

Obsesia terapeutică.

Pro și contra eutanasiei – noi provocări ale legislației românești*

Lect. univ. dr. Laura STĂNILĂ**
Universitatea de Vest din Timișoara
Facultatea de Drept

Abstract

The recognition of a right to die is an extremely sensitive issue, susceptible of multidimensional approach – religious, social, medical, legal – but impossible to be concluded at the moment. Euthanasia is a crime in the name of compassion by causing the death of a person, with his/hers consent, a deliberate act to end a patient's life with the intention to end his suffering.

Although euthanasia and assisted suicide are legalized in many countries, legal recognition of their social usefulness actually puts into question the limits to which the protection of the right to life must be exercised. Paradoxically, the very right to life – an essential principle, constituting the indispensable condition for exercising other guaranteed rights, doesn't enjoy a well-defined bordering.

Romanian legislature absolute rejects euthanasia practices and the new Criminal Code – Law no. 287/2009 provides murder at the request of the victim as a mitigating form of murder, so resubmitting the tradition existing in our national law, this conduct being criminalized by prior art. 468 of the 1936 Penal Code.

Key words: *euthanasia, assisted suicide, murder, consent, therapeutic obstinacy, therapeutic obsession*

* Această lucrare a fost finanțată din contractul POSDRU/159/1.5/S/133255, proiect strategic ID 133255 (2014), cofinanțat din Fondul Social European, prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013.

This work was supported by the strategic grant POSDRU/159/1.5/S/133255, Project ID 133255 (2014), co-financed by the European Social Fund within the Sectorial Operational Program Human Resources Development 2007-2013.

** Cercetător postdoctoral în cadrul proiectului „Burse Universitare în România prin Sprijin European pentru Doctoranzi și Post-doctoranzi”, ID 133255; laura.stanila@e-uvt.ro.

Rezumat

Recunoașterea unui drept la moarte reprezintă o chestiune extrem de sensibilă, susceptibilă de o abordare multidimensională – religioasă, socială, medicală, juridică –, dar imposibil de tranșat la momentul de față. Eutanasia este o crimă înfăptuită în numele compasiunii însemnând provocarea morții unei persoane, cu consimțământul acesteia, actul deliberat de a pune capăt vieții unui pacient cu intenția de a curma suferința acestuia.

Deși eutanasia și sinuciderea asistată medical sunt legalizate în mai multe state, recunoașterea legală a utilității sociale a acestor proceduri pune practic în discuție limita până la care trebuie exercitată protecția dreptului la viață. Paradoxal, tocmai dreptul la viață – un principiu esențial, constituind condiția indispensabilă de a exercita celelalte drepturi garantate, nu se bucură de stabilirea unor frontiere bine determinate.

Legiuitorul român se situează pe poziția respingerii absolute a practicilor de eutanasiere, iar noul Cod penal – Legea nr. 287/2009 prevede infracțiunea de ucidere la cererea victimei, ca o formă atenuată a omorului, reînscriind astfel reglementarea pe linia tradiției existente în dreptul nostru, fapta fiind incriminată anterior de art. 468 C. pen. din 1936.

Cuvinte-cheie: eutanasiere, sinucidere asistată medical, omor, consimțământ, obstinație terapeutică, obsesie terapeutică

I. Euthanasia – aspecte terminologice

Etimologic, cuvântul *eutanasiere* provine din unirea a două cuvinte de origine greacă, eu însemnând „bine, bun”, și *thanatos* însemnând „moarte”. Thanatos a fost zeul morții la greci, frate cu Hypnos, zeul somnului, și cu luntrașul Charon, cel care îi trece pe morți râul Styx¹. Prima utilizare atestată documentar a termenului de *eutanasiere*, a fost identificată în lucrarea *Viețile celor doisprezece Cezari* a istoricului latin Suetonius. Împăratul roman Octavian Augustus (27 î.Hr. - 14 d.Hr.), a murit brusc în brațele soției sale Livia, la aproape 66 de ani, având o moarte ușoară cum întotdeauna și-a dorit: „ori de câte ori auzise că cineva a murit repede și fără să sufere, îi ruga pe zei să îi dea și lui o eutanasiere similară”². Împăratul roman Hadrian (76 d.Hr. - 138 d.Hr.) i-a cerut medicului său personal, Hermogene, să apeleze la eutanasiere. F.R. Bacon (1561-1621) în lucrarea sa *Noul Organon* relansează dezbaterile privind tipurile morții dintr-o perspectivă filosofică și este considerat creatorul termenului *eutanasiere*³.

¹ C. Deaconescu, *Eutanasiere în proiectarea sa multidisciplinară*, în Revista Română de Bioetică, vol. 3, nr. 4/2005, p. 100.

² Suetoniu, *Viețile celor doisprezece cezari*, Ed. Politica, București, 1998, p. 19.

³ F.R. Bacon, *New Organon or True Directions Concerning the Interpretation of Nature*, disponibilă online la <http://www.earlymoderntexts.com/pdfs/bacon1620.pdf>.

Eutanasia este actul deliberat de a pune capăt vieții unui pacient cu intenția de a curma suferința acestuia. Sinuciderea asistată medical reprezintă o procedură distinctă de eutanasia și reprezintă autoprovoacarea morții unui pacient cu ajutorul direct dat de un medic. Legalizarea eutanasiilor suscită aprinse dezbateri etice, medicale, juridice și religioase, punând practic în discuție limita până la care trebuie exercitată protecția dreptului la viață. Paradoxal, tocmai dreptul la viață – un principiu esențial, constituind condiția indispensabilă de a exercita celelalte drepturi garantate – nu se bucură de stabilirea unor frontiere bine determinate⁴.

Eutanasia reprezintă o problemă extrem de complexă, care se situează practic la confluența dintre viață și moarte, dintre liberul arbitru și canoanele religioase, dintre terapie și intervenție medicală deliberată pentru a provoca moartea⁵.

Eutanasia sau crima înfăptuită în numele compasiunii înseamnă provocarea morții unei persoane, având consimțământul acesteia. Problema se pune în cazul bolnavilor aflați în stadiile terminale ale unor boli incurabile (ex. cancerul), aceștia suportând suferințe constante și insuportabile, fără speranța de a obține o ameliorare a stării lor⁶.

II. Aspecte istorice și filosofice privind acceptarea eutanasiilor

2.1. Scurtă istorie a eutanasiilor

De-a lungul timpului, atitudinea societății față de viața membrilor ei a fost variabilă. În Sparta, copiii handicapați erau lăsați să moară, lucru aprobat chiar de filosoful Platon (Republica III, 906). De altfel, filosofia greacă a fost favorabilă sinuciderii și suprimării vieții celor care deveneau povară pentru alții. Cucerind Grecia, romanii au preluat moravurile grecilor, inclusiv pe cele referitoare la moarte. Prin urmare, în Imperiul Roman nou-născuții cu malformații erau lăsați să moară. Acest obicei s-a continuat până în cea de-a doua jumătate a secolului al IV-lea, când, sub influența creștină, împăratul Valens avea să îl interzică. În Roma antică sinuciderea era considerată o moarte onorabilă.

