

Bioetica inceputului vietii. Bioetica reproducerii. Bioetica geneticii, eugenia

George Cristian Curca MD, Ph.D.

Prof. de med. Leg. si etica medicala

Discipl. de Medicina legala si Bioetica, UMFCU

Topicuri in discutie

1. Drepturi reproductive
2. Avort
3. Statutul embrionului si al fatului
4. Conflictul materno fetal
5. Nou nascutul cu deficiente
6. Inceputul viabilitatii
7. Adoptia

- In orice perioada istorica si cu caracter universal, sexualitatea si reproducerea au fost si vor fi un subiect de dezbatere etica (moral), religios, legal, etc. Putine subiecte despart atat de transant oamenii precum reproducerea umana si problematica moralitatii acesteia mai ales in epoca moderna a tehnologiilor medicale actuale (bioetica medicala a inceputului vietii).
- Acest fapt se bazeaza:
 - pe existenta convingerilor religioase ca valori morale libere ale oamenilor si a sistemului de valori pe care il genereaza si care se manifesta in norme traditionale de comportament, iar de cealalta parte, a lipsei acestor convingeri intr-o societate umana legalista si cu valori progresiv secularizate.
 - avansul tehnologic din ultima decada ori casatoriile intre persoane de acelasi sex. care forteaza conceptele morale
- Ceea ce parea a fi doar o optiune a femeii a devenit astazi o optiune sociala, o problema nu doar a ei dar a tuturor. Dincolo de a lamuri moralitatea optiunilor si alegerea comportamentului, timpurile prezente au complicat dilemele etice prin adaugarea unor valori si dileme legale. Fara a se tempera aspectul disputat (moralitatea) acesta s-a multiplicat generand o dubla relatie adesea conflictuala intre moralitate si legalitate. Legalismul a umplut lipsa de consens moral.
- Aceasta abordare complexa asa cum apare ea astazi cu atat mai mult trebuie sa reflecte locul ocupat de femeie si copil in societate, aspectele culturale care tin de viata femeii inainte si dupa nastere, relatia dintre sexualitate si reproducere, drepturile reproductive fara a uita optiunile de constiinta. Locul medicului se afla cu greutate luptand pentru sanatatea pacientului sau ca principala indatorire luptand pentru independenta profesionala si manifestandu-si la nevoie propriile optiuni de constiinta.

1.Drepturi reproductive

Aspecte istorice legale

- *Conferinta internationala asupra drepturilor omului si Proclamation de la Teheran* a fost primul document recunoscand: “parintii au ca drept de baza dreptul de a hotara liber si responsabil numarul si intervalul dintre copii lor”
- [Freedman, Lynn P.; Stephen L. Isaacs (Jan. - Feb. 1993). "Human Rights and Reproductive Choice". *Studies in Family Planning* (Studies in Family Planning, Vol. 24, No. 1) **24** (1): 18–30. doi:[10.2307/2939211](https://doi.org/10.2307/2939211). JSTOR [2939211](https://www.jstor.org/stable/2939211). PMID [8475521](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8475521/).]
- Tratatul international care atesta drepturile reproductive ale femeii este *Conventia asupra Eliminarii tuturor formelor de Discriminare impotriva Femeii* (Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women, CEDAW), 1979
- *Conventia cu privire la Drepturile omului si protejarea si promovarea sanatatii femeii* (Human rights in protecting and promoting women’s health cu ocazia *Conferintei asupra Populatiei si Dezvoltarii*, 1994 : the International Conference on Population and Development, 1994)
- *Dreptul femeii asupra sexualitatii si sanatatii reproductive, la a 4-a Conferinta Mondiala a femeii*” The rights of women to extend to the expression of their sexuality and reproductive health,1995: Fourth World Conference on Women
- WHO: “Drepturile reproductive se bazeaza pe recunoasterea drepturilor de baza a cuplului de a decide liber si responsabil asupra numarului, intervalului dintre copii lor si de a avea informarea si mijloacele sa o faca, cat si dreptul de a beneficia de cel mai inalt standard al sanatatii reproductive si sexuale. Sunt incluse si dreptul de a lua decizii reproductive fara discriminare, coercitie si violenta. “
- [http://www.gfmer.ch/Endo/Lectures_09/ethical_aspects_of_reproductive_health.htm]
- *LEGE privind reproducerea umană asistată medical cu terț donator (Ro)*

- **Continutul drepturilor reproductive**
- ***Drepturi reproductive*** = drepturi si libertati legale cu privire la reproducere si sanatate reproductiva. Sunt incluse:
 - Dreptul la reproducere - dreptul părinților de a decide liber și responsabil numărul, frecvența și momentul în care doresc să aibă copii, precum și dreptul de a avea acces la informații, educație și mijloace pentru a lua o asemenea decizie;
 - Liberul arbitru cu privire la intretinerea relatiilor sexuale si de a decide cu privire la sarcina
 - Dreptul la controlul sarcinii
 - Avort in siguranta
 - Dreptul la liberul acces catre ingrijiri medicale reproductive (drepturi procreative): Tehnologii Asistate reproductive (ART) sau procreatie asistata medical (PAM) in cazuri de sub fertilitate/infertilitate
- **•LEGE privind reproducerea umană asistată medical cu terț donator, Art. 6.** (1) Pot recurge la reproducerea umană asistată medical cu terț donator părinții, așa cum sunt definiți în art. 441 alin. (3) din Legea 287/2009 republicată.(2) Pot recurge la reproducerea umană asistată medical cu terț donator, părinții care îndeplinesc cumulativ următoarele condiții: a) să fie vii, inseminarea artificială a femeii, cu sperma unui terț donator decedat, fiind interzisă; b) să îndeplinească criteriile medicale privind starea de sănătate fizică și mintală, stabilite prin ordin al ministrului sănătății.
 - Dreptul la testare genetica prenatala (prenatal screening)
 - Dreptul de a fi informata, educata si liber acces spre a putea face alegeri reproductive proprii inclusiv cu privire la bolile transmisibile.
 - Dreptul la auto-determinare si autonomia persoanei
 - Dreptul de a fi nu fi victima coercitiei cu privire la sterilizare, avort, contraceptie si protectia fata de practici care discrimineaza pe criterii de gen precum mutilarea genitala a femeii.
- Pilula de control a sarcinii a fost un mare pas înainte in constituirea drepturilor reproductive: initial o medicatie (1960), ulterior o metoda de contraceptie (1969).
- Recunoasterea in unele state a casatoriei dintre persoane de acelasi sex forteaza drepturile reproductive in noi directii. http://en.wikipedia.org/wiki/Reproductive_rights

