

DREPTUL LA VIAȚĂ ȘI FENOMENUL MORTII CEREBRALE

Dr. hab. Ion GUCEAC

THE RIGHT TO LIFE AND THE PHENOMENON OF CEREBRAL DEATH

The right to life appears undeniably as the most essential right in the system of fundamental rights and freedoms, protected by international and national law. Starting from the fact that this right has found reflection also in the Constitution of the Republic of Moldova, we aim to address an issue less treated in the legal literature—the rights of a brain death persons; the issue of brain death, euthanasia, transplants of organs tapped after such deaths is insufficiently discussed in the Republic of Moldova. In this context, the present study brings clarity upon the matter of the rights of a brain dead person. The author envisions that the new biomedical technologies have reached a new level of influence upon the human body, while also raising awareness on the legal framework for these technologies. It is regretful to acknowledge that the legal framework of the Republic of Moldova regarding measures of protection of physical integrity as well as psychical of a brain dead person is poorly covered. The author emphasizes upon the standardization of the national legal framework regarding brain death with that of the European acquis.

Într-o societate democratică modernă drepturile omului reprezintă o valoare incontestabilă. Din această cauză, constituțiile contemporane garantează drepturile subiective ale omului, iar statul se angajează să asigure o dezvoltare demnă, liberă și echitabilă a individului în societate. Astfel, Constituția Italiei (art. 2) constată că republica recunoaște și garantează drepturile inviolabile ale omului¹. Constituția Republicii Federale Germane declară că drepturile omului consacrate în Legea fundamentală sunt obligatorii pentru puterea legislativă, puterea executivă și justiție ca drept aplicabil în mod nemijlocit². Republica Moldova, conform Constituției (art. 1), este un stat în care demnitatea omului, drepturile și libertățile lui, libera dezvoltare a personalității umane reprezintă

valori supreme și sunt garantate³. Dispoziții similare conține și Constituția României (art.1)⁴.

Dreptul la viață este unul esențial în sistemul drepturilor și libertăților fundamentale, apărate prin izvoare internaționale și naționale de drept. Fără consacarea și protejarea lui efectivă protecția celorlalte drepturi ar putea să rămână fără obiect.

Fiind condiția primordială a exercitării tuturor drepturilor și libertăților, dreptul la viață este consacrat în cele mai importante acte internaționale de protecție a drepturilor omului. Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată de Adunarea Generală a ONU la 10 decembrie 1948, consfințește în art. 3: „Orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale”⁵. Articolul 6 alin. (1) din Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice are următorul conținut: „Dreptul la viață este inerent persoanei umane. Acest drept trebuie ocrotit prin lege”⁶. Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, cunoscută și sub denumirea de Convenția Europeană a Drepturilor Omului (în continuare Convenția) (art. 2), stipulează că dreptul la viață al oricărei persoane este protejat prin lege.⁷ Convenția (art. 3)⁸, care asigură inviolabilitatea fizică și psihică a persoanei, evocă următoarele: nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.

Dreptul la viață și-a găsit reflectare și în art. 24 alin. (1) din Constituția Republicii Moldova, potrivit căruia statul garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritate fizică și psihică⁹.

În contextul dat, ne-am propus să abordăm un aspect mai puțin tratat în literatura juridică – drepturile persoanei aflate în stare de moarte cerebrală, întrucât în Republica Moldova se polemizează puțin despre moartea cerebrală, eutanasiu, transplantarea organelor prelevate în urma unor astfel de decese. Aceasta problemă devine și mai stringentă în condițiile în care în Republica

³ Constituția Republicii Moldova. Chișinău: Moldpres, 2005.

⁴ Constituția României. București: ALL BEK, 2003.

⁵ Declarația Universală a Drepturilor Omului din 10.12.1948. Curtea Europeană a Drepturilor Omului. București: Moroșan, 2005, p. 62-67.

⁶ *Drepturile omului, Documente adoptate de organisme internaționale*. București: Adevărul, 1990, p. 81-82.

⁷ Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale. Consiliul Europei. Centrul de Informare și Documentare în Moldova. Chișinău: Tipografia Centrală, fără an de ediție, p. 6.

⁸ Convenția europeană pentru Apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților fundamentale, *op. cit.*

⁹ Constituția Republicii Moldova, *op. cit.*

¹ Constituția Republicii Italiene. București: ALL BEK, 2003.

² Constituția Republicii Federale Germane. București: ALL BEK, 2005.

Moldova se înregistrează o scădere a nivelului și calității vieții și sănătății cetățenilor, creșterea mortalității, îmbătrânirea populației¹⁰.

Problemele ce țin de realizarea dreptului la viață capătă o importanță deosebită în legătură cu globalizarea cunoștințelor aplicative, mai ales a celor din domeniul medicinei, precum și cu impactul lor crescând asupra omului.

În ultimele decenii în lume au avut loc progrese considerabile în domeniul științelor medicale și biologice (fertilizare in vitro, inginerie genetică, transplantul de organe și țesuturi etc.), care au dus la apariția unor noi probleme de natură medicală și etico-juridică. Noile tehnologii biomedicale au atins un nou nivel de influență asupra corpului uman, ridicând și problema reglementării juridice a acestora. Prin urmare, relațiile dintre medicină și drept trezesc un mare interes în societate.