Creștinismul, cu viziunea sa privind viața și suferința ca mijloc de ispășire a păcatelor, a adus modificări radicale în ceea ce privește respectul față de viața umană. Creștinismul a respins orice acțiune sau omisiune prin care s-ar încerca ridicarea vieții cuiva și orice modalitate prin care cineva ar încerca să-și ia viața⁷.

⁴ M.M. Pivniceru, F.D. Dăscălescu, *Limita inferioară a dreptului la viață: între protecția fătului uman, dreptul la avort și progresul științelor biomedicale*, în *Revista Română de Bioetică*, vol. I, nr. 4/2003, p. 114.

⁵ M.D. Marty, *Raportul asupra eutanasiilor al Comisiei asupra problemelor sociale, de sănătate și de familie din cadrul Adunării Parlamentare a Consiliului European*, 10. 09. 2003, disponibil online la: <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doc03/FDOC9898.htm>, p. 3.

⁶ M.M. Pivniceru, F.D. Dăscălescu, *Eutanasia: unde se sfârșește protecția dreptului la viață?*, în *Revista Română de Bioetică*, vol. 2, nr. 2/2004, p. 90.

⁷ *Rezoluții ale sinoadelor Bisericii Ortodoxe Române și Bisericii Ortodoxe Ruse privind probleme de bioetică. Avortul, eutanasia și transplantul de organe* disponibile online la: <http://provitabucuresti.ro/docs/bioetica/bioetica.BOR.pdf>.

În secolul al XVI-lea Thomas Morus a vorbit de practica uciderii bolnavilor în *Utopia*, practică văzută de acesta ca „act de înțelepciune, religios și sfânt”. Mai târziu, Francis Bacon folosește termenul de eutanasië (εὐ-θανασία) înțelegând prin acest termen modul de a muri mai ușor, moartea bună.

La momentul actual există trei curente de opinie în ceea ce privește eutanasië:

1. Vitalismul conform cu care viața biologică trebuie menținută cu orice preț și cu toate mijloacele. Acest curent nu ar fi decât o formă de idolatrie biologică care plasează valoarea abstractă a existenței fizice mai presus de nevoile personale și de destinul final al pacientului⁸.

2. Moartea demnă, conform cu care pacienții aflați în agonie trebuie lăsați să aleagă timpul și modul în care vor să moară cu demnitate. Pentru aceasta, pacientului trebuie să i se garanteze libertatea de a decide cu privire la tratamentul bolii în stadiul terminal și să i se arate solidaritate și compasiune de către cei din jur (familie, prieteni, personal medical), să i se administreze medicația adecvată pentru ușurarea suferințelor fizice și psihice care ar putea deveni insuportabile și chiar „dezumanizante”, astfel încât pacientul să moară cu maximum de conștiința și minimum de durere.

3. Grăbirea procesului morții, reprezintă al treilea curent ce propune ca, într-un anumit moment din procesul morții să se oprească tratamentul (retragerea sau oprirea sistemelor de susținere a vieții), fapt care este deplin moral, permițându-i-se astfel pacientului o moarte naturală.

Din punctul de vedere al evoluției legislației române în ceea ce privește eutanasië, Codul Penal Transilvănean prevedea la art. 282 că *acela care, prin dorința hotărâtă și serioasă a unei persoane, a fost determinat să oucidă, se va pedepsi cu reclusiunea până la 3 ani*. Pedepsa cu închisoare între 3 și 8 ani se aplica și aceluia care determina pe altul să se sinucidă sau îi întărea hotărârea de a se sinucide ori îi înlesnea în orice mod executarea, dacă sinuciderea a avut loc.

Codul penal Carol al II-lea adoptat în 1936 prevedea la art. 468 alin. (1), că *acela care ucide un om în urma rugăminții stăruitoare și repetate a acestuia, comite crima de omor la rugămintă și se pedepsește cu temniță grea de la 3 la 8 ani*; potrivit alin. (3) al aceluiași articol, *pedepsa este închisoarea corecțională de la 1 la 5 ani, atunci când faptul a fost săvârșit în condițiile alineatelor precedente, sub impulsul unui sentiment de milă, pentru a curma chinurile fizice ale unei persoane, care suferea de o boală incurabilă a cărei moarte era inevitabilă din această cauză*. Prin urmare, în viziunea legiuitorului de la 1936, eutanasië și asistarea suicidului erau prevăzute ca variante atenuate de omor, pedeapsa fiind mult redusă față de limita maximă de 25 de ani de muncă silnică pe care art. 463 o prevedea pentru fapta tipică de omor.

Codul penal de la 1968 nu a mai prevăzut fapta atenuată de ucidere la cererea victimei, incriminând la art. 174-176 faptele de omor simplu, calificat și deosebit de grav și fapta de determinare sau înlesnire a sinuciderii, la art. 179.

Eutanasië și sinuciderea asistată medical sunt legalizate în mai multe state: Elveția, Italia, Luxemburg, Albania, Uruguay, Japonia, Belgia, Olanda și Australia. În două state

⁸ J. Breck, *Darul sacru al vieții*, Ed. Patmos, Cluj, 2001, p. 257.

americane, Oregon și Washington, legea nu permite eutanasia (injecția letală administrată de un doctor), dar, în baza ei, unii pacienți pot cere medicamente de la doctor pentru a-și lua viața⁹.

2.2. Aspecte filosofice și morale privind eutanasia

Viața umană are o valoare intrinsecă. Tradiția iudeo-creștină susține că omul a fost creat după chipul lui Dumnezeu și ca urmare, viața umană are demnitate, sfințenie și este inviolabilă.

Declarația de la Geneva, adoptată în 1948 de Asociația Medicală Mondială, afirmă: „Voi acorda cel mai mare respect vieții umane încă de la începuturile ei”. Același principiu a fost implementat și în Convenția Europeană a Drepturilor Omului: „Dreptul fiecărui om la viață va fi protejat prin lege. Niciun om nu ar trebui lipsit de viață intenționat”.

Principiul inviolabilității vieții interziceuciderea intenționată, dar nu specifică faptul că viața trebuie menținută cu orice preț, de exemplu până la capăt în cazul tratamentelor invazive sau agresive, cum ar fi ventilația asistată împotriva dorinței pacientului conștient sau în cazul în care tratamentele ar fi zadarnice, de exemplu chimioterapia agresivă pentru cancerul avansat.

În jurisprudența curților cu jurați s-a observat că aceștia au manifestat o mare indulgență față de cei care au comis un omor din milă, la cererea victimei. Însă s-a arătat că nepedepsirea faptelor de ucidere, chiar din milă, pentru a se curma suferințele fizice ale victimei și deci legalizarea eutanasierei, ar exercita o presiune inadmisibilă asupra unor categorii de bolnavi și suferinzi care au încă dorința de a trăi și care, astfel, ar fi culpabilizați, reproșându-li-se că au devenit ființe inutile ce trăiesc pe seama colectivității. Chiar dacă discutăm de o boală incurabilă cu evoluție fatală, cauzatoare de suferințe atroce și există cererea expresă, repetată a bolnavului care imploră moartea ca o eliberare, omorul din milă nu constituie un fapt justificativ în niciuna dintre legislațiile țărilor civilizate.

