, p. 244;
- [95] Nathalie Albert, *Obligation d’information médicale et responsabilité*, RFDA 2003, pag. 353.
- [96] Neagu I. *Drept procesual penal (Partea Generală)*. București, Ed. Artprint, 1994, p. 310.
- [97] NHS. “Euthanasia and Assisted Suicide.” NHS, 12 July 2023, www.nhs.uk/conditions/euthanasia-and-assisted-suicide/, accesat în data de 26.11.2024
- [98] О. Улевич. *Мутанты – черномыльские девочки превращаются в мальчиков* // Версия, nr. 7(81) din 22-28 februarie 2000.
- [99] Onwuteaka-Philipsen B, Gevers JK, Heide A van der, van Delden J, Pasman H, Rietjens J, Rurup M, Buiting H, Hanssen-de Wolf J, Janssen J, et al.: *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding [In Dutch]*. The Hague: ZonMw; 2007.
- [100] *Oregon Death with Dignity Act Oregon revised Statute* 127.800-127.897 [<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/statute.pdf>]. Accessed October 2009, accesat în data de 11.11.2024
- [101] Oudeyer, P-Y. (2010). „On the impact of robotics in behavioral and cognitive sciences: from insect navigation to human cognitive development” (PDF). IEEE Transactions on Autonomous Mental Development.: 2–16. doi:10.1109/tamd.2009.2039057. Arhivat din original (PDF) la 3 octombrie 2018. Accesat în 18 martie 2019, accesat în data de 20.11.2024
- [102] Parreiras M, Antunes GC, Marcon LMP, Andrade LS, Rückl S, Andrade V.L.Â. *Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática*. Rev Bioét. 2016;24(2):355-367.
- [103] Pavaleanu Vasile, Pavaleanu Liliana. *Limitarea și privarea de libertate ca măsuri penale*. Ed. Fundației „Chemarea”, Iași, 1997, p.7.
- [104] Pădure, A. *Aspecte etice și juridice ale consimțământului informat al pacientului*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2011, nr.1(36), p.57-61. ISSN 2587-3873
- [105] Pearlman RA, Hsu C, Starks H, Back AL, Gordon JR, Bharucha AJ, Koenig BA, Battin MP: *Motivations for physician-assisted suicide*. J Gen Intern Med 2005, 20(3):234-239.
- [106] Peretti-Watel P, Bendiane MK, Galinier A, Favre R, Lapiana JM, Pegliasco H, Moatti JP: *French physicians' attitudes toward legalisation of euthanasia and the ambiguous relationship between euthanasia and palliative care*. J Palliat Care 2003, 19(4):271-277.

- [107] Pierre Sargos, Sargos Pierre, *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 2012, 11 (2) : 050-054, accesat pe http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054 la data de 12.04.2018 citat de Cour de Cassation, Paris, 1997, accesat în data de 11.11.2024
- [108] Popa Vasile, Popeti Comeliu, Adamescu Ion. *Drepturile omului (concept, legislație, practica statelor)*. Editura Presă Universitară Română, Timișoara, 1994, p. 34
- [109] Rawls, J. *The cantian concept of equality* // Cambridge Review din 12 februarie 1975, p. 94;
- Rebreanu Mircea. *S.I.J.A. Conștiințe. Democrație*, p. 61, p. 86-87.
- [110] Rondal, D., *Reflection on the rights of future generations, Capitolul 9 din Rights and regulation. Ethical, political and economic issues, Pacific Institute for public policy research.* - San Francisco, California, 1983, p. 205.
- [111] Sabina N., *Mutații de la Cernobîl sunt sclipitori* // Evenimentul Zilei din 27 mai 2005.
- Sargos Pierre, *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 2012, 11 (2): 050-054, accesat pe http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054 la data de 12.04.2018, accesat în datat de 30.11.2024
- [112] Sargos Pierre, *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 2012, 11 (2): 050-054, accesat pe http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2012_11_2_050x054 la data de 12.04.2018, accesat în datat de 30.11.2024
- [113] Sartorius, R., *Government regulation and intergenerational justice.* – În: Right and regulatrion, Pacific Institute for public polisy research. – San Francisco, 1983, p. 197.
- [114] Sartre, Jean-Paul *Existențialismul este un umanism*, Mursia, Milano 1974, pp. 30-35, apud. *Enciclopedia*, p. 318
- [115] Seale C: *Characteristics of end-of-life decisions: survey of UK medical practitioners.* Palliat Med 2006, 20(7):653-659.
- [116] Searle, John (1980). „*Minds, Brains and Programs*”. Behavioral and Brain Sciences. : 417–457. doi:10.1017/S0140525X00005756. Arhivat din original la 18 ianuarie 2010, accesat în datat de 16.11.2024
- [117] Seche Mircea, Seche Luiza, *Dicționar de sinonime*, Edit. Litera International, 2002.
- [118] Seng SW, Yeong CT, Loh SF, Sadhana N, Loh SK (martie 2005). „*In-vitro fertilisation in women aged 40 years and above*” (PDF). Singapore Med J. 46 (3): 132–6. PMID 15735878.