Pentru început vom încerca să facem unele precizări referitoare la noțiunea de „persoană” care, deși pare a fi una clară, în realitate nu este. După cum am observat, Convenția consacră „dreptul la viață al oricărei persoane”, iar Declarația Universală a Drepturilor Omului folosește expresia „orice ființă umană”. De aici rezultă că, odată ce articolul 2 alin. (1) din Convenție vorbește despre dreptul la viață care este recunoscut oricărei persoane, se are în vedere anume persoana fizică, adică omul, ființa umană.

O altă problemă care trebuie lămurită este momentul în care apare dreptul la viață și cât durează el, sau, după cum se menționează în literatura de specialitate – delimitarea frontierelor dreptului la viață¹¹. Problema ce ține de apariția dreptului la viață este una destul de delicată din care motiv în literatura de specialitate s-au exprimat diferite opinii. Unii autori consideră că momentul de început al vieții este „acela al viabilității potențiale a fătului, acesta începând în principiu cu luna a 6-a de sarcină”¹². Convenția americană a drepturilor omului (art. 4 alin.1) dispune că dreptul la viață este protejat prin lege chiar din momentul concepției¹³. În literatura de specialitate predomină, totuși, opinia (pe care o

împărtășim și noi), că momentul de început al vieții unei persoane este cel al nașterii¹⁴.

Fosta Comisie Europeană a Drepturilor Omului în decizia X c/Anglia constată că noțiunea de „orice persoană” nu poate viza decât o persoană născută. În viziunea Comisiei nimic nu indică faptul că această expresie ar putea să se aplice unui subiect de drept înainte de nașterea sa. Ca argument, Comisia apelează și la alin. (2) art. 2 privind dreptul la viață al oricărei persoane (moartea nu este considerată ca fiind cauzată prin încălcarea articolului respectiv în cazurile în care aceasta ar rezulta dintr-o recurgere absolut necesară la forță: pentru a asigura apărarea oricărei persoane împotriva violenței ilegale; pentru a efectua o arestare legală sau pentru a împiedica evadarea unei persoane legal deținute; pentru a reprimă, conform legii, tulburări violente sau o insurecție), care prin însăși natura lor vizează numai persoane născute și nu au cum să fie aplicate copiilor nenăscuți¹⁵. În aceeași cauză Comisia a constatat că odată ce Convenția nu definește noțiunea de „viață”, folosită în textul art. 2 alin. (1), în procesul de aplicare a dispozițiilor cuprinse în articolul respectiv urmează să fie luate în considerație următoarele ipoteze:

- noțiunea de „viață” utilizată în art.2 alin. (1) nu privește în niciun chip, copilul conceput;
- copilului nenăscut i se recunoaște un „drept la viață” care ar putea cuprinde anumite limitări implicite¹⁶.

Pornind de la jurisprudența fostei Comisii Europene a Drepturilor Omului, dar mai ales a actualei Curți Europene a Drepturilor Omului, în literatura de specialitate și în practica judecătorească a unor state membre ale Consiliului Europei dreptul la viață nu este altceva decât *dreptul de a trăi* și nu *dreptul la o viață demnă*¹⁷.

Foarte strâns legat de dreptul la viață este fenomenul morții, care în cultura contemporană ocupă un spațiu deosebit, întrucât printre elementele

¹⁰ Anuarul Statistic al Republicii Moldova 2009, www.statistica.md.

¹¹ N. M. Vlădoiu, *Protecția constituțională a vieții, integrității fizice și a integrității psihice: studiu de doctrină și jurisprudență*. București, Editura Hamangiu, 2006, p. 9, 115.

¹² N. M. Vlădoiu, *op. cit.* p. 128-129.

¹³ *Convenția americană a drepturilor omului* adoptată la Conferința Specializată Inter-Americană privind drepturile Omului, San Jose, Costa Rica, 22 noiembrie 1069, <http://www.cidh.oas.org/Basicos/English/Basic.TOC.htm>

¹⁴ N. M. Vlădoiu, *op. cit.* p. 126, Л. Гырла, *Конституционное право человека на жизнь: проблемы уголовно-правовой охраны*. Dezvoltarea constituțională a Republicii Moldova la etapa actuală. Materialele conferinței internaționale științifico-practice “Dezvoltarea constituțională a Republicii Moldova la etapa actuală”, Chișinău: Tipografia Centrală, 2004, p. 1095-1102.

¹⁵ Comisia EDH, decizia din 13 mai 1980, nr. 8416/1979, X c/ Royaume-Uni, DR nr. 19, p. 9.

¹⁶ *Idem*, paragr. 17.

¹⁷ Apud C. Bîrsan, *Convenția europeană a drepturilor omului. Comentariu pe articole*, vol. I. *Drepuri și libertăți*. București: C.H.Beck, p. 170.

structurale ale acestuia găsim atât conceptul filozofic, cât și criteriile medicale și juridice ale morții.

La fel ca și nașterea, și momentul când se sfârșește viața constituie o problemă neelucidată până la capăt, deoarece viața nu părăsește concomitent întreg organismul uman. Din aceste considerente, în ultimii ani, ideea și definițiile morții sunt discutate tot mai mult, îndeosebi datorită perfecționării tehnicilor de resuscitare a organismului și dezvoltării sistemelor artificiale de menținere a vieții.