• CAZURI

• S.H si altii v. Austria, (Applications nos. 57813/00). Judecat la 15 Noiembrie 2007 cu privire la *lipsa de legislatie privind anumite tehnici reproductive moderne: respins*

- Plangerea vine din partea a doua cupluri: S.H si D.H, precum si H.E-G si M.G.
- S.H sufera de infertilitate tubara; D.H este de asemenea infertila; H.E-G sufera de agonadism (nu produce ovule); M.G. poate produce sperma.
- Pe 4 May 1998 S. H si H. E.-G. cere acces la TRM (tehnici reproductive moderne) pe baza legislatiei existente care permite celor ce traiesc intr-o relatie asemanatoare cu casatoria sa aiba acces. Legea prevede insa ca sperma tertului sa fi efolosita numai prin introducerea in organele reproductive ale femeii. Astfel donorul de sperma pentru IVF este interzis in Austria.
- S.H. a cerut acces catre embriotransfer heterolog adica implnatarea in uterul ei a a embrionului conceput cu ovulul ei si sperma unui donor ceea ce legea nu permite.
- 14 Oct. 1999 Curtea Constitut. respinge plangerea pe motivul nevoii de a evita crearea de relatii personale nenaturale precum copilul cu mai mult de 1 mama biologica si pentru a evita riscul de exploatare umana.

• Evans v. UK, no. 6339/05, judecat in 10 Aprilie 2007. *Imposibilitatea pentru aplicant de a beneficia de IVF (in vitro fertilization) datorita retragerii consimtamantului ex-partenerului de a crea embrioni impreuna: respins*

- “A legal obligation on any clinic carrying out IVF treatment to explain the consent provisions to a person embarking on such treatment and to obtain his or her consent in writing (“a couple should be permitted to store embryos for their own future use for a maximum of ten years, after which time the right of use or disposal should pass to the storage authority.”)...
- ” ...she knew, when consenting to have all her eggs fertilised with J's sperm, that these would be the last eggs available to her, that it would be some time before her cancer treatment was completed and any embryos could be implanted, and that, as a matter of law, J would be free to withdraw consent to implantation at any moment. ...
- ”(The Court) does not consider that the applicant's right to respect for the decision to become a parent in the genetic sense should be accorded greater weight than J's right to respect for his decision not to have a genetically-related child with her (engl. orig.).” Cu alte cuvinte dreptul la repetarea consimtamantuui informat

http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Bioethics_and_the_case-law_of_the_Court.pdf

- **MAMA SUROGAT (SUBSTITUT, INLOCUTOR)**
- Forme:
 - genetica (partiala) numita si traditionala: mama surogat ofera ovulul si uterul, tatal biologic ofera spermatozoizii ; mama surogat poarta embrionul si fatul
 - Totala: mama surogat ofera ovulul si uterul, tatal biologic nu ofera spermatozoizii care provin de la un tert donor; mama surogat poarta embrionul si fatul
 - gestationala (completa) folosind IVF : mama biologica ofera ovulul, tatal biologic ofera spermatozoizii iar mama surogat uterul.
- Intelegerea dintre parti poate fi:
 - Altruista: mama surogat nu e platita pentru inchirierea uterului: altruism (dar poate primi compensatii nonfinanciare).
 - Comerciala : in cele mai multe tari si legislatii este ilegala
- Utilitate pentru cuplu infertil cu 1 partener infertil, femeie fertila dar bolnava (ex. histerectomizata pt. cancer, etc.), cupluri gay.
- Costuri intre 25.000-100.000 USD/2009 din care uzual 5.000 USD sunt in medie taxele agentiei

Pro

- 1) Se naste un copil**
- 2) Dreptul la reproducere (partenerul ce poate sa se reproduca)**
- 3) Dreptul de a constitui o familie fara interferenta**
- 4) Dreptul de a avea un mostenitor**
- 5) Adoptia este dificila si lunga (ani de zile)**
- 6) Mamele surogat inteleg si accepta starea lor (suferinta acestora este rasplatita si nu este gratuita, nesustinuta)**

Dupa Anton van Niekerk and Liezl van Zyl .The ethics of surrogacy: women's reproductive labour, Journal of medical ethics, 1995; 21: 345-349
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1376831/pdf/jmedeth00299-0027.pdf>

Cons

- 1) Asemănător prostituției (o formă de vânzare/inchiriere contracost sau contra compensație a propriului corp a partilor sale intime)*, folosirea corpului sau pentru interesul altora
- 2) Devine o formă de muncă alienată în care produsul muncii este separat de producător (Hegel) și cedat societății la cererea societății care astfel degradează respectul față de o capacitate umană care este îndreptățită la respect (Ameson și Anderson)
- 3) Pierderea procesului social al nașterii (specific uman): copilul este așteptat în familie și societate: nu doar corpul mamei se modifică pentru nașterea lui ci și familia și societatea în așteptarea lui
- 4) Munca dezumanizată (specific uman este conștiința sarcinii, a relației cu fatul, a așteptării nașterii și a legăturii psihologice și biologice). Pierderea atașamentului moral față de copil (cu atât mai mult cu cât este și donatoarea ovulului).
- 5) Contractul de S conduce la munca reproductivă și lipsa participăției maternale specific umane. Copilul care trebuia să fie scopul în sine devine doar un mijloc de susținere economică prin care mama beneficiază de el ca de un bun (vinderea unui copil este infracțiune în fapt-child as a commodity-). Contractul poate fi folosit împotriva mamei biologice ca act pentru vânzarea copilului (dacă la un moment dat copilul va cere să afle date despre descendența sa biologică)