- [119] Sprung, C. L., Winick, B. J. *Informed consent in theory and practice: legal and medical perspectives on the informed consent doctrine and a proposed reconceptualization*. In: Crit. Care Med. 1989, no. 12, vol. 17, pp. 1346-1354. ISSN 0090-3493.
- [120] Stan, Medeea „Este o urmă mare de rușine în ce privește avortul”. Patru femei vorbesc despre experiența întreruperii de sarcină în România: lipsă de informații, medici „cu o atitudine foarte rece” și costuri de mii de lei (2023), Libertatea, URL : <https://www.libertatea.ro/stiri/este-o-urma-mare-de-rusine-in-ce-priveste-avortul-patru-femei-vorbesc-despre-experienta-intreruperii-de-sarcina-in-romania-lipsa-de-informatii-medici-cu-o-atitudine-foarte-4739265> accesat la 31 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024.
- [121] Syme R, *A good death: an argument for voluntary euthanasia*. Melbourne: Melbourne University Press; 2008.
- [122] Turillazzi E, Maiese A, Frati P, Scopetti M, Di Paolo M. *Physician-patient relationship, assisted suicide and the Italian constitutional court*. J. bioeth. Inq. 2021. Oct 21.
- [123] Voiculescu, N. Maria-Beatrice Berna, *Avortul: o dimensiune controversată a exercitării drepturilor sexuale și reproductive*, Universul Juridic (2020),
- [124] Volonciu Nicolaie. *Tratat de procedură penală*. (Partea Generală), Vol. I, Editura Paideia, București, 1996, p. 404.
- [125] *Washington Death with Dignity Act* [<http://www.doh.wa.gov/dwda/>]. Accessed July 2009, accesat în data de 12.11.2024
- [126] Watson R: *Luxembourg is to allow euthanasia from 1 April*. Bmj 2009, 338:b1248.
- [127] Yelson Alejandro Picón-Jaimes, Ivan David Lozada-Martinez, Javier Esteban Orozco-Chinome, Lina María Montaña-Gómez, María Paz Bolaño-Romero, Luis Rafael Moscote-Salazar, Tariq Janjua, Sabrina Rahman, *Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects*, Annals of medicine and surgery, London, 75();, March 2022. | DOI: 10.1016/j.amsu.2022.103380
- [128] Аманжолова Б. А. *История правовой регламентации аборт в зарубежном законодательстве // Вопросы современной юриспруденции*. — 2014. — № 42. Архивировано 14 декабря 2021 года.
- [129] Дикке Г. Б., Ерофеева Л. В., Яроцкая Е. Л. От кюретки до таблетки. Артифициальный аборт: российские реалии // Status Praesens. Акушеру гинекологу — врачу и человеку. — № 1(4), февраль 2011 г. Архивировано 18 января 2012 года, p. 98-99