În cea mai simplă definiție, moartea presupune încetarea vieții. O astfel de abordare este considerată problematică, deoarece o persoană care nu mai respiră își încetează existența, dar aceasta nu înseamnă că ea este moartă¹⁸.

În antichitate, o persoană era considerată decedată din momentul în care aceasta înceta să mai respire. Dovada morții era stabilită cu ajutorul oglinzii care era apropiată de fosele nazale pentru a observa dacă pe aceasta apar sau nu vaporii prezenți în respirație.

Doar la prima vedere constatarea morții de către medic reprezintă un proces ordinar. Istoria erorilor în acest domeniu a apărut odată cu existența omului, care a descoperit caracterul inevitabil al morții și s-a învățat să distingă ceea ce este mort de ceea ce este viu.

În cunoscuta lucrare *Greșeala lui Romeo* de Lyall Watson sunt prezentate numeroase fapte, chiar la limita minunilor, când „răposații” înviau și creau anumite probleme celor din jur¹⁹. De menționat că asemenea „minuni” se întâmplă chiar și în zilele noastre. Este și cazul recent al Lydiei Paillard, o franțuzoaică în vârstă de 60 de ani care a revenit la viață după 14 ore de moarte cerebrală. Specialiștii spun că cel mai probabil pacienta a suferit o criză severă de epilepsie care i-a indus în eroare pe doctori. Între timp, familia acesteia reclamă o eroare și a angajat un avocat intenționând să declanșeze o acțiune în justiție²⁰.

Întrucât pe noi ne interesează anume moartea cerebrală, am hotărât să aducem un scurt istoric al acestei probleme. Primul pas spre stabilirea unor noi criterii ale morții individului a fost înregistrat în SUA. Deja în 1915 un celebru chirurg din Chicago, care practica în mod deschis eutanasia, justifică

acțiunile sale printr-un criteriu radical diferit la stabilirea faptului morții unei persoane – criteriul neurologic, bazat pe leziunile ireversibile la nivelul creierului. „Suntem în viață datorită creierului ... Pentru cei care au creier mort sau acesta lipsește o astfel de existență teribilă nu poate fi numită viață”.²¹

La mijlocul secolului XX, dezvoltarea unor noi domenii de medicină, cum ar fi, de exemplu, terapia intensivă, a contribuit la apariția unor noi metode de tratament. Credem că printre realizările remarcabile ale tehnologiei medicale trebuie să fie considerate invenția aparatului de ventilație pulmonară artificială, care a făcut posibilă oxigenarea adecvată a pacienților aflați în stare inconștientă și crearea vasopresoarelor ce asigură condițiile de întreținere pe termen lung a vieții pacienților cu leziuni cerebrale severe, care până atunci decedau în urma complicațiilor cardiovasculare și respiratorii adiacente.

De-a lungul timpului, chestiunea privind moartea cerebrală și starea în care se află pacientul a devenit obiectul multor dezbateri medicale, filozofice, juridice, ba chiar și politice. Astfel, încă în anul 1959, cercetătorii francezi²² au descris pentru prima dată starea a 8 pacienți internați în salonul de terapie intensivă, unde le-a fost aplicată ventilația pulmonară artificială și cărora le lipseau totalmente reflexele stem, reacția la stimuli de durere și reacțiile pupilelor la lumină. În toate cazurile, stopul cardiac a avut loc în termen de 72 de ore după fixarea acestei stări, iar datele autopsiei obținute mai târziu au indicat modificări necrotice pronunțate în substanța creierului. Această stare de comă a fost numită „comă depășită” (le coma dépassé), fenomen care ulterior a devenit cunoscut sub numele de *creierul mort*. Bineînțeles, la un interval scurt de timp, după moartea creierului survine moartea biologică, însă viața într-un organism comatos poate fi menținută în mod artificial zile, sau poate chiar și câteva luni, cu ajutorul aparatului de respirație artificială și de circulație a sângelui. Din păcate, principalul lucru care trebuie subliniat este faptul că circulația sângelui și respirația artificială nu sunt în stare să resusciteze pacientul, deoarece medicina nu poate să revigoreze un pacient cu diagnosticul moarte cerebrală.

¹⁸ Plato. *Conception of the Relations Between Moral Philosophy and Medicine, Perspectives in Biology and Medicine*, Johns Hopkins University Press, vol. 44, nr. 3, 2001, p. 353-367.

¹⁹ Lyall Watson. *The Romeo error: A matter of life and death*, Anchor Press. First Edition, 1975.

²⁰ Unimedia, *Portalul de știri nr.1 din Moldova*, accesat la 26.10.10.

²¹ *The Definition of Death: Contemporary controversies*, IHU PRESS, 1999, p. 7.

²² P. Mollaret, M Goulon. *Le coma depasse (memoire preliminaire)*. Paris: Rev Neurol, 1959, 101: 3-15.

Astfel, noile tehnologii au făcut posibilă menținerea corpului pacientului în stare „suspendată” terminală pentru o perioadă relativ lungă de timp, dar din care există doar o singură „ieșire” – moartea biologică. Despre organismul în care se menține artificial circulația sanguină și respirația artificială se poate spune că acesta nu este „nici viu, nici mort”. Cel mai important fapt în acest caz este că starea fiziologică a organelor interne vitale (inima, plămâni, ficatul etc.) este conservată, adică ele pot fi folosite pentru transplant.