Curentul adepților eutanasierei arată că moartea este preferabilă bolii însoțite de dureri insuportabile. La acest mod de a aborda problema au aderat chiar laureați ai premiului Nobel (G. Thomson, L. Pauling, J. Monod). Atunci când nu e nicio speranță de a acționa eficace pentru a vindeca, singura datorie e aceea de a ușura suferința și teama, iar orice înverșunare terapeutică devine o caricatură a îndatoririlor medicale¹⁰.

Comisia pentru probleme sociale și sanitare a Consiliului Europei a promovat dreptul bolnavului de a refuza încăpățânarea terapeutică. Hotărârea întreruperii sau continuării tratamentului aparține doar bolnavului. El e singurul cu drepturi depline de a decide acest lucru¹¹.

Deși eutanasia și sinuciderea asistată medical ar putea părea, la prima vedere, atrăgătoare, legalizarea acestora are efecte negative profunde, deja constatate în țările unde se practică:

⁹ R. Paul, *Eutanasia umană legalizată: binefacere sau crimă?* România Liberă, 17 aprilie 2012, <http://www.romanioliberal.ro/opinii/comentarii/eutanasia-umana-legalizata--binefacere-sau-crima-261060>.

¹⁰ Prefața la J.P. Soulier, *Enigma vieții*, Editura Medicală, București, 1991, p. 7.

¹¹ D. Perju-Dumbravă, S. Morar, I. Fulga, A. Avram, D. Todea, C. Siserman, *Eutanasia în dreptul penal românesc*, în Revista Română de Bioetică, vol. 6, nr. 2/2008.

1. Riscul de a scăpa de sub control fenomenul. Deși destinată pacienților cu boli în fază terminală, eutanasia ar fi mai devreme sau mai târziu folosită și pentru alte grupuri de pacienți cum ar fi persoanele în vârstă, pacienții cu handicap, pacienții cu probleme afective, cei cu infirmități și chiar copii sau nou-născuți cu infirmități. Astfel se va ajunge la o desconsiderare a vieții umane, în general a membrilor vulnerabili dintr-o societate (cazul Olandei).

2. Presiunea psihică asupra celor care din varii motive au devenit nefolositori (bolnavi, infirmi, bătrâni) sau o povară pentru societate sau familie. Ei se simt constrânși moral să accepte eutanasierea, care implică costuri mult mai reduse decât cele de tratare sau ameliorare a vieții.

3. Modificări profunde asupra percepției și atitudinii sociale față de boală, infirmitate, moarte, senectute și terapie. Odată ce eutanasia este legalizată, va deveni din ce în ce mai mult o „opțiune de tratament” printre celelalte tratamente medicale și chirurgicale obișnuite.

2.3. Tipuri de eutanasiere. Eutanasierea și suicidul asistat medical

Eutanasierea poate fi de două feluri: activă și pasivă. Eutanasierea activă reprezintă comiterea unor acte în vederea provocării morții (cum ar fi: scoaterea din funcțiune a unui aparat, administrarea unui medicament într-o doză letală, administrarea unei injecții letale etc.), în urma unei cereri repetate și a unei reflecții îndelungate a unui pacient.

Eutanasierea pasivă constă în neacordarea sau întreruperea unui tratament, știind că astfel urmează să se producă moartea pacientului în cauză, în special în cazul în care există posibilitatea menținerii în viață a unui pacient printr-un tratament agresiv și inutil – practică de altfel condamnată de etica medicală, cu atât mai mult cu cât persoana în cauză a refuzat acest tratament¹².

Eutanasierea se deosebește de sinuciderea asistată, în cazul acesteia din urmă medicul sau un alt membru al personalului medical îl ajută pe pacient să se sinucidă, la cererea repetată și bine analizată a acestuia (ex. pacientului i se prescrie o rețetă cu o substanță letală, i se indică cum să oprească singur aparatele de resuscitare sau i se oferă o mască și un tub cu un gaz ce provoacă moartea).

Deși distincția este evidentă, în practică cele două tipuri de ucidere tind să se confunde utilizându-se doar termenul de eutanasiere.

III. Legislația medicală și eutanasierea

3.1. Obligațiile medicului și obsesia terapeutică

Încăpățânarea terapeutică reprezintă în contextul social și juridic actual un subiect pe care doctrina de specialitate l-a calificat drept „crucial”¹³ și care permite o abordare

¹² D. Marty, *op. cit.*, p. 3.

¹³ E. D'Antuono, *Therapeutic Obstinacy. Notes for an Analysis of End-of-Life Bioethical Issues*, studiu în cadrul 9th World Conference – Bioethics, Medical Ethics and Health Law towards the 21st Century, Naples, 19-21

multiplă, atât din perspectiva etică și bioetică, cât și din perspectiva filosofică și juridică. Progresele înregistrate în domeniul tehnologiilor medicale și farmaceutice care asigură supraviețuirea din ultimii anii pun sub semnul întrebării problema dreptului la autodeterminare al pacienților care suferă de boli incurabile. Cazurile concrete multiple care se remarcă prin suferințe fizice și psihice prelungite și insuportabile au adus în lumină, așa cum am văzut, problema recunoașterii unui nou drept – dreptul la moarte.

Medicina este o știință orientată în beneficiul omului, fapt relevat încă de la Hipocrate, iar relația medic-pacient se desfășoară sub cenzura eticii medicale prefigurate de Hipocrate, care are în centrul său preocuparea pentru condiția umană. Încă de la începuturile sale medicina a fost conectată atât la dimensiunea teoretică, cât și la cea etică a filosofiei. Conturarea și dezvoltarea noii științe a bioeticii a pus într-o lumină nouă concepte precum nașterea și moartea, în cadrul cărora limitele istorice și naturale ale acestor fenomene devin tot mai complexe.

Preocuparea constantă pentru condiția pacientului în sensul prelungirii cu orice chip a vieții acestuia este denumită în literatura de specialitate *obstinație terapeutică* – engl. „obstinacy”, it. „accanimento”. În limba italiană termenul are la bază rădăcina *cane* (*câine*) și ilustrează ideea animalului care nu vrea să abandoneze prada¹⁴. În contextul medical, obstinația se referă la practicile medicale (terapii și intervenții tehnico-medice de orice tip) care au ca scop asigurarea supraviețuirii umane, chiar și cazurile critice în care nu există vreun prognostic de îmbunătățire a stării pacientului, decesul fiind inevitabil.

Obligația morală și juridică de tratare a pacienților interzice medicului să curme viața unui pacient aflat în stadiul terminal al bolii, indiferent de costurile pe care tehnicile aplicate în scopul prelungirii vieții pacientului le implică. S-a arătat, cu prilejul unei dezbateri religioase pe marginea acestui subiect că problemele referitoare la începutul și sfârșitul vieții aparțin unei zone „gri” unde binele real nu se relevă în mod aparent și imediat, sugerându-se ca discuțiile să fie calme și să se evite judecăți rapide și superficiale și diviziuni inutile¹⁵.