Legi, site-uri, jurisprudență, raportări, statistici

- [130] <http://www.casebriefs.com/blog/law/torts/torts-keyed-to-epstein/intentionally-inflicted-harm-the-primafacie-case-and-defenses/mohr-v-williams/> accesat în data de 24.11.2024
- [131] http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf accesat în data de 14.11.2024,
- [132] Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 a fost publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29.01.2003, accesat în data de 25.11.2024
- [133] Ordinul nr. 386/2004 al ministrului sănătății a fost publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 356 din 22.04.2004.
- [134] Legea nr. 95/2006 a fost republicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 652 din 20.08.2015.
- [135] Ordinul nr. 482/2007 al ministrului sănătății a fost publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 237 din 05.04.2007.
- [136] <http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.soc-opinions.14224> accesat în data de 25.11.2024
- [137] [https://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/dataprotection/EM/EM_R\(97\)5_EN.pdf](https://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/dataprotection/EM/EM_R(97)5_EN.pdf) accesat în data de 28.11.2024
- [138] <https://nostrabrucanus.wordpress.com/libertatea-sanatatii/codul-nuremberg-1947/>, accesat în data de 29.11.2024
- [139] <http://www.ich.org/products/guidelines.html> accesat în data de 24.11.2024
- [140] <http://www.casebriefs.com/blog/law/torts/torts-keyed-to-epstein/intentionally-inflicted-harm-the-primafacie-case-and-defenses/mohr-v-williams/> accesat în data de 24.11.2024
- [141] http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf accesat în data de 14.11.2024,
- [142] Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 a fost publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29.01.2003.
- [143] Ordinul nr. 386/2004 al ministrului sănătății a fost publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 356 din 22.04.2004.
- [144] Legea nr. 95/2006 a fost republicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 652 din 20.08.2015.
- [145] Ordinul nr. 482/2007 al ministrului sănătății a fost publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 237 din 05.04.2007.
- [146] <http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.soc-opinions.14224>, accesat în data de 29.11.2024

[147] [https://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/dataprotection/EM/EM_R\(97\)5_EN.pdf](https://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/dataprotection/EM/EM_R(97)5_EN.pdf), accesat în data de 22.11.2024

[148] <https://nostrabrucanus.wordpress.com/libertatea-sanatatii/codul-nuremberg-1947/>, accesat în data de 24.11.2024

[149] <http://www.ich.org/products/guidelines.html>, accesat în data de 23.11.2024

[150] Declarația Drepturilor Omului de la Virginia din 12 iunie 1776, în limba română pe portalul oficial al UNESCO

- http://www.dadalos.org/rom/Menschenrechte/grundkurs_2/Materialien/dokument_2.htm, art. 1, accesat în data de 21.11.2024

[151] Declarația de Independență a Statelor Unite ale Americii din 04 iulie 1776, în limba română pe portalul oficial al UNESCO - [http://](http://www.dadalos.org/rom/Menschenrechte/grundkurs_2/Materialien/dokument_3.htm)

www.dadalos.org/rom/Menschenrechte/grundkurs_2/Materialien/dokument_3.htm, accesat în data de 23.11.2024

[152] Declarația Universală a Drepturilor Omului, New York, 10 decembrie 1948, ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28.07.1990 // Tratatate Internaționale. Vol. I, 1998, p. 13, sau originalul pe portalul oficial al ONU - <http://www.un.org/russian/document/declarat/declhr.htm> accesat în data de 22.11.2024.

[153] Pactul Internațional cu privire la drepturile civile și politice, New York, 16 decembrie 1966, ratificat de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 217-XII din 28.07.1990 // Tratatate Internaționale. Vol. I, 1998, p. 33, sau originalul pe portalul oficial al ONU - <http://www.un.org/russian/document/convents/politpact.pdf>, accesat în data de 29.11.2024.

[154] Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, Roma, 04 noiembrie 1950, ratificată de Republica Moldova prin Hotărârea Parlamentului nr. 1298-XIII din 24.07.1997 // Tratatate Internaționale. Vol. I, 1998, p. 342, sau originalul pe portalul oficial al Convenției - <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/005.doc>, accesat în data de 30.11.2024.

[155] Declarația Națiunilor Unite asupra Mediului Înconjurător, pr. 4

[156] Convenția Europeană a Drepturilor Omului.

Disponibil: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_ROM, accesat 01.12.2023, accesat în data de 22.11.2024.

[157] Convenția pentru protecția persoanelor referitor la prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, Nr. 208 din 28.01.1981, publicat: 30.12.2015 în Tratatul Internațional nr. 44 art. 208.

[158] Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene (2010/C 83/02), Jurnalul Oficial al Uniunii Europene C 83/389 din 30.03.2010.

[159] Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și a Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), Jurnalul Oficial al Uniunii Europene L119/1 din 04.05.2016.

[160] Directiva (UE) 2016/680 a Parlamentului European și a Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal de către autoritățile competente în scopul prevenirii, depistării, investigării sau urmăririi penale a infracțiunilor sau al executării pedepselor și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Deciziei-cadru 2008/977/JAI a Consiliului, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, L 119/89 din 04.05.2016.