S-ar părea că soluția transplantării este găsită, deoarece anual în urma unor catastrofe sau accidente mor mulți oameni, preponderent la o vârstă fragedă. Menținându-i artificial funcțiile vitale ale corpului unui pacient cu diagnosticul moarte cerebrală, putem obține un număr suficient de organe necesare pentru transplant. Conform tradițiilor însă nu putem constata moartea pacientului în prezența, deși artificiale, a respirației și circulației artificiale a sângelui. Prin urmare, orice încercare de a preleva din organismul care „răsufală” anumite organe este considerată omor premeditat. Nu contează pierderea ireversibilă a cunoștinței, deoarece nu doar creierul este factorul ce determină moartea biologică. Iată de ce în fața medicinei, a transplantologiei, a apărut o întrebare cu totul nouă: este posibilă trecerea de la criteriul cardio-pulmonar tradițional (moartea naturală) la un nou criteriu – neurologic, și constatarea faptului morții unei persoane în baza morții cerebrale ireversibile?

Această problemă a fost soluționată de comitetul ad-hoc din cadrul Școlii Medicale din Harvard în 1968. În raportul prezentat la ședința de lucru a comisiei a fost propus ca, de rând cu criteriul tradițional, să fie aplicat și unul nou – „moartea generală a creierului” (*whole brain death*), prin care medicilor să li se acorde dreptul legal de a folosi organele pacientului în transplantatie. Aici trebuie să subliniem că „moartea creierului” și „moartea naturală” sunt noțiuni ce indică unul și același fenomen – faptul încetării vieții.

Această constatare exprimă punctul cel mai dureros al bioeticii moderne – nici profesioniștii, nici cetățenii nu pot accepta un nou criteriu al morții, faptul că pacientul cu diagnosticul „moarte cerebrală” este deja mort. „Pacientul la care s-a constatat moartea creierului este un cadavru viu, cum se spune, un preparat „inimă – plămâni”²³.

În Japonia, începând cu anul 1983, s-au purtat discuții la nivel național asupra conceptului morții cerebrale și transplantului. Aceste polemici s-au

soldat cu conceptualizări legislative extrem de valoroase, care din cauza barierelor lingvistice nu sunt bine cunoscute în spațiul european. Legea cu privire la transplantul de organe a Japoniei, adoptată în 1997, permite persoanei să aleagă între stabilirea morții cerebrale sau tradiționale și, conform acestei preferințe, să fie inclusă în registrul donatorilor²⁴.

În legislația Republicii Moldova prin moarte (deces) se subînțelege stingerea integrală și ireversibilă a activității biologice a proceselor vitale ale organismului,²⁵ iar moartea cerebrală este definită drept stopare ireversibilă a activității cerebrale cu suportul (protejarea) funcțiilor vitale ale organismului²⁶.

Cu părere de rău, legislația noastră nu conține prevederi care ar stabili măsuri de protecție a integrității fizice și psihice a individului aflat în condiții de moarte cerebrală, cu toate că dreptul la viață presupune „simpla facultate a individului de a trăi în sens fizic”²⁷.

Legea Republicii Moldova privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane nr. 42-XVI din 06.03.2008²⁸, stabilește că în cazul apariției unui potențial donator decesul acestuia trebuie să fie confirmat până la inițierea procedurii legale de donare. Decesul va fi confirmat prin una din următoarele proceduri:

- după un stop cardiorespirator, ireversibil și ireversibil, la o persoană cu temperatura normală sau aproape normală, decesul se confirmă la un interval de minimum 5 minute după efectuarea tuturor măsurilor de reanimare, pe parcursul cărora toate testele demonstrează fără dubii că nu există circulație sangvină spre creier și organele vitale;

- la persoana cu schimbări ireversibile în centrele vitale ale creierului, decesul se confirmă prin teste (criterii) specifice, aprobate de Ministerul Sănătății, în timp ce funcția cardiorespiratorie este menținută artificial.

La rândul lor, criteriile clinice de constatare a morții cerebrale sunt stabilite în Instrucțiunea cu privire la confirmarea decesului în baza constatării

²⁴ S.J. Youngner, *The Definition of Death: Contemporary Controversies*, SUA, Johns Hopkins University Press, 1999.

²⁵ Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova despre aplicarea Legii privind transplantul de organe și țesuturi umane în Republica Moldova nr.297 din 16.12.1999, Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.29-30/99 din 16.03.2000.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ I. Dogaru, D. C. Dănișor. *Drepturile omului și libertățile publice*. Chișinău: Zamolxe, 1998, p. 87.

²⁸ Publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.81/273 din 25.04.2008.