*[M] otherhood is becoming a new branch of female prostitution with the help of scientists who want access to the womb for experimentation and power Women can sell reproductive capacities the same way old-time prostitutes sold sexual ones but without the stigma of whoring because there is no penile intrusion. It is the womb, not the vagina, that is being bought' (Andrea Dworkin, well-known American feminist)

- 6) Reducerea sanselor reale ale unui copil orfan de a fi adoptat , problema copiilor orfani/abandonati ramanand aceeasi (datorie morala)
- 7) S discrimineaza: accesibila celor bogati sau celor cu mijloace econ. superioare care folosesc pe cei saraci sau pe cei cu mijloace financiare inferioare; adanceste discriminarea existenta ori diferentele sociale
- 8) vulnerabilitatea femeilor din lumea a 3-a si exploatarea lor dar fara a oferi o solutie reala situatiei lor materiale dar in schimb generand abandon si infidelitate si remuscare
- 9) proceduri invazive asupra mamei surogat
- 10) Plata creaza aspecte nelegale fie prin lipsa ei (altruism sugerat, nereal, sugestibilitate marcata, santaj etc.), fie prin prezenta ei (ilegala) fie prin compensarea ei (compensarea ca forma mascata de plata)
- 11) Lipsa de informare completa (inselaciune, promisiune, incurajare fara obiect)
- 12) Intermedierea aduce castiguri nemeritate tertilor, imbogatire nemeritata acestui segment de intreprinzatori

2. Avortul

- Balanta etica: de o parte loialitatea si fidelitatea catre mama (ca pacient) de cealalta parte non-maleficenta (a nu face rau) catre cel nenascut
- Balanta legala: de o parte dreptul la libertate si autonomia iar de cealalta parte dreptul la viata a celui nenascut (sunt in balanta doua drepturi fundamentale)

Intrebari posibile:

1. Este cel nenascut o persoana? Nu (legal)
2. Are cel nenascut drepturi ori interese? Interese (legal)
3. Sunt interesele fatului aparate in actul medical? Ar trebui sa fie in interiorul intereselor materne fara a intra in conflict cu drepturile mamei care prevaleaza.
4. Sunt interesele fatului diferite de ale mamei lui? Natural, nu.
5. Sunt interesele legale ale mamei respectate? Da, este obligatoriu dar fara impunere asupra constiintei medicului care are libertatea optiunilor sale
6. Are mama dreptul asupra corpului sau (habeas corpus)? Da si este autonoma
7. Are medicul o dubla loialitate sau o singura loialitate fata de mama? Da, o dubla loialitate.
8. Are medicul dreptul de a-si apara libertatea constiintei? Da

Legislatia avortului in Europa (2012)

- Tari care interzic avortul: Malta
- Tari care permit avortul in conditii restrictive:
 - Irlanda (un risc substantial si real maternal inclusiv suicidar)
 - Nordul Irlandei, Polonia (pentru a salva viata mamei, incest, viol, malformatii ale fatului)
- Tari care permit avortul in conditii mai putin restrictive: Cipru, Faroe, Finlanda, Luxemburg, Spania, Portugalia, UK
- Tari care permit avortul dar solicita anumite conditii:
 - Perioada de gandire de 7 zile in Italia, Olanda
 - Obiectia de constiinta (Ro)
 - Parinti care consimt pentru copii minori (Italia, Grecia, Portugalia, Slovenia, Suedia)
 - Numarul avorturilor (< 2/6 luni): Cehia, Slovenia
 - Consultare obligatorie inainte: Germania, Ungaria, Belgia
- Varsta sarcinii:
 - Slovenia 10, Romania 14, Suedia 18, majoritatea 12, Cipru 28 , Irlanda la orice varsta
- http://www.thefreelibrary.com/_/print/PrintArticle.aspx?id=105915323

CAZURI

D. v Ireland, no. 26499/02, decizie 27 Junie 2006,

Absenta serviciilor medicale de intreruperea a sarcinii in Irlanda in cazul unei saricini cu fat malformat: declarat inadmisibil

“In late 2001, D. who already had two children, became pregnant with twins. In early 2002 an amniocentesis indicated that one fetus had died in the womb and that the second foetus had a chromosomal abnormality known as Trisomy 18 or Edward’s Syndrome. A second amniocentesis confirmed those findings.

D. was given to understand that Edward’s Syndrome was fatal and that the median survival age for children with the syndrome was six days. She therefore decided that she could not carry the pregnancy to term.

D. went to the United Kingdom for an abortion. She did not seek legal advice as to her eligibility for an abortion in Ireland. At that time, the only recognised exception to the constitutional prohibition of abortion was “a real and substantial risk to the life of the mother” including one of suicide: this exception was established in the case Attorney General v. X (1992) where a 14-year-old pregnant girl who had been raped threatened to commit suicide if denied an abortion.

The abortion was performed in the United Kingdom.

D. could not remain in the United Kingdom thereafter and could not therefore take advantage of counselling on, amongst other things, the genetic implications for future pregnancies although she was given some statistical information about the recurrence of the abnormality. The applicant required some follow-up medical treatment in Ireland but she explained to the hospital and to her own family doctor that she had had a miscarriage. The applicant complained about the lack of abortion services in Ireland in the case of lethal fetal abnormality.”

http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Bioethics_and_the_case-law_of_the_Court.pdf

- **Tysi c v. Poland, no. 5410/03, [Sectiunea 4], judecata 20 Martie 2007.**
Limitarea avortului legal si prejudiciul important al sanatatii mamei dupa nasterea copilului.
 - “The failure of the State to make a legal abortion possible in circumstances which threatened the applicant’s health, and to put in place the procedural mechanism necessary to allow her to have this right realised, meant that the applicant *was forced to continue with a pregnancy for six months knowing that she would be nearly blind by the time she gave birth.* The resultant anguish and distress and the subsequent devastating effect of the loss of her sight on her life and that of her family could not be overstated.
 - *She had been seeking to have an abortion in the face of a risk to her health. The refusal to terminate the pregnancy had exposed her to a serious health risk and amounted to a violation of her right to respect for her private life.*”
“What has to be determined is *whether*, having regard to the particular circumstances of the case and notably the nature of the decisions to be taken, *an individual* has been *involved in the decision-making process*, seen as a whole, to a degree *sufficient to provide* her or him with the *requisite protection of their interests* “ .
- http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Bioethics_and_the_case-law_of_the_Court.pdf