[161] Case of Leander v. Sweden (Application no. 9248/81), Judgment Strasbourg, 26 March 1987. Disponibil: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-57519%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-57519%22]}), accesat 20.01.2024, accesat în data de 30.11.2024

[162] Case of Klass and Others v. Germany (Application no. 5029/71), Judgment Strasbourg, 6 September 1978. Disponibil: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-57510%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-57510%22]}), accesat 02.01.2024, accesat în data de 30.11.2024

[163] Case of Copland v. the United Kingdom (Application no. 62617/00), Judgment Strasbourg 3 April 2007. Disponibil: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22002-2765%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22002-2765%22]}), accesat 25.01.2024, accesat în data de 30.11.2024

[164] Case of Peck v. the United Kingdom (Application no. 44647/98), Judgment Strasbourg, 28 January 2003. Disponibil: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22003-687182-694690%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22003-687182-694690%22]}), accesat 22.01.2024, accesat în data de 30.11.2024

[165] Case of Springer and Von Hannover v. Germany (Application no. 045/2012), Judgment Strasbourg, 07 February 2012.

Disponibil: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22003-3834293-4402305%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22003-3834293-4402305%22]}), accesat 20.12.2023, accesat în data de 30.11.2024

- [166] Case of Pfeifer v. Austria (Application no. 12556/03), Judgment Strasbourg, 15 November 2007. Disponibil: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22003-2168095-2304628%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22003-2168095-2304628%22]}), accesat 20.12.2023, accesat în datat de 30.11.2024
- [167] Case of Niemietz v. Germany (Application no.13710/88), Judgment Strasbourg, 16 December 1992. Disponibil: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22002-9914%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22002-9914%22]}), accesat 23.01.2023, accesat în datat de 22.11.2024
- [168] Anuar privind calitatea mediului și activitatea Inspectoratului Ecologic de Stat pe anul 2000. – Chișinău, 2001, p. 35.
- [169] Anuar privind calitatea mediului și activitatea Inspectoratului Ecologic de Stat pe anul 2006. – Chișinău, 2007, p. 23.
- [170] Portalul oficial al Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova - www.statistica.md/recensamint/Populatia_toate_recensamintele.xls
- [171] Anuar privind calitatea mediului și activitatea Inspectoratului Ecologic de Stat pe anul 2006. – Chișinău, 2007, p. 18.
- [172] Anuar privind calitatea mediului și activitatea Inspectoratului Ecologic de Stat pe anul 2002. – Chișinău, 2003, p. 37.
- [173] Anuar privind calitatea mediului și activitatea Inspectoratului Ecologic de Stat pe anul 2004. – Chișinău, 2005, p. 33.
- [174] Portalul oficial al Organizației „Cernobîl” - www.cernobyl.onego.ru/right/cernobyl.htm 24 Anuar privind calitatea mediului și activitatea Inspectoratului Ecologic de Stat pe anul 2006. – Chișinău, 2007, p. 9.
- [175] Articolul 4 (25) GDPR la Directiva 2015/1535 spun autorii prezentei Orientări – directivă disponibilă la adresa <http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015L1535&from=RO> accesat în data de 03.11.2014. Cu toate acestea textul articolului 4(25) din GDPR în limba română face trimitere în mod greșit la Directiva 98/34/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 22 iunie 1998 de stabilire a unei proceduri pentru furnizarea de informații în domeniul standardelor și reglementărilor tehnice și al normelor privind serviciile societății informaționale - <http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=ro> . Textul în limba engleză al articolului 4(25) GDPR este corect: <http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=en> Penal accesat

în data de 15.11.2024; vezi și <https://www.dataprotection.ro/servlet/ViewDocument?id=1262>, accesat în data de 12.02.2025.