²³ *Смерть мозга*, ruWiki.com

morții ireversibile a creierului (moarte cerebrală)²⁹ și includ următoarele: pupilele în poziție medie sau dilatată; absența reflexului fotomotor; absența mișcărilor oculare spontane sau provocate; absența mișcărilor spontane ale pleoapelor; absența reflexului corneal; absența reflexelor oculovestibulare; absența reflexelor oculocefalice; absența mișcărilor mușchilor faciali; absența mișcărilor musculare spontane; absența reflexului de vomă; absența reflexului de tuse, absența răspunsului la acțiunea atropinei; absența respirației spontane confirmată de testul de apnee la un pCO₂ de 60 mm col.Hg. Toate aceste semne clinice permit constatarea morții cerebrale cu condiția păstrării lor pe parcursul a 12 ore și cu efectuarea electroencefalografiei (EEG). Instrucțiunea menționată stabilește și o serie de investigații instrumentale utile (facultative, neobligatorii) pentru aprecierea morții cerebrale: electroencefalografia (EEG); arteriografia cerebrală; dopler sonografia transcraniană; scanarea radionucleidă.

În România, Legea privind reforma în domeniul sănătății nr. 95 din 14.04.2006³⁰, în Anexa nr.3, prevede că diagnosticul morții cerebrale se stabilește pe baza următoarelor criterii: examen clinic (starea de comă profundă, flască, reactivă; absența reflexelor de trunchi cerebral); absența ventilației spontane, confirmată de testul de apnee; traseu electroencefalografic care să ateste lipsa electrogenezei corticale. Legea precizează că cele 3 examene care confirmă moartea cerebrală se repetă la un interval de cel puțin 6 ore pentru adulți. Pentru copii, intervalul este: 48 de ore pentru nou-născutul cu vârsta între 7 zile și 2 luni, 24 de ore pentru copilul cu vârsta între 2 luni și 2 ani, 12 ore pentru copilul cu vârsta între 2 și 7 ani. Pentru copiii cu vârsta de peste 7 ani intervalul este același ca la adulți. La nou-născutul cu vârsta mai mică de 7 zile nu se declară moartea cerebrală.

În prezent, la nivel mondial moartea cerebrală este definită ca încetarea completă și ireversibilă a tuturor funcțiilor cerebrale, inclusiv a trunchiului cerebral, înregistrată în procesul de funcționare a inimii și de ventilație mecanică a plămânilor. Excepție face doar Marea Britanie, unde numai

moartea trunchiului cerebral este echivalată cu moartea persoanei. Astfel de situații sunt frecvente în secțiile de neuro- reanimatologie, în special la pacienții cu leziuni traumatice cerebrale severe sau hemoragii spontane cerebrale.

Problema morții cerebrale devine mult mai semnificativă în cazul în care pacientul este privit ca un potențial donator. În acest caz, sporește incomensurabil responsabilitatea morală și juridică a consiliului de medici care constată oprirea circulației sanguine cerebrale și, în consecință, moartea cerebrală. Cei mai mulți cercetători ai acestei probleme³¹ cred că pentru un diagnostic absolut indubitabil al morții cerebrale nu sunt suficiente doar investigațiile clinice, deoarece niciunul dintre semnele clinice nu este sigur. Prin urmare, o importanță deosebită are confirmarea instrumentală oportună și exactă a morții cerebrale³². În caz contrar, ne vom confrunta cu probleme similare „medicilor transplantologi” din Federația Rusă³³, procesul asupra cărora a demonstrat că și cei mai experimentați medici, experți din alte domenii, inclusiv judecătorii care au examinat cazul, se orientează destul de greu în transplantologie și mai ales în situații cu implicarea persoanelor aflate în stare de moarte cerebrală.

Succesele înregistrate de transplantologie necesită tot mai multe organe vitale, ceea ce reclamă permanent căutarea de noi surse de „materie primă”. Pe de altă parte, și criteriul morții cerebrale este în continuă schimbare, precum și noi grupuri de oameni bolnavi incurabil se încadrează în noile criterii de moarte ale omului, adică grupuri ce pot fi deconectate de la sistemul de susținere artificială a activității vitale.

Astfel, spre exemplu, a apărut criteriul denumit *moartea scoarței cerebrale*. Schimbarea accentului în constatarea decesului – de la întregul creier la funcționarea scoarței cerebrale, – adică absența semnelor de conștiință pentru constatarea „morții sociale” a unei persoane este, într-adevăr, o noutate în raport cu opiniile seculare și dezbaterile despre esența morții.

Substratul anatomic al conștiinței este scoarța

³¹ И.Д. Стулин, А.Л. Мусин, Р.С. Мусин и др. *Диагностика смерти мозга: Методические рекомендации для врачей департамента здравоохранения Москвы*. М., 2003; А.Э. Уолкер. *Смерть мозга*. М.: Медицина, 1988; Е.Ф. Wijdicks *Brain Death*. Philadelphia. Lippincott: Williams & Wilkins 2001.

³² I. Guceac *Curs elementar de drept constituțional*, vol. II. Chișinău: Tipografia Centrală, 2004, p. 92.

³³ Т. Батенева, «Дело врачей трансплантологов»: акт трети, www.izvestia.ru/investigation/article, accesat la 20.09.10.

cerebrală, datorită căreia noi ne identificăm ca oameni, adică percepem lumea înconjurătoare, suntem capabili să gândim, să comunicăm, să ne fixăm sarcini, aceasta însemnând că necroza scoarței poate servi un argument temeinic pentru constatarea decesului omului.