- **Z. v. Poland no. 46132/08, [4th Section], 19 June 2009. *Lipsa îngrijirii medicale corespunzătoare în scopul de a proteja copilul nenascut (fatul)***
- “Applicant’s daughter developed *ulcerative colitis early during her pregnancy*. The daughter was admitted to a number of hospitals before diagnosis of her condition. *Certain examinations (including a second endoscopy and a colonoscopy)* which would have made it possible to gather more information on the location and extent of the problem *were not performed on the applicant’s daughter*.
- *One doctor refused to perform a full endoscopy stating “my conscience does not allow me”. The applicant’s daughter lost the fetus and then died herself two weeks later of septic shock caused by sepsis*. Under section 39 of the Medical Profession Act, a doctor may refuse to carry out a medical service, invoking his or her objections on the ground of conscience.
- Applicant complaints, inter alia, under Article 2 that *the State failed to adopt a legal framework that would have prevented the death of her daughter*, specifically challenging the manner in which the law governing conscientious objection is regulated and overseen. She also submits, under Article 14 in conjunction with Articles 2, 3 and 8 that *her daughter was discriminated against on the ground of her pregnancy.*”
- http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Bioethics_and_the_case-law_of_the_Court.pdf

- **A, B, and C v. Ireland** (Application no. 25579/05) 7 May 2008, hearing before the Grand Chamber on 9 December 2009. *Lipsa ingrijirii medicale corespunzatoare unei sarcini cu risc si lipsa accesului la intreruperea sarcinii. Plangere privind restrictia asupra avortului, lipsa regulilor in care o femeie poate cere avort pentru a-si salva viata, avort incomplet cu sangereare si infectie care a pus in pericol viata pacientei.*
- “The applicants are two female Irish nationals and one female Lithuanian national, resident in Ireland.
- **The first applicant** was unmarried, unemployed and living in poverty at the time of the events in question. *She became pregnant unintentionally and believing that her partner was infertile. She had four young children, all at that time in foster care as a result of problems the applicant had experienced as an alcoholic.*
- During the year preceding her fifth pregnancy the applicant had remained sober and had been in constant contact with social workers with a view to regaining custody of her children. *She considered that a further child at this critical moment in her life would jeopardize the successful reunification of her existing family.*
- *She decided to travel to England to have an abortion.*
- *The United Kingdom National Health Service refused to carry out the operation at public expense and she had to borrow the money for treatment in a private clinic from a money lender.*
- *Her difficulty in raising the money delayed the abortion by three weeks. She had to travel to England alone, in secrecy and with no money to spare, without alerting the social workers and without missing a contact visit with her children.*
- *On her return to Ireland she experienced pain, nausea and bleeding for eight to nine weeks, but was afraid to seek medical advice because of the prohibition on abortion.”*
- http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Bioethics_and_the_case-law_of_the_Court.pdf

- **“The second applicant** was single when she became pregnant unintentionally. She had taken emergency contraception (the “morning-after pill”) the day after the unprotected intercourse, but she was advised by two different doctors that this had not only failed to prevent the pregnancy but also given rise to *a substantial risk that it would be an ectopic pregnancy*, where the fetus develops outside the uterus. The applicant was not prepared either to become a single parent or to run the risks associated with an ectopic pregnancy. She travelled to *England for an abortion*. On her return to Ireland she started passing blood clots and, since she was unsure whether or not this was normal and could not seek medical advice in Ireland, *she returned to the clinic in England two weeks after the abortion for a check-up*.
- The impossibility for her to have an abortion in Ireland made the procedure unnecessarily expensive, complicated and traumatic. “
- **“The third applicant** was treated for three years with *chemotherapy for cancer*. Before commencing the treatment, she asked her doctor about the implications of her illness as regards her desire to have children and was advised that it was not possible to predict the effect of pregnancy on the cancer but, if she did become pregnant, *it would be dangerous for the fetus if she underwent chemotherapy during the first trimester*. The cancer went into remission and the *applicant unintentionally became pregnant*. She was unaware of this fact when she underwent a series of tests, *contraindicated during pregnancy, to determine her current state of health*. When she discovered she was pregnant she was unable to find a doctor willing to make a determination as to whether her life would be at risk if she continued to term or to give her clear advice as to how the fetus might have been affected by the tests she had undergone. *Given the uncertainty about the risks involved, the applicant decided to have an abortion in the United Kingdom*.
- Although her pregnancy was at a very early stage *she could not have a medical abortion* (where drugs are used to induce miscarriage) because *she could not find a clinic which would provide this treatment to a non-resident because of the need for follow-up*. Instead *she had to wait for eight weeks until a surgical abortion was possible*, which caused her emotional distress and fear for her health. “

3. Statutul legal si moral al embrionului si fatului

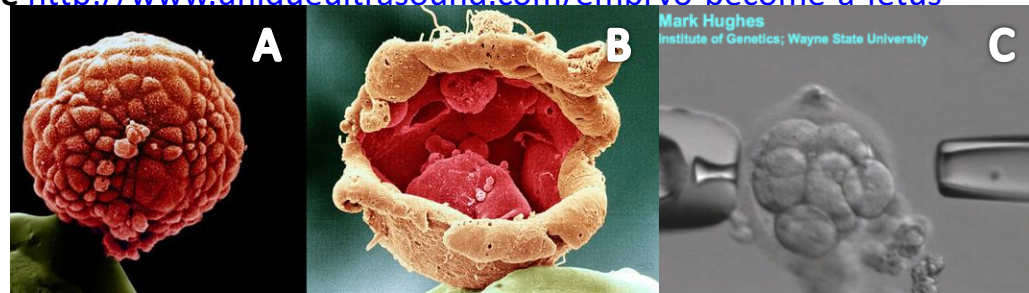
- Starea de fapt:
 - Doua intrebari sunt centrale:
 - 1) *Cand incepe viata?* Este o intrebare care din perspectiva valorilor religioase are limpezime dar din afara acestora pare complexa si cu multe necunoscute; apta de a genera tensiuni sociale si confesionale.
 - 2) *Care este statutul moral al embrionului si apoi al fatului?* In completarea primei intrebari, cea de-a doua vine sa aduca relativism in cadrul valorilor eticii virtutii religiei.