[176] Jurnalul Decretului, Istoric, URL: <https://jurnaluldecretului.ro/> accesat la 29 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024

[177] Legea 286/2009 (2014), Actualul Cod Penal, Art 201,

[178] URL: <https://lege5.ro/gratuit/gezdmnrzgi/art-201-intreruperea-cursului-sarcinii-codul-penal?dp=gqytsojgy3tc> accesat la 29 decembrie 2023, accesat în data de 29.11.2024

[179] Marea Adunare Națională, Decretul nr. 469/1957 pentru modificarea Codului penal, publicat în Buletinul Oficial nr. 26 din 03 octombrie 1957, Art 482-484, [180] URL: <https://lege5.ro/gratuit/g42tsmbq/decretul-nr-469-1957-pentru-modificarea-codului-penal> accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024

[181] Decretul 770/1 oct 1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii, publicat în Buletinul Oficial Nr 60 din 1 octombrie 1966

[182] URL: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/177> accesat la 29 decembrie 2023, accesat în data de 28.11.2024

[183] Valerian Cioclei, *Drept penal. Partea specială I: Infrațiuni contra persoanei și infrațiuni contra patrimoniului*, Ediția a 5 a (2020), Editura C.H. Beck, p 108.

[184] Consiliul Frontului Salvării Naționale, Decretul-lege nr. 1/1989 privind abrogarea unor legi, decrete și alte acte normative, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 4 din 27 decembrie 1989,

[185] URL: <https://lege5.ro/Gratuit/g3dsnry/decretul-lege-nr-1-1989-privind-abrogarea-unor-legi-decrete-si-alte-acte-normative>, accesat în data de 30.11.2024

[186] Supra n 2, Jurnalul Decretului, După 1990.

[187] Legea Nr. 140 din 5 noiembrie 1996 pentru modificarea și completarea Codului Penal, publicat în Monitorul Oficial Nr. 289 din 14 noiembrie 1996, pct 73,

[188] URL: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/8709> accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024

[189] LEGEA nr.46 din 21 ianuarie 2003 drepturilor pacientului, publicat în Monitorul Oficial nr. 51/29 ianuarie 2003, Art 26

[190] URL: https://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.http_act_text?idt=39946 accesat în data de 30.11.2024.

- [191] URL : <https://www.universuljuridic.ro/avortul-o-dimensiune-controversata-a-exercitarii-drepturilor-sexuale-si-reproductive/> accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 28.11.2024
- [192] Centrul FILIA și Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice – ECPI, Raport de cercetare – Refuzul la Efectuarea Avortului la Cerere în România 2019 (2019), p 8,
- [193] URL: <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2021/01/Raport-avort-2019.pdf> accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 28.11.2024
- [194] Centrul FILIA, Raport de cercetare-Refuzul la Efectuarea Avortului la Cerere în România 2020-2021 (2021), p 2, URL: <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2021/09/Raport-avorturi-2020-2021.pdf> accesat la 30 decembrie 2023, accesat în data de 29.11.2024
- [195] Colegiul Medicilor din România, Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România din 04.11.2016, Hotărârea 3/2016, publicat în Monitorul Oficial Partea I nr. 981 din 07 decembrie 2016, Art 34, URL: <https://lege5.ro/gratuit/geztmojxhe3q/codul-de-deontologie-medicala-al-colegiului-medicilor-din-romania-din-04112016> accesat la 31 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024
- [196] *R.R. v. Poland* [2011] no. 27617/04 ECtHR, para 206
- [197] URL: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-104911%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-104911%22]}) accesat la 31 decembrie 2023, accesat în data de 30.11.2024
- [198] Raportul “Evaluarea strategică a aspectelor de politici, calitate și acces ale serviciilor de contracepție și avort în Republica Moldova”
- [199] Strategia Națională în Sănătatea Reproducerii în Republica Moldova pentru anii 2005-2015
- [200] The care of Women Requesting induced abortion. Evidence-based Guideline No 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Due to review 2003.
- [201] Regulamentul pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii, ordinul MS al RM Nr. 647 din data de 21 septembrie, 2010
- [202] <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=336941>
- [203] Standardele pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță, aprobate de MS, ordinul nr. 482 din 14 iunie anul 2011. <http://www.ms.gov.md/files/8894-Ordin%2520standard%2520avort%2520-%2520FINAL%25281%2529.pdf> accesat în data de 13.11.2024