Datoria medicinei de a lupta cu moartea – prefigurată de Hipocrate – a devenit pe nesimțite încăpățânarea de a ține în viață pacientul care, din cauza bolii, nu mai are șanse la viață. În sec. XXI, pe fondul dezvoltării fără precedent și în mod accelerat a tehnologiilor medicale și farmaceutice, obstinația s-a transformat în obsesie terapeutică, alimentată de frica medicului de consecințele economice și juridice pe care le-ar suferi în cazul în care nu ar respecta prevederile legislației medicale care îl obligă să trateze și să țină în viață cu orice chip pacientul. Consecințele economice constau în sumele pe care medicul ar trebui să le plătească cu titlu de despăgubiri familiei pacientului, fapt care a fost rezolvat doar parțial pe calea obligativității încheierii asigurării de malpraxis, iar consecințele juridice sunt multiple, începând cu pierderea dreptului de liberă practică și

November 2013, în volumul *Bioethical issues by the Interuniversity Center for Bioethics Research (CIRB)*, p. 12.

¹⁴ E. D'Antuono, *op. cit.*, p. 13.

¹⁵ Cardinal C.M. Martini, *Dialogo sulla vita*, L'Espresso, 2006, 16, disponibil online la: <http://speciali.espresso.repubblica.it/interattivi/martini/index.html>.

terminând cu inculparea pentru omucidere. Personalul medical fiind expus atâtor riscuri, este evident că obsesia terapeutică de care am vorbit este departe de a fi "trată", tinzând să se agraveze.

În acest context pe lângă teama de repercusiuni juridice care alimentează obsesia terapeutică, se adaugă și sentimentul de „vină” de a nu fi intervenit sau de a nu fi efectuat o anumită procedură medicală, sentiment care relevă aspectul profund moral al acestei dezbateri. Trebuie astfel clarificată datoria morală a medicului de a prezerva viața și sănătatea unei persoane prin mijloace medicale în raport de legitimarea morală a refuzului pacientului de a accepta o procedură medicală, cum ar fi, spre exemplu, amputarea unui membru. Literatura de specialitate bioetică a acordat atenție deosebită multiplelor cazuri în care, în ciuda riscului unui deces iminent, pacienții au refuzat amputarea unui membru. Nimeni nu ar putea fi obligat să suporte o procedură care ar cauza astfel de suferințe și o durere insuportabilă echivalentă cu tortura, iar refuzul unor asemenea suferințe abominabile cu greu ar putea fi calificat drept act suicidal.

Un alt aspect medical care punctează dilema etică privind recunoașterea dreptului de a refuza anumite proceduri medicale îl constituie utilizarea tehnicilor de resuscitare. Literatura de specialitate a făcut o distincție între mijloace proporționale și mijloacele disproporționate care se utilizează pentru ținerea în viață cu orice preț a unui pacient aflat în moarte clinică. Papa Pius al XII-lea, în anul 1957, în discursul său *Speech to anaesthetists and resuscitators* a adus în lumină istoricitatea dilemei și a punctat necesitatea de a se evita acele mijloace care implică opresiunea prin impunerea unor obligații atât de „împovărătoare” care fac ca realizarea scopului binelui suprem să fie dificilă¹⁶.

Dacă în trecut se afirma că nimeni nu poate fi obligat să uzeze de mijloace *extraordinare* în realizarea scopului salvării sau prelungirii vieții unei persoane, în prezent acest termen a devenit unul imprecis, toate tehnicile medicale actuale putând fi încadrate în această categorie. De aceea se încearcă utilizarea a doi termeni opuși – proporțional/disproporționat – pentru a se face o demarcație precisă între neîndeplinirea obligației de a prelungi viața pacientului și ucidere. În doctrină s-a arătat că, pentru ca un mijloc terapeutic sau de resuscitare să fie considerat proporțional cu scopul urmărit, el trebuie să îndeplinească o serie de criterii: gradul de complexitate al tratamentului, riscurile acestuia, costurile pe care le implică, posibilitatea efectivă a utilizării sale, în comparație cu rezultatul care se așteaptă și luându-se în considerare starea pacientului și resursele sale fizice și morale¹⁷.

Practic, doar utilizarea mijloacelor terapeutice și de resuscitare disproporționate alimentează *obsesia terapeutică*, fapt recunoscut și semnalat în repetate rânduri și de Biserica Catolică. Papa Ioan Paul al II-lea a afirmat că, în cazurile de moarte iminentă certă și inevitabilă, o persoană poate refuza forme de tratament care îi vor asigura doar

¹⁶ Citat de E. D'Antuono, *op. cit.*, p. 17.

¹⁷ Sacred Congregation for the Doctrine of Faith, Declaration on Euthanasia (May 5, 1980), Roma, disponibilă online la: http://vatican.va/romancuria/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html.

prelungirea unei vieți precare și împovărătoare, atâta timp cât îngrijirea medicală normală a persoanei bolnave în cazuri similare nu este întreruptă¹⁸. Procedurile medicale care nu mai corespund situației reale a pacientului, fie pentru că sunt disproportionale în raport de rezultatul așteptat, fie că sunt prea împovărătoare pentru pacient și familia sa, ar trebui între rupte. Tratamentul medical nu trebuie să fie agresiv, și în toate cazurile trebuie adaptat și apreciat *in concreto*.

Biserica Catolică califică hrănirea și hidratarea artificială a unei persoane ca fiind mijloace obișnuite și proporționale în opoziție cu o parte a opiniei publice care susține că aceste moduri de prelungire a vieții unei persoane sunt de fapt pure prerogative medicale și, deci ar trebui să intre în categoria celor care alimentează *obsesia terapeutică*.

În anul 2005 Comitetul Național de Bioetică din Italia a îmbrățișat același punct de vedere cu cel al Bisericii Catolice, afirmând că decizia de a nu începe sau de a nu continua hrănirea și hidratarea artificială nu este supusă principiilor care reglementează activitatea medicală. Aceste forme de prelungire a vieții pacientului sunt forme de bază și proporționale de asistență, care au următoarele caracteristici: sunt ieftine, garantează obținerea rezultatului, sunt accesibile, nu implică utilizarea unui echipament sofisticat, sunt bine tolerate de către pacient. Întreruperea hrănirii/hidratării artificiale reprezintă o formă de abandonare a pacientului, care poate genera eutanasia¹⁹.

Codul Deontologic Medical Italian din 2006 nu utilizează criteriul proporționalității în descrierea obligațiilor medicului, preferându-l pe cel al rezonabilității. „doctorii trebuie să evite obstința în cazul acelor tratamente unde beneficiile pentru sănătatea pacientului sau îmbunătățirea calității vieții lor nu reprezintă așteptări rezonabile” (art. 16)²⁰. Noul Cod deontologic medical italian din 2013 introduce, alături de criteriul rezonabilității tratamentului un criteriu suplimentar, acela al eficacității acestuia (art. 16)²¹.