În acest sens apare problema identității personale, care a fost caracterizată prin prisma a două criterii: continuitate fizică (același corp, același creier) și continuitate psihologică (aceleași amintiri, același caracter). J. Locke susținea cel de-al doilea principiu ca fiind primordial, considerând că memoria, conștiința este ceea ce îl face pe om, iar în opinia lui Bernard Williams continuitatea corporală este o condiție necesară identității³⁴.

Ambele teorii nu se pot aplica însă în cazul pacientului cu diagnosticul moarte cerebrală, pentru că în cazul criteriului continuității fizice creierul său este mort, fapt ce indică o schimbare a identității corporale, deși corpul rămâne același ca și mai înainte de intrarea în moarte cerebrală. Iar în cazul continuității psihologice, deși medicii susțin că încetarea activității creierului duce la pierderea conștiinței și a memoriei, nu s-a putut demonstra că acea stare de inconștientă, denumită ireversibilă, nu poate fi urmată de un moment de revenire.

Astfel, moartea ireversibilă a conștiinței la nivelul structurilor anatomo-fiziologice ale scoarței cerebrale, criteriul „moartea scoarței cerebrale” deschide pentru medicină și societate o cale foarte periculoasă și alunecoasă, deoarece pierderea ireversibilă a rațiunii este sindromul pacienților în stare vegetativă pasivă care pe parcursul mai multor luni sau chiar ani de zile, sunt plasați în saloane de terapie intensivă, iar imposibilitatea activității conștientizate este un semn al anencefaliei.

Anencefalia este o monstruoasă incompatibilitate cu viața, caracterizată prin lipsa cerebelului și encefalului asociată cu absența oaselor plate ale cutiei craniene³⁵. Această afecțiune este extrem de rară (2-3 cazuri la o mie de noi-născuți), cu sfârșit letal, provocând moartea la numai câteva ore de la naștere, deși sunt cunoscute și excepții³⁶. □

³⁴ *Apud* Nicolae Stan, Paul Marinescu. *Filosofie*. București: Editura Economică, 2002.

³⁵ <http://www.pcfarm.ro/dictionar>

³⁶ * Nicholas Coke din Pueblo, Colorado, este primul copil care a reușit să supraviețuiască până la vârsta de un an, cu toate că natura nu l-a înzestrat cu creier, din cauza anencefaliei. Supraviețuirea lui Nicholas până la vârsta de un an poate fi considerată un adevărat miracol, continuând să uimească comunitatea medicală (<http://www.ziare.com/articole/copil+nascut+anencefalie>).

Cu toate acestea, în realitate problema s-a dovedit a fi una greu de soluționat. Este posibil oare ca până la moartea naturală (biologică) a acestora, anencefalii să fie recunoscuți un fel de oameni „socialmente morți” și, la fel ca în cazul „morții cerebrale”, să li se preleve organele vitale pentru tratamentul unor alți copii care suferă la fel de boli incurabile, cum ar fi, de exemplu, malformațiile cardiace congenitale, și care sunt sortiți morții fără transplantarea unui organ străin, dar sănătos. Pericolul care însoțește noul criteriu se manifestă nu numai în raport cu copiii cu defecte de dezvoltare congenitale, dar și în raport cu bolnavii în stare vegetativă pasivă, adică în raport cu cei care „duc” un mod vegetativ de viață în paturile din spital. Acest pericol este determinat de faptul că pentru a preleva organele pentru transplantare bolnavii cu diagnosticul „moarte cerebrală” urmează să fie eutanasiați.

Peter Singer, unul dintre cei mai cunoscuți filozofi moderni, este de părere că „deși pot suferi, feții, bebelușii și oamenii cu handicapuri grave nu au capacități de a-și plănuși sau anticipa viitorul; prin urmare, e admisibil din punct de vedere moral, în anumite circumstanțe, să li se pună capăt vieții”³⁷. George J. Agich și Royce P. Jones au exprimat opinia potrivit căreia dacă nu există viață cognitivă sau afectivă, nici gânduri sau sentimente, nici interacțiune socială cu mediul, nu e nimic care să legitimizeze adăugarea adjectivului „sapiens” la substantivul „homo”³⁸.

Este de menționat că actualmente se accepta ca tratamentele medicale moderne să nu fie aplicate persoanelor, definite ca „morți vii”, împotriva voinței acestora³⁹. Drept exemplu servește și o directivă a Academiei de Științe Medicale din Suedia, adoptată la 20 aprilie 1977, conform căreia în prezența persoanelor în pericol de moarte, a căror afecțiune evoluează de o manieră ireversibilă și care nu pot avea o viață rezonabil conștientă, medicul nu

Un alt caz este cazul „Marcelei” (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Anencefalia>), care a avut loc în orașul Patrocínio Paulista, Brazilia. Copilul diagnosticat ca anencefalic a trăit timp de un an opt luni și douăsprezece zile după naștere. Fata, pe nume Marcela de Jesus, s-a născut la 20 noiembrie 2006 și a murit de pneumonie aspergiloasă pe 31 iulie 2008. Marcela nu a avut nici măcar cortexul cerebral, doar tulpina creierului, responsabilă pentru respirație și puls.

³⁷ *Apud* Peter J. King. *O sută de filozofi. Viața și opera celor mai mari gânditori ai lumii*. Enciclopedia RAO, 2006, p. 182-183.