- [204] Avort fără riscuri: Recomandări în probleme de strategie și practică pentru sistemele de ocrotire a sănătății, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2003
- [205] World Health Organization Scientific Group on Medical Methods for Termination of Pregnancy. Medical methods for termination of pregnancy. WHO technical report series; 871. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.
- [206] *Nieuwe modelverslag euthanasie* [http://www.minvws.nl/folders/ibe/euthanasie_zorgvuldig_van_begin_tot_einde.asp]. Accessed September 2009, accesat în datat de 30.11.2024
- [207] Regional euthanasia review committees: 2005 annual report [<http://www.euthanasiecommissie.nl/Toetsingscommissie/jaarverslag/>]. Accessed July 2009, accesat în datat de 30.11.2024
- [208] Adaptarea Agendei de Dezvoltare Durabilă 2030 la contextul Republicii Moldova, Raport în cadrul proiectului „Naționalizarea Agendei de Dezvoltare Durabilă în contextul Republicii Moldova”, implementat de PNUD Moldova.
- [209] https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/md/Targets_UNU_RO.pdf
- [210] Legea RM nr. 138 din 15-06-2012, Privind sănătatea reproducerii (Publicat: 28-09-2012 în Monitorul Oficial Nr. 205-207 art. 673) https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135028&lang=ro# accesat în data de 09.11.2024
- [211] HG nr. 387 din 14-06-2023 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate „Sănătatea 2030” Publicat: 11-08-2023 în Monitorul Oficial Nr. 302-305 art. 700 https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=108813&lang=ro accesat în data de 09.11.2024.
- [212] Spre deosebire de Convenția europeană, *Convenția americană a drepturilor omului*, prevede în art. 4 că trebuie protejat „*în general, din momentul concepției*”. A se vedea Convenția americană pe https://www.oas.org/dil/access_to_information_American_Convention_on_Human_Rights.pdf, referință din data de 21.03.2024.
- [213] Puppink, Gregor, *Avortul și Convenția Europeană a Drepturilor Omului*, p. 12, de pe https://www.academia.edu/26620962/Avortul_%C8%99i_Conven%C8%9Bia_European%C4%83_a_Drepturilor_Omului, referință din data de 08.04.2024.

[214] Christodoulou vs. Greece, 13 January 2005, de pe [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-144366%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-144366%22]}), referință din data de 21.03.2024.

[215] A se vedea hotărârea CEDO din 20 martie 2007 de pe [file:///C:/Users/User/Downloads/CASE%20OF%20TYSI%C4%84C%20v.%20POLAND%20-%20\[Romanian%20Translation\]%20summary%20by%20the%20COE%20Human%20Rights%20Trust%20Fund%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/CASE%20OF%20TYSI%C4%84C%20v.%20POLAND%20-%20[Romanian%20Translation]%20summary%20by%20the%20COE%20Human%20Rights%20Trust%20Fund%20(1).pdf), referință din data de 08.04.2024.

[216] A se vedea Hotărârea CEDO din 16 decembrie 2010 pe <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/docx/?library=ECHR&id=001-119273&filename=CASE%20OF%20A%20C%20B%20AND%20C%20v.%20IRELAND%20-%20%5BRomanian%20Translation%5D%20summary%20by%20the%20COE%20Human%20Rights%20Trust%20Fund.docx&logEvent=False>, referință din data de 08.04.2024.

[217] *Hotărârea CEDO din 28 noiembrie 2011*, de pe <http://ier.gov.ro/wp-content/uploads/cedo/R.R.-impotriva-Poloniei.pdf>, paragrafele 6-63, referință din data de 08.04.2024.

[218] L.K vs. Latvia, ECHR, 29 aprilie 2014, de pe [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-113323%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-113323%22]}), referință din data de 23.03.2024.

[219] Brüggemann și Scheuten vs. Germany, ECHR, 12 July 1977, de pe [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-80555%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-80555%22]}), referință din data de 22.03.2024.

[220] Tăvală E., *Este o datorie să mori în Europa? Dacă nu acum, atunci când? Eutanasia și sinuciderea asistată medical din perspectivă juridică*, în „Revista Română de Drept Privat” nr. 4/2017, p. 224.

[221] <https://www.washingtonpost.com/.../6882d1e6-9629-11e6-b..> accesat în data de 01.11.2024.

[222] Vezi întregul sondaj pe https://736f726f73.ultracdn.net/wp-content/uploads/2023/03/Studiu_Biserica-si-Stat-in-RM.pdf, referință din data de 25.04.2024.