[<http://stemcellbioethics.wikischolars.columbia.edu/Module+2+-+Intro+to+Stem+Cell+Bioethics>]
- Cu privire la acest subiect 60% din populatie se declara a accepta cercetarea pe celule stem provenind din embrioni iar 40% nu.
- Activismul european si al bisericii cere institutiilor central europene să apere prin lege embrionul uman și să oprească finanțarea activităților care presupun distrugerea sa.
- **Intrebari generale:**
 - 1) Cand survine statutul de persoana?
 - 2) Ar trebui embrionii protejati de legi asemanatoare ori identice cu cele ce protejeaza subiectii umani in cadrul cercetarii stiintifice?
 - 3) Fondurile cercetarii in acest subiect ar trebui sa fie publice sau private?
 - 4) Clinicile private ar trebui supravegheate de catre guvern cu privire la cercetarea pe celulele embrionice umane?
 - 5) Unei paciente disperate I se poate administra o anumita terapie inca insuficient testata?
 - 6) Ce animale sunt pot fi folosite pentru a testa eficacitatea terapiei cu celule stem (i.e. soarece ori primate)? De ce?

Cand capata fetusul statut moral? Cand devine o persoana?

- **Biserica crestina: viata incepe la conceptie si cu aceeaasi ocazie embrionul capata si statutul moral si sufletul. “Da celulelor stem adulte, nu celulelor embrionice”. “Este moral gresit sa distrugi un embrion indiferent ce beneficiu de tratament poate rezulta ” (Papa Benedict XVI, Nov. 2011).**
- **“Distrugerea nici a unei vieti umane nu poate fi justificata din perspectiva beneficiului pe care il poate aduce pentru altul”. “The destruction of even one human life can never be justified in terms of the benefit that it might conceivably bring to another.”(Papa Benedict XVI, Nov. 2011).**
 - **Este lipsit de moralitate sa creezi o viata umana doar pentru ca apoi sa dispui de ea si sa o distrugi.**
 - **Distrugerea unei vieti umane pentru interesul altora este o panta alunecoasa care poate duce in final la recoltarea de organe de la adulti sau alte forme de alienare umana in fapt ca unii sa devina mijloace pentru altii**
- **Pentru altii momentul dobandirii statutului moral este acela al embrionului de 8 saptamani (ziua 3) pentru ca incepand cu aceasta zi se dobandeste competenta dezvoltarii embrionice (embryonic developmental competence).**
- **Pentru altii ziua 14 pentru ca dincolo de aceasta data gemenii nu se mai pot forma (momentul identitatii)**
- **Pentru altii atunci cand incepe sa bata inima: 21 zile**
- **In traditia evreiasca ortodoxa, starea de persoana (statutul moral) implica obligatoriu implantarea si se dobandeste in ziua a 40 de gestatie.**
- **Pentru altii atunci cand se dezvolta creierul: 8 saptamani (56 zile)**
- **Atunci cand bataile inimii se pot obiectiva ecografic: 8 saptamani (56 zile)**
- **In traditia islamica in ziua 120 (4 luni)**
- **Atunci cand fatul se naste viu, o data cu nasterea la 40 de saptamani**

- **Ziua 3: *transferul embrionului* de ziua 3 format din 8 celule totipotente;** Embrioni sunt selectati pentru transfer bazandu-se pe trasaturi ale calitatii lor: gradul 1 sau gradul 2 din zigoti gradul 1 sau 2. In acest moment este important a se realiza dg. pre-implantational (PGD) care presupune indepartarea unei singure celule din totalul de 8 celule totipotente si screening-ul acestuia pentru bolile congenitale ce pot fi testate. In mod surprinzator dezvoltarea embrionului nu este afectata continuand normal.
- In acest stadiu, embrionul trece in tuba Fallopio unde dobandeste **competenta dezvoltarii embrionice (aspect neclar, neprecizat)** moment din care doar 20% se vor mai implanta (nu se cunoaste astazi care dintre embrioni si pe ce criterii). "Developmentally we know that not all eggs are created equal., Smith."
- In aceeasi zi apare morula (16 celule) in care apoi apare cavitatea care defineste blastocistul si liniile celulare cu 100 de celule care sunt randuite intr-un strat extern (50) ce va forma placenta si intr-un strat intern (50) **pluripotent** ce vor forma organismul fetal (celulele deja au pierdut totipotenta).
- **Ziua 5: transferul embrionului de ziua 5, blastocistul;** daca pacientul/medicul au solicitat un *transfer al blastocistului*, embrionii in cultura sunt evaluati ziua 5 si 6 pentru dezvoltarea blastocistului.
[\[http://fertilitycenter-uconn.org/how-do-we-choose-embryos-for-transfer/\]](http://fertilitycenter-uconn.org/how-do-we-choose-embryos-for-transfer/)
- **Ziua 6-7 are loc implantarea uterina**
- **Ziua 10** embrionul este atasat de endometrium si **circulatia placentala** incepe
- **Day 12** embrionul incepe sa secrete **hormoni proprii** care se regasesc in urina mamei determinand pozitivarea testelor de sarcina si incepe gastrulatia (dezvoltarea unistratificata celulara se transforma in tristratificata)
- **Day 14** apare "linia primitiva" o foarte fina linie alba care se indreapta spre cauda (coada) discului embrionar ceea ce imprima o axa embrionica longitudinala a discului embrionar si care se va dezvolta ulterior sub forma sistemului nervos central. Se diferentiaza cele 3 straturi endodermul, mezodermul si ectodermul.
- **Day 21**, gastrularea este completa si embrionul este de 1/12 inch moment in care inima incepe sa bata (0,2 mm)
- **5 saptamani dezvolta muguri care vor deveni membre** <http://www.uniqueultrasound.com/embryo-become-a-fetus>
- **6 saptamani: ½ inch (1,2 cm) dezvolta ochii**
- **8 saptamani: creierul reptilian care simte durerea**
- **8 -12 saptamani embrionul devine fetus**



A, B: blastocist. C: transfer ziua 3 metoda Hughes

• **Exista 5 surse de celulele stem (2012)** [<http://stemcellbioethics.wikischolars.columbia.edu/Module+2+-+Intro+to+Stem+Cell+Bioethics>]:

1) Din embrioni prelevati de la femeie prin donare de ovule (stimulare hormonală, recoltare). Mai mult de 400.000 embrioni se afla inghetati in clinici de fertilizare.