³⁸ George J. Agich and Royce P. Jones. *Personal Identity and Brain Death: Critical Response Philosophy and Public Affairs*, vol. 15, no. 3, (Summer, 1986), p. 267-274.

³⁹ I. Dogaru, D. C. Dănișor. *Drepturile omului și libertățile publice*. Chișinău: Zamolxe, 1998, p. 91.

este obligat să utilizeze toate resursele terapeutice care ar duce la prelungirea vieții⁴⁰.

Apariția concepției „moarte cerebrală” provoacă nu numai dezbateri teoretice între profesioniști, dar și acțiuni concrete, cum ar fi cele din cadrul Centrului de medicină din Pittsburgh⁴¹. Centrul Medical al Universității din Pittsburgh „Politica de gestionare a bolnavilor incurabili care după moarte pot deveni donatori de organe” propune recoltarea organelor, cât mai repede posibilă, de la anumiți pacienți care au murit de insuficiență cardiopulmonară. Acest fapt impune, de asemenea, un consens cu privire la statutul juridic și moral al donatorului pe parcursul morții și la confirmarea decesului.

În viziunea noastră, chiar dacă am putea vorbi de o eutanasiere pasivă prin refuzul acordării îngrijirii medicale, în medicină s-ar produce o întreagă revoluție în conceperea termenului de deces și s-ar pune în pericol demnitatea ființei umane, adică a pacientului aflat în stare de comă, întrucât chiar dacă pacienții în moarte cerebrală sunt morți, acesta nu e un motiv ca și corpurile lor să fie moarte⁴². Probabil că și din aceste considerente în literatura de specialitate nu este acceptată concepția „dreptului de a muri” ca un corelativ al „dreptului la viață”⁴³. Răspuns la întrebarea – există oare dreptul de a muri? – a fost formulat într-o manieră curioasă de Curtea Europeană a Drepturilor Omului în cauza *Pretty versus Marea Britanie*⁴⁴. În hotărârea pe marginea acestui caz instanța europeană a constatat că, în toate situațiile în care a fost chemată să se pronunțe cu privire la interpretarea art. 2 din Convenție, a pus accentul pe obligația pe care o impune acest text statelor semnatare de a proteja viața. Din aceste considerente, Curtea nu este convinsă că „dreptul la viață” garantat de art. 2 s-ar putea interpreta în sensul că ar comporta și un aspect negativ. În viziunea Curții, textul evocat nu este de natură să creeze un drept la autodeterminare, potrivit căruia un individ ar putea alege moartea mai degrabă decât viața. Mai mult decât atât, instanța europeană consideră că textul acestui articol consacra, înainte de toate,

interzicerea forței sau a oricărui alt comportament susceptibil să provoace decesul unei ființe umane și în niciun caz el nu conferă individului dreptul de a pretinde statului să-i permită sau să-i faciliteze decesul⁴⁵.

Este important să cunoaștem că din conținutul dreptului la viață, protecția căruia este instituită prin articolul 2 din Convenție, reiese obligația ce revine statelor membre de a nu cauza moartea unei persoane, cu excepția situațiilor precizate în alineatul al doilea din acest articol și obligația de a lua toate măsurile care se impun pentru protejarea efectivă a dreptului la viață ale tuturor persoanelor, inclusiv și al celor cu diagnostic „moarte cerebrală”.

Ținând cont de aspirațiile europene ale Republicii Moldova, trebuie să conștientizăm necesitatea standardizării legislației naționale în domeniu la aceste exigențe. Legislația noastră conține unele prevederi chemate să asigure protecția dreptului la viață. Spre exemplu, Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic⁴⁶ obligă medicul să manifeste, în orice condiții de exercitare a profesiei, disponibilitate, corectitudine, devotament și respect față de ființa umană; să respecte cu strictețe drepturile și interesele legitime ale pacientului; să ceară consimțământul pacientului pentru orice prestare medicală conform legislației; să se abțină de la satisfacerea rugăminții bolnavului de a i se curma viața (eutanasierea) (art. 17). Legea (art. 18) dispune ca orice intervenție medicală să fie efectuată doar cu acordul pacientului, cu excepția situațiilor când starea lui fizică și psihică nu-i permite să ia o decizie conștientă sau în alte situații stabilite de legislație. Un alt exemplu este Legea privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane scopul căreia ține de asigurarea protecției drepturilor donatorilor și beneficiarilor de organe. Totodată, Legea consacră (art. 3) unele principii generale care orientează procesul de transplantare spre protecția demnității și identității ființei umane și garantează fiecărei persoane, fără discriminare, respectarea integrității și altor drepturi și libertăți fundamentale în cazul transplantului de organe, țesuturi și celule; apărarea drepturilor și libertăților persoanei și prevenirea comercializării părților corpului uman. Conform Legii menționate (art. 13), prelevarea este posibilă în cazul în care există

⁴⁰ Apud Jaques Robert. *Libertes politiques et droits de l'homme*. Paris: Montchresien, 1988, p. 176.

⁴¹ www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10126534.

⁴² Michael B. Green and Daniel Wikler. *Brain Death and Personal Identity*, Philosophy and Public Affairs, vol. 9, no. 2, (Winter, 1980), p. 105-133.

⁴³ V. Duculescu. *Protecția juridică a drepturilor omului*. București: Lumina Lex, 2008, p. 315.