ANEXE



Figura A1.1 Eugene Delacroix, „Libertatea conducând poporul”, Muzeul Luvru, Paris, Franța



Figura A1.2 Statuia Libertății din New York, USA



Figura A1.3 La Liberte Eclairant Le Monde, Grădina Luxembourg, Paris



Figura A1.4 Statuia Libertății de pe Île des Cygnes – Paris, Franța



Figura A1.5 Zenos Fundakis, „Freedom” – Philadelphia, USA



Figura A1.6 Pablo Picasso, „Femeia care plânge”, Franța 1937

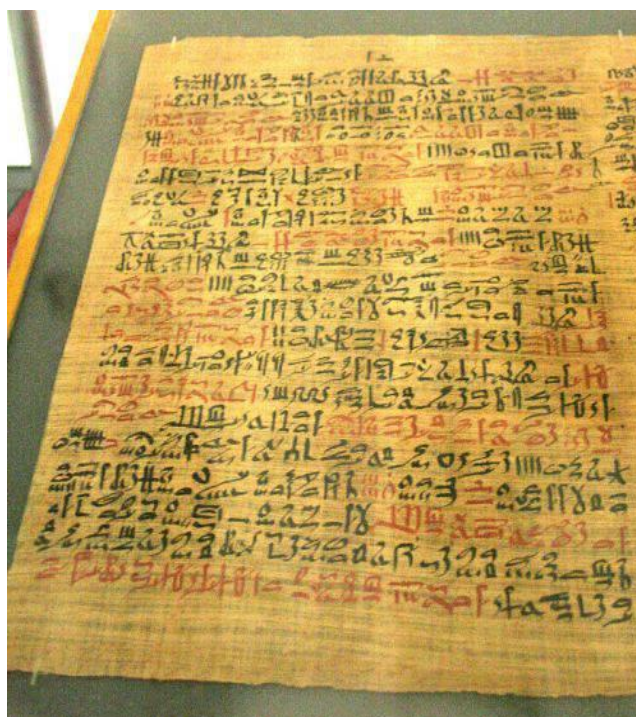


Figura A1.7 Papirusul Ebers – cea mai veche descriere a unui avort

Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnatul, Gheorghiță Nelu, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

GHEORGHIȚĂ Nelu



05.03.2025

CURRICULUM VITAE

INFORMAȚII PERSONALE

Gheorghiță Nelu

Strada Sindicatelor nr. 64, Galați, 800210, România

- 0040723035197

nelugheorghita@univ-danubius.ro



Yahoo

Sexul M | Data nașterii 14/11/1972 Naționalitatea română

EXPERIENȚA PROFESIONALĂ

EDUCAȚIE ȘI FORMARE

Scrieți datele (01.04.2021-
30.07.2022; 21.12.2022-
prezent)

Cursuri de instruire și formare ID-IFR, Universitatea „Danubius” Galați 27-30. 09.2021;

Tutore (Drept Internațional Privat și Succesiuni)

Universitatea „Danubius” Galați, Bdul Galați nr. 3

▪ Activități tutoriale ID-IFR

Învățământ superior

Universitatea de Studii Europene din Moldova, Chișinău, 2020- prezent, doctorand

Universitatea „Danubius” Galați , licențiat în Drept, 2020

Universitatea Ovidius Constanța, master în Științe economice, 2009

Universitatea București, licențiat în Teologie ortodoxă, 1998

COMPETENTE PERSONALE

Limba(i) maternă(e)

Limba română

Alte limbi străine cunoscute

Limba engleză

Limba franceză

INTELEGERE		VORBIRE		SCRIERE
Ascultare	Citire	Participare la conversație	Discurs oral	
A2	B1	A2	A2	A2
A2	B1	A2	A2	A2

Niveluri: A1/2: Utilizator elementar - B1/2: Utilizator independent - C1/2: Utilizator experimentat
Cadru european comun de referință pentru limbi străine

Competențe de comunicare
Competențe

- bune competențe de comunicare dobândite prin experiența proprie de tutore
- competențe manageriale dobândite din certificările profesionale

organizaționale/manageriale

Competențe dobândite la locul de
muncă

▪ Responsabilitate, adaptabilitate

Competențe informatice

▪ O bună cunoaștere a instrumentelor Microsoft Office(Word , Excel și Power-Point)

Alte competențe

▪ Abilități artistice: muzică și poezie

Permis de conducere

▪ categoria B din anul 1994

INFORMATII SUPLIMENTARE

Publicații
Prezentări
Proiecte
Conferințe
Seminarii

1.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Piper', with a long horizontal stroke extending to the right.

09.03.2025