Codul de Deontologie Medicală Român²² nu cuprinde astfel de prevederi detaliate referitoare la limitele obligației medicului de a trata sau a prelungi cu orice chip viața pacientului, referindu-se explicit la interzicerea eutanasiilor și eugeniei (art. 22 lit. a) și la importanța consimțământului pacientului în ceea ce privește efectuarea anumitor proceduri sau tratamente medicale. Astfel, potrivit art. 11 din acest act, nu se poate efectua de către medic nicio intervenție în domeniul sănătății decât după ce persoana vizată și-a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză. Consimțământul se poate retrage în orice moment de persoana vizată. Dispozițiile privind retragerea consimțământului sunt valabile și în ceea ce privește consimțământul exprimat, în condițiile legii, de altă persoană sau instituție decât persoana respectivă.

¹⁸ Papa Ioan Paul al II-lea, *Encyclical Letter Evangelium Vitae (March 25, 1995)*, Roma, disponibilă online la: http://vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_en.html.

¹⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica, *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetative persistente*, septembrie 2005, Roma, <http://www.governo.it/bioetica/testi/PEG.pdf>.

²⁰ Codice di deontologia medica, Roma, 2006, disponibil online la <http://www.fimmgroma.org/images/stories/documenti/deontologico2.pdf>, prezentare comparativă cu CDMI 2013.

²¹ Codice di deontologia medica, Roma, 2013, disponibil online la: <http://www.fimmgroma.org/images/stories/documenti/deontologico2.pdf>, prezentare comparativă cu CDMI 2006.

²² Publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 298 din 7 mai 2012.

Potrivit Legii privind drepturile pacientului nr. 46/2003²³, pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului (art. 13 din lege). Atunci când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență, potrivit art. 14, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia. În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență, consimțământul reprezentantului legal nu mai este necesar (art. 15 din lege).

În raport de clasificarea mijloacelor de acțiune medicală asupra corpului pacientului în proporționale și disproporționale, legislația română nu cuprinde prevederi de natură a clarifica limitele intervenției medicilor în cazurile în care moartea pacientului este inevitabilă sau dacă urgența ar putea justifica încălcarea refuzului pacientului de a primi ajutor medical sau de a i se efectua anumite proceduri de natură să îi prelungească viața. În acest context legislativ extrem de neclar, omisiunea medicului de a efectua o procedură medicală, care are ca efect moartea pacientului, indiferent de starea de sănătate a acestuia și indiferent de șansele sale de supraviețuire ori de calitatea vieții după intervenție, poate atrage răspunderea penală a medicului pentru omor.

Revenind la criteriile conturate în literatura de specialitate străină, observăm că, obsesia terapeutică mai implică, în afară de necesitatea calificării mijloacelor de intervenție terapeutică, și stabilirea unor criterii distincte care să stea la baza efectuării evaluării, criterii atât de natură obiectivă, cât și subiectivă.

Evaluarea obiectivă a proporționalității mijloacelor de intervenție se realizează prin raportare la ansamblul obligațiilor de intervenție medicală pe de o parte, iar pe de altă parte prin raportare la ansamblul cazurilor de un anumit tip (ex. toți bolnavii de cancer în fază terminală). Evaluarea subiectivă a proporționalității mijloacelor de intervenție presupune o apreciere *in concreto*, de la caz la caz a necesității intervenției, a toleranței la durere, a percepției personale a pacientului asupra calității vieții sale după momentul intervenției.

Însă, atunci când decide oportunitatea resuscitării, a hrănirii artificiale sau a altor proceduri ce au ca scop prelungirea cu orice chip a vieții pacientului, medicul se confruntă cu o dilemă etică ce ar putea fi redusă la următoarea aserțiune: trebuie să decidă dacă o viață merită sau nu a fi trăită.

Răspunsul la această întrebare, în afară de reticența publică pe care o naște (a se vedea ororile nazismului), aduce în lumină chestiunea demnității omului, a autonomiei și a autodeterminării sale, a dreptului său la viață privată și a respectului pentru integritatea sa fizică sau psihică.

3.2. Drepturile pacientului în raport cu dreptul la autodeterminare

Problema autonomiei pacientului este una extrem de complexă în ceea ce privește pacienții în stadiu terminal.

²³ Publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 51 din 29 ianuarie 2003.

Dacă dreptul la viață este cel mai important drept al persoanei, constituind premisa exercitării celorlalte drepturi fundamentale, se pune problema extinderii înțelesului acestuia prin recunoașterea dreptului de a muri. *Declarația Universală a Drepturilor Omului, Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice, Convenția Europeană a Drepturilor Omului și Libertăților Fundamentale, Convenția Americană a Drepturilor Omului, Carta Africană a Drepturilor Omului și Popoarelor*, sunt doar câteva dintre documentele internaționale care recunosc statutul de drept suprem dreptului la viață²⁴.

Normele interne consacră în egală măsură dreptul la viață și obligativitatea respectării absolute a acestuia cu valoare de principiu constituțional. Prevederilor art. 22 din Constituția României li se adaugă prevederile de incriminare ale Codului Penal (care sancționează penal orice faptă prin care se aduce atingere vieții persoanei – art. 188-192, art. 195, art. 199-200, protecția vieții fiind extinsă și pentru fătul nenăscut).

Există un astfel de drept la moarte? Argumentul cel mai uzitat pentru justificarea existenței dreptului de a muri este reprezentat de dreptul la autodeterminare al fiecărei persoane (autonomia individuală), care constituie un principiu fundamental al bioeticii actuale²⁵.

S-a mai afirmat în literatura de specialitate că pacientul, prin intermediul consimțământului informat, devine colaborator și decident în cadrul actului terapeutic, depășindu-se astfel perioada paternalistă în care medicul era decidentul absolut al tratamentului medical²⁶. Este deci firesc ca dreptul său de a cere și a primi moartea, atunci când medicina este neputincioasă, iar calitatea vieții devine critică, să îi fie respectat²⁷. Condiția esențială pentru exercitarea acestui drept este capacitatea decizională nealterată.

Recunoașterea dreptului de a muri se fundamentează pe necesitatea respectării dreptului la demnitate al omului. Suferința profundă provocată de bolile incurabile sau de stările de invaliditate, ar putea constitui un argument serios pentru alegerea terminării vieții, optând pentru o moarte demnă²⁸.

Sinuciderea asistată de medic și eutanasia voluntară activă în confruntarea cu suferința sau lipsa de demnitate oferă o autodeterminare și un control, oricât de firave ar fi acestea. Ele fac parte integrantă din ethosul demnității personale ca stăpânire de sine, ce stă la baza ethosului cosmopolit liberal²⁹. Dacă o societate valorizează alegerea individuală și autodeterminarea în ceea ce privește modurile de viață, atunci acea

²⁴ G. Scripcaru, A. Ciucă, V. Astărăstoae, C. Scripcaru, *Bioetica, științele vieții și drepturile omului*, Ed. Polirom, Iași, 1998, p. 78.