☐ Este etic sa ceri unei femei sa doneze ovule desi aceasta este periculos pentru ea?

☐ Care este statutul moral al unui blastocist?

☐ Care este statutul moral al celor 400,000 de embrioni inghetati in azot lichid in majoritatea clinicilor de fertilitate?



☐ Acesti embrioni pot fi mai departe pastrati in frig sau pot fi distrusi intr-un mod demn? (intretinerea costa 1200 USD/an)

☐ Acesti embrioni pot fi donati pentru adoptie? (rar)

☐ Acesti embrioni pot fi donati embrionii pentru cercetare?

☐ Este optiunea individului, a statului sau a clinicii de fertilizare unde exista banca de tesuturi?

2) Din celule germinale ale fetusilor avortati (putini recuperati)

3) Din celulele stem multipotente ale tesutului de adult precum maduva, testutul adipos si sangele cordului ombilical (refacerea grupului populational de celule al sangelui, pielii ori intestinului).

☐ De ce nu se folosesc numai celulele stem multipotente ale tesutului de adult pe care de altfel le permite spre cercetare si biserica?

- Pentru ca nu sunt in numar mare

- Pentru ca sunt greu de izolat si mentinut in cultura de celule



- Pentru ca prolifereaza la rata redusa

- Pentru ca sunt mai putin diverse si mai putin apte de a se schimba intr-un alt tip de celula

- Pentru ca pot contine anomalii/mutatii ADN ca urmare a expunerii prelungite (celule de adult) la contaminanti ori poluanti

4) Transfer celular nuclear somatic, somatic cell nuclear transfer (SCNT), respectiv clonarea:

- ❖ *clonarea in scop de cercetare sau terapeutic* (clonarea presupune distrugerea blastocistului si recolta de ovule de la donatoare prin superstimulare; pana acum nu exista o terapie evidentiata asa ca este cumva improprie folosirea termenului)

- ❖ *clonarea reproductiva (interzisa)*

5) Celule stem indus pluripotente, induced pluripotent stem cells (iPS): Nu implica folosirea unor embrioni pre-implantati ori distructia blastocistului; anumiti factori de transcripție determina orientarea celulelor in celule stem pluripotente fara a mai fi nevoie de prezenta unui ovul.

☐ Daca iPS vor permite crearea de embrioni umani, atunci care va fi diferenta biologica (capacitatea procreativa) intre cei naturali si cei creati prin inginerie?

☐ Dar moral?

☐ Societatea are libertatea sa lase liber aceasta dezvoltare tehnologica?

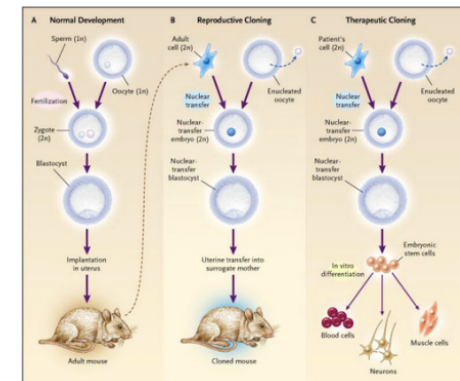


☐ Societatea are dreptul sa lase liber aceasta dezvoltare a stiintei?

☐ Societatea are dreptul sa limiteze aceasta dezvoltare tehnologica?

☐ Societatea are dreptul sa restrictioneze aceasta dezvoltare tehnologica?

☐ Societatea are dreptul sa reglementeze aceasta dezvoltare tehnologica?



Diagnosticul pre-implantational, PGD (pre-implantation genetic diagnosis)

- Se poate sustine ca PDG este eugenie ori noua eugenie (new eugenics). Pe fond este. Ea implica costuri financiare deloc de neglijat, o problema a stabilirii fondurilor financiare si a prioritatilor si implicatii psihologice. De asemenea creaza posibilitatea dezvoltarii “copiilor construiti” (**“designer” babies**) prin selectia genului, anumitor trasaturi genetice ori fenotipice (par blond, ochi albastri, inteligenta, indemanare, etc.) ori a fiintelor umane ca piese de schimb (**“copii medicament”**).
- PGD a fost creata initial pentru a realiza un screening al acestei populatii cu privire la bolile genetice ce se pot testa si a evita o sarcina cu probleme si asa costisitoare si dificila care finalmente sa conduca la aparitia unei generatii cu deficiente genetice; ulterior a fost folosita pentru selectia de gen. Dar, mai mult, permite dezvoltarea unor optiuni cu privire la trasaturi fizice sau de caracter.
 - ☐ Este un lucru bun? Nu. De ce?
 - ☐ Daca este un lucru posibil de ce sa nu fie permis? De ce?
 - ☐ Daca este cerut de ce sa nu fie acordat de catre medic? De ce?
 - ☐ Are medicul obligatia sa lucreze pe o baza de cerere-serviciu? Nu. De ce?
 - ☐ Medicina este mai intai un act profesional sau un act comercial?
 - ☐ Medicina implica mai intai umanism sau mai intai competenta si profesionalism?
 - ☐ Dezvoltand acestor tehnici de inginerie genetica constituie o forma de eugenie? Da. De ce?
 - ☐ Dezvoltand acestor tehnici de inginerie genetica se discrimineaza oamenii? Da. De ce? (A. Caplan, *Early Show* co-anchor Maggie Rodriguez)
 - ☐ De fapt oamenii sunt egali? Da. De ce?
 - ☐ Dar mai sunt egali? Da. De ce?
 - ☐ Embrionii deficienti (ex. cu diferite mutatii, boli congenitale, etc.) pot fi folositi pentru studiul acestor deficiente? Nu. De ce? Puteti da un exemplu celebru de cercetare neetica asemanatoare?