⁴⁴ Cauza *Pretty contra Marea Britanii*, Nr. de aplicare 2346/02, Strasbourg, 29 iulie 2002, <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.aspitem=1&portal=hbkm&action>, accesat la 06.09.2010.

⁴⁵ *Idem*, paragr. 39.

⁴⁶ Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.172-175/839 din 23.12.2005.

consimțământul persoanei respective de dinainte de deces, exprimat în conformitate cu legea. În cazul în care consimțământul lipsește, donarea este posibilă dacă nu a fost exprimat refuz în scris pentru donare din partea a cel puțin unui membru adult al familiei, altor rude de gradul I sau a reprezentantului legal al decedatului.

Această Lege însă conține și prevederi ambigui care pot genera cazuri de încălcare a dreptului pacientului la autodeterminare. Astfel, potrivit Legii (art. 13 alin. (4)), donarea este posibilă fără consimțământul rudelor apropiate sau al reprezentantului legal dacă niciuna din rudele apropiate sau reprezentantul legal, după declararea legală a decesului, nu s-a adresat pentru a-și exprima opțiunea cu privire la donare, iar date despre rudele apropiate sau reprezentantul legal al persoanei decedate lipsesc. Circumstanțele descrise creează un anumit pericol pentru viața persoanelor aflate în instituțiile medicale în stare de moarte cerebrală și nu numai a lor, deoarece nu este prevăzut mecanismul sau procedura de înștiințare a rudelor apropiate sau reprezentantului legal al persoanei decedate pentru ca aceștia să-și exprime consimțământul, astfel ca în caz afirmativ să fie posibilă prelevarea organului în termenul și starea în care să permită transplantarea. Legea nu oferă soluții nici pentru cazurile în care aceștia efectiv nu sunt în stare să-și exprime opțiunea pro sau contra prelevării (aflarea peste hotarele republicii, absența de la domiciliu sau serviciu, lipsa informației privitor la locul de aflare al acestora ș.a.). Astfel, apare iminentă necesitatea de modificare a Legii cu privire la transplantul de organe cu prevederi care ar stabili dispoziții clare pentru reglementarea termenului și modului în care trebuie informate rudele apropiate sau reprezentantul legal al persoanelor decedate, actele care urmează a fi completate și persoanele responsabile etc.

În acest sens trebuie să racordăm Legea menționată și la Recomandarea 1418 (1999) a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei intitulată „Protecția drepturilor omului și a demnității bolnavilor incurabili sau muribunzi”, prin care Comitetului de Miniștri i se recomandă să încurajeze statele membre ale Consiliului să respecte și să protejeze demnitatea bolnavilor incurabili sau muribunzi, deoarece dreptul la viață al acestora este garantat de statele membre ale Consiliului Europei, în conformitate cu dispozițiile

articolului 2 al Convenției, care dispune că „moartea nu poate fi cauzată cuiva în mod intenționat”⁴⁷. În Recomandare se menționează expres obligația statelor de a asigura protejarea dreptului pacientului incurabil sau muribund la autodeterminare, în timp ce sunt luate măsurile necesare pentru a se asigura că nicio persoană cu o boală incurabilă sau o persoană muribundă nu este tratată împotriva propriei voințe, precum și asigurând că aceasta nu este influențată sau supusă unor presiuni din partea unei terțe persoane. Mai mult decât atât, este necesară prevederea anumitor garanții pentru a asigura că doleanțele acestora nu sunt formate sub presiuni economice. Statele membre trebuie să accepte că dorința unui bolnav incurabil sau muribund nu poate constitui un temei legal pentru a fi lipsit de viață de către o persoană terță și să nu admită nicio justificare de drept pentru a efectua anumite acțiuni în urma cărora persoana ar deceda. Sperăm că instituirea Agenției de Transplant⁴⁸, a cărei misiune ține de organizarea și supravegherea pe întreg teritoriul Republicii Moldova a activităților de transplant de organe, țesuturi și celule umane, în conformitate cu legislația în vigoare, și profilaxia traficului ilicit de organe, țesuturi și celule umane este un pas spre salvarea vieții pacienților cu insuficiență de organe, dar și spre garantarea drepturilor persoanelor aflate în stare de moarte cerebrală.

În concluzie, putem afirma că organismul uman, chiar dacă rămâne oarecum un lucru, trebuie să fie considerat un lucru sacru, pacientul fiind singurul stăpân asupra acestuia, așa cum spunea și J. St. Mill: „Sub aspecte care îl privesc doar pe el însuși independența lui este, de drept, absolută. Asupra lui însuși, a propriului trup și spirit, individul este suveran”⁴⁹.

⁴⁷ Recomandarea 1418(1999) a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei privind protecția drepturilor omului și a demnității bolnavilor incurabili și muribunzi (Extras din Monitorul Oficial al Consiliului Europei - iunie 1999) <http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta99/EREC1418.HTM>.

⁴⁸ Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la instituirea Agenției de Transplant nr. 386 din 14.05.2010, Monitorul Oficial nr.78-80/457 din 21.05.2010.

⁴⁹ J. St. Mill. *Despre libertate*, Apud Doina-Olga Ștefănescu, Adrian Miroiu (coordonatori). *Manual de filosofie*. București: Humanitas, 2003, p. 58.