²⁵ I. Zanc, I. Lupu, *Bioetica medicală. Principii, dileme, soluții*, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2004, p. 145.

²⁶ S. Morar, *Eutanasia: între dreptul la viață și dreptul de a muri demn*, în *Revista Română de Bioetică*, vol. 3, nr. 4/2005, p. 112.

²⁷ *Idem*.

²⁸ S.C. Oană, *Aspecte etice legate de perioada de sfârșit a vieții și deces*, în *Revista Română de Bioetică*, vol. 2, nr. 2/2004, p. 97-105.

²⁹ H.T. Engelhardt, *Fundamentele bioeticii creștine. O perspectivă ortodoxă*, Ed. Deisis, Sibiu, 2005, p. 405-406.

societate va trebui să valorizeze și alegerea individuală și autodeterminarea în ceea ce privește moartea. Viața și moartea, în afara controlului personal, sunt resimțite ca înjositoare, alienante și lipsite de demnitate³⁰.

IV. Incriminarea eutanasiei în Noul Codul penal

4.1. Uciderea la cererea victimei

Noul Cod penal – Legea nr. 287/2009 prevede infracțiunea de *ucidere la cererea victimei*, ca o formă atenuată a omorului, reînscriind astfel reglementarea nu doar pe linia tradiției existente în dreptul nostru (art. 468 C. pen. din 1936), ci și în tradiția majorității codurilor europene [§ 216 C. pen. ger., § 77 C. pen. aus., art. 143 alin. (4) C. pen. span., art. 134 C. pen. por., art. 114 C. pen. elv., § 235 C. pen. nor.]. În expunerea de motive privind adoptarea noului Cod penal, se arată că reintroducerea acestui text se impunea însă, înainte de toate, ca urmare a noului regim al circumstanțelor atenuante consacrat de partea generală³¹. Dacă în reglementarea Codului penal de la 1968, împrejurarea avută în vedere în art. 190 putea fi valorificată ca o circumstanță atenuantă judiciară, ducând astfel la aplicarea unei pedepse sub minimul special, în noua reglementare, chiar reținând o atenuantă judiciară, pedeapsa aplicată nu se va mai situa obligatoriu sub acest minim. De aceea, pentru a permite aplicarea unei pedepse care să corespundă gradului de pericol social al acestei fapte, era necesară o reglementare legală distinctă. În ceea ce privește denumirea acestei infracțiuni, s-a optat pentru *ucidere la cererea victimei* și nu cea de omor la cererea victimei. Credem că această denumire este corectă întrucât ilustrează prezența mobilului altruist în psihicul autorului, suprimarea vieții persoanei realizându-se din milă și compasiune, pentru a evita prelungirea inutilă a suferințelor psihice și fizice cauzate de o boală incurabilă sau de o infirmitate fizică sau psihică gravă, atestate medical.

Potrivit art. 190 C. pen., infracțiunea de ucidere la cererea victimei constă în *uciderea săvârșită la cererea explicită, serioasă, conștientă și repetată a victimei care suferea de o boală incurabilă sau de o infirmitate gravă atestată medical, cauzatoare de suferințe permanente și greu de suportat*, și se pedepsește cu închisoarea de la unu la 5 ani.

Această infracțiune are un subiect pasiv special, o persoană fizică suferindă de o boală incurabilă, infirmitate gravă, cauzatoare de suferințe permanente și greu de suportat. Atât boala, cât și infirmitatea trebuie atestate medical.

Pentru existența infracțiunii se cer a fi îndeplinite o serie de cerințe esențiale legate de conduita și starea victimei.

a) Condiții cu privire la cererea victimei:

- trebuie să își manifeste în mod expres voința de a i se suprima viața (cerere explicită);

³⁰ H.T. Engelhardt, *Fundamentele bioeticii creștine. O perspectivă ortodoxă*, Ed. Deisis, Sibiu, 2005, p. 405-406.

³¹ Expunere de motive privind proiectul noul Cod penal, www.just.ro.

- cererea trebuie să fie serioasă;
- cererea trebuie să fie conștientă, victima realizând natura solicitării, semnificația și consecințele acesteia;
- cererea trebuie să fie repetată, se reiterează la diferite intervale de timp, reflectând stăruința victimei în hotărârea luată.

b) Condiții cu privire la starea victimei:

- victima să sufere de o boală sau infirmitate atestate medical;
- boala să fie incurabilă iar infirmitatea ireversibilă, fiind imposibilă ameliorarea stării victimei prin vreun mijloc medical;
- boala/infirmitatea să cauzeze suferințe fizice sau psihice permanente și greu de suportat.

Aprecierea gravității suferințelor victimei se face potrivit unui criteriu subiectiv, al tolerabilității individuale a victimei în situația concretă, iar nu potrivit unui criteriu obiectiv prin raportare la media statistică a toleranței la durere.

Dacă fapta concretă nu este tipică în sensul îndeplinirii tuturor condițiilor prevăzute în norma de incriminare, ea va fi calificată ca omor (art. 188 C. pen.) sau omor calificat (art. 189 C. pen.).

Deși eutanasia poate fi și pasivă, iar sub aspectul elementului material, activitatea de ucidere poate fi comisă și prin inacțiune, medicul care, nu mai administrează un medicament care are ca efect prelungirea vieții unui pacient sau nu mai efectuează o procedură de resuscitare, va răspunde penal pentru săvârșirea infracțiunii de ucidere la cererea victimei dacă sunt îndeplinite și celelalte condiții referitoare la conduita și starea subiectului pasiv. Dacă nu a fost formulată anterior o astfel de cerere repetată, sau deși a existat o astfel de cerere persoana nu suferea de o boală incurabilă sau o infirmitate sau nu s-a putut stabili imposibilitatea de tolerare personală a suferințelor de către victimă, atunci medicul va răspunde pentru omor simplu sau calificat.

În situația în care acțiunea medicului nu este una directă, la cererea repetată a bolnavului incurabil suferind furnizându-i informații referitoare la modul în care acesta poate comite un act suicidal (ex. îi arată cum se oprește un aparat medical sau îi explică efectele unei substanțe și cum poate să o procure), iar bolnavul încearcă sau reușește să comită actul suicidal medicul va răspunde ca autor al infracțiunii de determinare sau înlesnire a sinuciderii (art. 191 C. pen.).

În situația în care bolnavul își retrace consimțământul pentru efectuarea unei proceduri medicale sau pentru administrarea unui anumit tratament, medicul nu poate continua terapia de principiu, cu excepția a două situații:

a) când pacientul nu își mai poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență (art. 14 din Legea nr. 46/2003), personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia; dar dacă pacientul a exprimat mai multe opinii anterior, oscilante, sau și-a dat acordul pentru o anumită terapie? Într-o asemenea situație, de teama sancțiunii penale, medicul ar putea interpreta extensiv voința pacientului ilustrând obsesia terapeutică amintită pe parcursul prezentului studiu.

b) în cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență, consimțământul nu mai este necesar (art. 15 din lege), medicul putând trece peste voința

pacientului, chiar în cazul unor cereri repetate anterioare de întrerupere a terapierilor medicale. Și într-o asemenea situație considerăm că se conservă acea viziune paternalistă asupra relației medic-pacient. Practic, teama de sancțiunea penală alimentează obsesia terapeutică, la care și-a dat concursul și legiuitorul prin reglementarea unor astfel de situații.