Riscul medical si psihologic de donare a oocitelor in functie de stadiul procesuli de donare

[nih.gov Updated: 2/10/2010. Accessed February 24, 2011; Institute of Medicine, 2007; ([Girolami, Scandellari et al. 2007](#); [Kramer, Schneider et al. 2009](#); [Zivi, Simon et al. 2010](#)) cited in

[<http://stemcellbioethics.wikischolars.columbia.edu/Ethical+Considerations+of+Egg+Donation>]

	Mild-Moderate Reactions	Potentially Serious Medical and Psychological Issues
Ovarian Stimulation (Hormones)	- Bloating - Abdominal pain - Mood swings - Headaches - Bruising (from multiple self-injections of hormones)	- Ovarian HyperStimulation Syndrome (OHSS) (Zivi et al. 2010) Build-up of fluid in abdomen and chest: - abdominal pain - bloating - rapid weight gain (10 lbs. in 3-5 days) - decreased urination, w. high fluid intake - nausea - vomiting - shortness of breath - Arterial thrombosis (Girolami et al. 2007)
Egg Retrieval (Surgery)	- Cramping - Minor bleeding	- Adverse reactions to anesthesia - Bleeding, - more extensive infection - Damage to ovaries, adjacent structures (bowel, bladder) - Persistent mood swings - Psychological problems (physiological and psychological origin)
Long-term Health Status of Donors	Mild reactions may persist	- Risk of breast, ovarian, or endometrial cancers - Risk of other cancers (Institute of Medicine 2007;Schneider 2008) - Infertility - Psychological problems - Unknown long-term serious risks

Toate clinicile de fertilitate se afla intr-un conflict de interese:

Ele nu au fonduri suficiente pentru a studia in follow-up ceea ce se intampla cu donatoarele dupa cum nici nu au interesul sa o faca pentru ca avand cunostiintele respective sunt obligate sa le includa in consimtamantul informat ceea ce va scadea numarul de donatoare.

Pe de alta parte cele mai multe donatoare sunt reticente sa fie incluse in registru de control pentru un follow-up care le poate afecta cursul viitor al vietii.

Acesta este motivul pentru care statul ar trebui sa intreprinda aceste studii.

☐ Donatoarele pot decide asupra oocitelor lor sau dupa un interval de timp decizia revine clinicii ori statului?

☐ Daca doneaza ovulele pot fi compensate? Ce inseamna legal banii primiti?

☐ Consimtamantul este adesea subinformat. Este acceptabil?

☐ Cat de des poate dona ovule o femeie?



Alte intrebari si ingrijorari:

- 1) Conceptul de comodificare a vietii umane: vinderea unor parti ale corpului pentru a realiza surse de venit ori modalitati de trai. Este acceptabila?
Comodificarea este o transformare a bunurilor, serviciilor, ideilor care in mod normal sunt considerate proprietati ale fiecaruia si nu sunt destinate vanzarii in bunuri, etc. ce capata valoare de intrebuintare (comoditati) prin procesul de comodificare (sensul original al teoriei politice dat de K. Marx; se deosebeste de comodizare care este folosit in sensul teoriei afacerii si de marketing si inseamna ca un produs cu valoare si unicitate sfarseste prin depersonalizare in piata devenind o simpla comodatitate (ceea ce este nevandabil devine vandabil).
- 1) Este acceptabil ca ovulele sa devina o piata comerciala? Dar spermatozoizii? Este o diferenta intre celulele germinale din acest punct de vedere?
- 2) Conceptul de identitate: Donarea ovulelor poate implica alterari ale personalitatii si identitatii precum si de natura psihologica mai ales daca din motive variate propria sanatate ori potentialul reproductiv propriu se modifica ori se altereaza.

Pre-consimtamantul pentru procedura de screening si screening-ul pentru donori este o metoda de a reduce impactul asupra donoarei. Pe de alta parte decalificarea din calitatea potentiala de donori poate genera aceleasi probleme psihologice. Femeile care nu sunt selectate si se decalifica pentru donare pot avea probleme psihologice cu propria imagine si ar trebui urmarite in studii fallow-up pentru a fi ajutate ([Zweifel, Biaggio et al. 2009](#)).
- 1) Pot femeile donatoare decide donarea embrionilor conceputi in clinici de fertilizare pornind de la ovulele lor ori aceasta decizie apartine clinicii care a condus formarea embrionului? Pot ele din contra decide eliminarea lor? Au aceste femei vreun drept asupra embrionilor creati in scopuri reproductive?
- 2) Au donatoarele vreun drept asupra blastocistului creat in mod asemanator in cilnica de fertilizare? Pot ele decide comercializarea lui? Dar donarea lui?

- 6) Donarea ovulelor este cu mult mai importanta decat donarea de spermatozoizi. De asemenea costurile implicate sunt mai mari. De asemenea beneficiile sunt mai mari. Prin  tehnicile de FIV care dezvoltă embrioni din celule stem adulte nu este nevoie de spermatozoizi. Iar prin tehnica de iPS nu este nevoie de ovul. Care sunt în aceste condiții rolurile sociale ale barbatului și femeii într-o astfel de societate viitoare? Care este valoarea și rolul comparativ al femeii și al barbatului într-o astfel de societate a viitorului?
- 7) Barbatul este expus unui risc mai mic decât femeia prin donare. Mai mult el este apt de donare repetată chiar la vârste înaintate. Deși beneficiul/compensatia este mai mică numărul donarilor poate aduce un câștig mediu de 1200 USD/mo sau 24.000 USD/an. Este un câștig meritat? Nu este o comodificare? Acest câștig este superior față de femeie: poate el discrimina femeia?
- 8) Dacă un partener dintr-un cuplu află că celălalt partener a fost donator de ovule/sperma poate avea prejudecăți ori reacții de respingere? E normal da? E normal nu? De ce da/nu?
- 9) Aceste reacții se pot îndrepta numai spre partenerul femeie sau numai spre cel barbat sau spre oricare dintre ei? Care ar fi diferența?