4.2. Consimțământul victimei – cauză justificativă inefficientă

Potrivit art. 22 C. pen., consimțământul persoanei vătămate este o cauză justificativă, având ca efect înlăturarea antijuridicității faptei, adică a contrarietății acesteia cu ordinea de drept. *Este justificată fapta prevăzută de legea penală săvârșită cu consimțământul persoanei vătămate, dacă aceasta putea să dispună în mod legal de valoarea socială lezată sau pusă în pericol. Consimțământul persoanei vătămate nu produce efecte în cazul infracțiunilor contra vieții, precum și atunci când legea exclude efectul justificativ al acestuia.*

Consimțământul persoanei vătămate a fost prevăzut ca o cauză justificativă, după modelul altor legislații (art. 50 C. pen. it., art. 38 C. pen. por. etc.). Consimțământul nu va opera însă ca o cauză justificativă în cazul acelor valori sociale de care persoana nu poate dispune, fie pentru că nu îi aparțin (spre exemplu, consimțământul unui soț dat pentru ca celălalt să încheie o nouă căsătorie nu este valabil, pentru că valoarea lezată nu îi aparține), fie pentru că ar duce la o pierdere totală și ireversibilă a valorii sociale (spre exemplu, consimțământul dat de victimă ca autorul să îi amputeze un picior, fără a exista o necesitate medicală în acest sens). De asemenea, consimțământul nu va produce efecte în cazul infracțiunilor contra vieții, legea excluzându-i expres valoarea justificativă.

Însă, în ceea ce privește conținutul infracțiunii de ucidere la cererea victimei, observăm că acest consimțământ al victimei, exprimat în mod repetat, reprezintă o condiție pozitivă în conținutul normei de incriminare, de existența sa depinzând practic incriminarea faptei. Prezența consimțământului victimei cu toate caracteristicile cererii sale de suprimare a propriei vieți (explicită, serioasă, repetată, conștientă) determină tipicitatea faptei concrete. Lipsa acestui element – consimțământul – determinând o altă calificare juridică a faptei – omor sau omor calificat.

V. Eutanasia în jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului

Curtea de la Strassbourg s-a dovedit extrem de precaută în abordarea unei chestiuni atât de sensibile cum este cea a eutanasiei sau a suicidului asistat. Motivul principal al precauției în interpretare al Curții îl constituie lipsa unei legislații uniforme în țările membre UE în ceea ce privește incriminarea sau dezincriminarea eutanasiei.

În cauza *Pretty c. Regatului Unit*, Curtea a statuat că dreptul la viață garantat de art. 2 al Convenției nu ar putea fi interpretat ca implicând și un aspect negativ, în sensul că ar conferi și un drept diametral opus, acela de a muri. Reclamanta, paralizată, se afla într-un stadiu avansat al unei boli neurodegenerative incurabile. Aceasta susținea că interdicția generală privind sinuciderea asistată prevăzută de dreptul englez constituia o încălcare a

dreptului său la viață. Curtea a precizat că nu este „convinsă că art. 2 ar putea, fără o denaturare a limbii, să fie interpretat ca acordând un drept diametral opus, și anume dreptul de a muri, și că nu e posibil să se deducă din art. 2 din Convenție dreptul de a muri, fie de mâna unei alte persoane, fie cu asistență din partea unei autorități publice. Întrucât reclamanta nu putea să comită ea însăși actul suicidal, l-a convins pe soțul său să o ajute să își pună capăt zilelor. Însă, făcând acest lucru, soțul reclamantei s-ar fi expus riscului unei acușări penale. Curtea a mai arătat că art. 3 al convenției nu dă naștere unei obligații pozitive pentru aceasta să ceară statului pârât să îi dea asigurări reclamantei că soțul său nu va fi urmărit penal sau să îi pună la dispoziție o soluție legislativă care să îl absolve de răspunderea penală³².

Într-o altă cauză *Haas c. Elveției*, reclamantul, suferind de o gravă tulburare bipolară de aproape douăzeci de ani, a comis două tentative de sinucidere și a fost internat în mai multe rânduri într-o clinică psihiatrică. El a devenit membru al unei asociații care, pentru a le asigura membrilor săi o viață și o moarte ce respectă demnitatea umană, propune asistarea suicidului. Considerând că nu mai poate trăi în demnitate din cauza maladiei greu de tratat, reclamantul a cerut acest ajutor asociației. Pentru a obține substanța necesară, *natrium pentobarbital*, pentru care era necesară o rețetă medicală, el s-a adresat în zadar mai multor medici. A solicitat apoi din partea diferitelor autorități autorizația de a primi de la farmacie aceasta substanță fără rețetă, de asemenea fără succes, împotriva acestor refuzuri, el a promovat recurs la Tribunalul Federal, susținând că obligația de a prezenta o rețetă medicală pentru a obține substanța necesară sinuciderii și imposibilitatea de a procura o astfel de rețetă, datorită amenințării autorităților împotriva medicilor de a le retrage autorizația de practică în cazul în care prescriau această substanță bolnavilor psihici, constituiau o ingerință disproporționată în dreptul reclamantului la respectarea vieții private.

Tribunalul federal i-a respins recursurile, cunoscut fiind că, în conformitate cu legea, *natrium pentobarbital* nu putea fi obținut decât pe bază de rețetă medicală și că reclamantul nu obținuse o astfel de prescriere. De altfel, în speță nu era vorba despre un caz excepțional, precum cel prevăzut de lege, în care un medicament putea fi eliberat pe bază de rețetă. Mai mult, tribunalul a răspuns negativ obiectului controversei care consta în a ști dacă, în temeiul art. 8 din Convenție, statul trebuia să îi asigure reclamantului posibilitatea de a muri fără durere și fără risc și prin urmare de a obține *natrium pentobarbital* fără rețetă medicală, prin derogare de la legislație, în sfârșit, problema prescrierii și a eliberării de *natrium pentobarbital* era cu precădere delicată, fiind vorba despre un bolnav psihic.

Prin urmare, reclamantul a adresat o scrisoare către 170 de medici, prin care îi întreba pe fiecare dintre aceștia dacă ar accepta să îl primească pentru a-l supune unei expertize psihiatrice, în vederea unei eventuale rețete medicale pentru *natrium pentobarbital*. Niciun medic nu a răspuns pozitiv cererii sale.

³² Cauza *Pretty c. Regatului Unit*, nr. 2346/02, judecata din 29 aprilie 2002, în European Court of Human Rights – Reserch Report – *Bioethics and the case-law of the Court*, Council of Europe/European Court of Human Rights, 2012, www.echr.coe.int.

Reclamantul a invocat încălcarea art. 8 arătând că dreptul să de a-și termina viața într-o manieră sigura și demnă fusese violat în Elveția prin faptul că nicio autoritate juridică sau medicală nu își dăduse acordul pentru el să obțină substanța necesară a fi folosită pentru comiterea suicidului. Curtea a observat că statele membre ale Consiliului European erau departe de a ajunge la un consens cu privire la dreptul individului de a alege când și cum își încheie viața. A mai apreciat de asemenea că riscul unui abuz inerent într-un sistem care ar facilita suicidul asistat nu poate fi subestimat, concluzionând în favoarea Guvernului Elvețian care arătase că restricția privind obținerea substanței *natrium pentobarbital* avea ca scop să protejeze sănătatea și siguranța publică și să prevină crima. De aceea, în această speță, Curtea a constatat că nu a avut loc nicio încălcare a art. 8 din Convenție³³.

În *cauza Koch c. Germaniei*, reclamantul, cetățean german, s-a adresat Curții, reclamând faptul că soția sa, suferindă de paralizie aproape completă și care, din această cauză avea nevoie de ventilare artificială și de îngrijire constantă, a decis să își pună capăt vieții, prin sinucidere. În luna noiembrie a anului 2004, ea a solicitat Institutului Federal German pentru medicamente și dispozitive medicale, o autorizație pentru a obține o doză letală de *natrium pentobarbital*, care să îi permită să se sinucidă la propriul domiciliu. Institutul a refuzat să îi acorde această autorizație, constatând că dorința ei de a se sinucide contravine unei legi germane, ce privește asigurarea stării de sănătate a populației. Reclamantul și soția sa au declarat apel împotriva deciziei mai sus amintite. Însă, la 12 februarie 2005, sinuciderea soției s-a produs în Elveția, aceasta fiind asistată de organizația Dignitas. La 3 martie 2005, Institutul a confirmat decizia sa și, în aprilie, reclamantul a introdus o acțiune judecătorească, pentru a obține constatarea faptului că deciziile Institutului au fost nelegale.

Acțiunea a fost declarată inadmisibilă de către instanța germană de contencios administrativ, care a constatat că reclamantul nu putea pretinde că este victimă a unei încălcări a drepturilor sale. În iunie 2007, Curtea Administrativă de Apel din North-Rhine Westphalia, a respins recursul formulat. De asemenea, în noiembrie 2008, Curtea Constituțională Federală a declarat inadmisibilă plângerea, deoarece reclamantul nu putea să obțină vreun drept de natură morală pentru o persoană decedată, chiar dacă este succesor al acesteia.

În fața Curții de la Strassbourg reclamantul a arătat că refuzul de a i se acorda autorizația pentru soția sa a încălcat drepturile sale, prevăzute de art. 8 din Convenție (dreptul la respectarea vieții private și de familie), în special dreptul la o moarte demnă și că a fost, din această cauză, nevoit să călătorească în Elveția pentru a permite soției sale să se sinucidă. Reclamantul s-a mai plâns de faptul că instanțele germane au încălcat drepturile sale, prevăzute de art. 13 (dreptul la un recurs efectiv), prin faptul că nu i s-a permis să conteste refuzul Institutului de a acorda soției lui autorizarea solicitată.

Curtea a luat act de opoziția guvernului german la cererea reclamantului, însă, cu toate acestea, a considerat că problema statutului de victimă a domnului Koch trebuie examinată împreună cu plângerea sa, în temeiul art. 13, cu privire la lipsa unui recurs

³³ Cauza *Hass c. Elveției*, nr. 31322/07, judecata din 20 ianuarie 2011, în European Court of Human Rights – Reserch Report – *Bioethics and the case-law of the Court*, Council of Europe/European Court of Human Rights, 2012, www.echr.coe.int.

efectiv. Reclamația domnului Koch în temeiul art. 8 ridică probleme serioase de fapt și de drept în temeiul Convenției și nu a fost în mod vădit nefondată. Prin urmare, Curtea a declarat cererea ca fiind admisibilă, urmând să analizeze în special, dacă instanțele germane au încălcat dreptul domnului Koch la o cale de atac eficace, atunci când i s-a refuzat dreptul de a contesta refuzul Institutului Federal, de a acorda soției sale autorizația solicitată, dar și eventuala încălcare a dreptului la viață privată și a dreptului la o moarte demnă ce intră în componența sa³⁴.

VI. Concluzii

Unul dintre dezideratele din domeniul dreptului este ca sistemul juridic să corespundă permanent nevoilor sociale și să fie în acord cu dinamica relațiilor sociale. Sistemul juridic nu mai trebuie să fie defazat față de realitate, de practică. Ca urmare, acest tip de relații sociale care implică eutanasia trebuie să fie reglementat în mod corespunzător. Adversarii acestei măsuri susțin că niciun cadru legal propus nu va putea înlătura abuzurile, dar care lege poate elimina total abuzurile într-un anumit domeniu³⁵?

Eutanasia va fi un subiect actual atâta timp cât vor predomina acei factori care au adus-o în actualitate, atâta timp cât viața va da o luptă cu moartea și durerea. Însă, până va mai înceta să mai fie de actualitate, va zdruncina sistemele religioase, practicile morale, gândirea filozofic, într-un cuvânt morala și conștiința umană³⁶.

În ciuda existenței unor state care permit eutanasia, și care au o experiență revelatoare referitoare la atitudinea în fața morții, pe fondul influențelor religioase, opinia publică este scindată în grupul oponentilor și cel al susținătorilor.

Însă, legislația medicală prevede drepturile pacientului, precum și obligațiile personalului sanitar, tinzând, printr-o interpretare prea rigidă a principiilor lui Hipocrate să creeze o adevărată obsesie terapeutică alimentată de teama de sancțiunile penale și de repercusiunile de ordin economic și profesional.

Suntem de părere că, în raport de alte legislații ale statelor europene, legislația medicală română este departe de a satisface dezideratul rigurozității reglementării unor situații limită de genul celor referitoare la bolnavii în stare terminală, la hrănirea și hidratarea artificială, la situațiile de întrerupere a procedurilor de resuscitare sau de efectuarea a anumitor terapii care asigură supraviețuirea. În acest context, medicul este determinat și obligat să aplice un tratament sau o procedură medicală, în caz contrar putând răspunde penal. Obsesia terapeutică tinde să se cronicizeze în absența unor intervenții legislative care să țină cont de voința și dreptul la autodeterminare al pacientului.

³⁴ Cauza *Koch c. Germaniei*, nr. 497/09, judecată din 31 mai 2011, în European Court of Human Rights – Reserch Report – *Bioethics and the case-law of the Court*, Council of Europe/European Court of Human Rights, 2012, www.echr.coe.int (accesat la 10 octombrie 2014).

³⁵ M.M. Pivniceru, F.D. Dăscălescu, *op. cit. (Eutanasia...)*, p. 93.

³⁶ V. Astărăstoiaie, O. Stoica, *Impactul învățământului bioetic asupra modului de percepție asupra unor noțiuni controversate: eutanasia*, în *Revista Română de Bioetică*, vol. 1, nr. 3/2003, p. 101.