- “Mr. and Mrs. Doe are both carriers for the recessive disorder Fanconi anemia.
- Mrs. Doe gave birth to their first child, Molly, who has this serious disorder that includes fused joints, missing thumbs, and an incomplete gut. The long-term prognosis is grim as those with this disorder develop leukemias and cancers and have a shortened life expectancy. Given this, the Does were desperate to identify a donor who could provide a matching hematopoietic stem cell (HSC) transplant that would be an HLA match to Molly’s tissue.
- Not able to locate such a match, they ultimately resorted to utilizing pre-implantation genetic diagnosis (PGD) technology. Here, an embryo, among several that were created using IVF technology, that was a genetic match to Molly and was free of the gene causing Fanconi anemia, was implanted into Mrs. Doe’s uterus.
- Mrs. Doe subsequently gave birth to Adam, whose umbilical cord blood stem-cells were removed and used for a stem cell transplant to cure Molly of the disorder (engl orig.)”

(Case adapted from: What are the medical and ethical considerations of this actual case? Sankoorikal 2001; Verlinsky, Rechitsky et al. 2001)

- Intrebari posibile legate de caz:
 - 1) Care pot fi implicatiile etice ale unui “copil medicament”? Ce ar putea fi bine? Ce ar putea fi rau?
 - 2) Este Adam exploatat sau el trebuie sa fie fericit si recunoscator pentru ca traieste?
 - 3) Este viata lui Adam un mijloc spre ”realizarea unui scop iar nu scopul in sine”? Cine a folosit pentru prima data aceasta sintagma?
 - 4)  Daca Molly ar avea nevoie de mai multe administrari de celule, atunci cand Adam ar implini 14 ani sau 16 ani, ar putea el sa refuze procedurile de recoltare si astfel sa lipseasca prin proprie vointa pe sora sa de celulele necesare ei pentru viata sau el ii este dator ei sau parintilor lui pana la sfarsitul vietii ei sau a lui?
 - 5) Daca ea moare prin boala, care ar fi in familie statutul lui moral? Ar fi un copil adevarat sau familia ar face un alt copil iar Adam ar fi din nou folosit ca un substitut sau o sursa de tesuturi?
 - 6) In ce conditii ar putea fi acceptabil ca sa devina si o sursa de organe pentru Molly sau un alt copil al familiei?

[<http://stemcellbioethics.wikischolars.columbia.edu/Module+2+-+Intro+to+Stem+Cell+Bioethics>]

In cercetare si medicina, actiunile noastre trebuie sa fie ghidate de imperative etice iar acestea nu se fundamenteaza pe *ce putem face* ci pe *ce trebuie sa facem*.

4. Conflictul materno-fetal

- Este o alta sursa de dileme ample. Trebuie spus ca in mod natural intre mama si fat nu exista conflicte. Conflicte pot apare insa atunci cand interesele celor doi ori drepturile celor doi diverg sau cand mama poarta decizii ce ii sunt fatului defavorabile solicitand ajutorul medical (in baza dreptului la ingrijire) din partea medicului.
- In anumite cazuri se poate discuta despre conflicte de natura legala si etica. Dilemele etice si cele legale nu trebuie confundate, valorile care stau la baza lor fiind de natura diferita.
- Etic: medicul are o dubla fidelitate sustinuta de etica traditionala hipocratica cu valoare normativa dar si etica virtutii bazata pe valorile religioase de fond ale familiei si societatii: fidelitatea fata de mama (ca pacient) si fata de fat (ca o fiinta umana in viata). Un dublu pacient: mama si “copilul” nenascut.
- Dilema etica se construiește de o parte intre loialitatea si fidelitatea fata de mama ca raspuns al medicului fata de increderea aratata de aceasta din debutul relatiei medic - pacient si de cealalta parte pe non-maleficenta (a nu face rau) fatului.
- Dilema legala se construiește intre drepturile mamei la autodeterminare, libertate, autonomie si dreptul fatului la viata sau interesul lui la ingrijire medicala si peocupare (grija) privind sanatatea sa.

• INTREBARI:

☐ Are fatul drepturi ori interese? (drepturile sunt legal superioare intereselor).

☐ Mama are drepturi care prevaleaza asupra drepturilor/intereselor fatului?

☐ In mama se regasesc doua persoane: mama si fatul sau numai una intrucat numai o persoana poate exista intr-un singur om?

☐ Fatul este o persoana?



☐ Are el valoare morala si de cand incepe aceasta in timpul sarcinii?

☐ Are doctorul o datorie de fidelitate catre fat sau numai catre mama?

☐ Are vreo semnificatie faptul ca fatul este/nu este o persoana privind datoria de fidelitate a medicului fata de el?

☐ Are medicul dreptul la propria manifestare, optiune a constiintei sale cu privire la tratamentul medical sau are doar datorie (obligatie morala) de exercitat (un prizonier in interiorul datoriei)?

☐ Poate fi dispusa operatia cezariana impotriva vointei mamei cu scopul de salva viata copilului?

☐ Se poate decide embrioreductia numarului suplimentar de embrioni prin vointa mamei sau ea trebuie sa nasca toti embrionii care s-au implantat prin tehnici de FIV (mama este prizoniera drepturilor fatului)

☐ Are ea dreptul de a face avort selectiv pe criterii dinainte stabilite astfel incat sa indrume prin optiunile ei patrimoniul genetic al viitorului ei copil sau nu are acest drept? (ex. criterii de sex, anumite gene, anumite trasaturi fenotipice, etc.)

Alte intrebari:

1) Care sunt consideratiile care stau la baza recunoasterii si materializarii conflictului materno-fetal?

- ☐ Inainte medicina considera mama insarcinata a un singur pacient complex. Astazi ea considera mama insarcinata ca fiind formata din doi pacienti intre care natural nu exista conflicte transgresand conceptul de unitate spre cel de dualitate. Medicul trebuie sa decida ceea ce este medical cel mai bine (beneficenta si non-maleficenta) pentru fiecare dintre ei.



2) Ce se poate intampla cand terapia este indicata pentru unul si este contraindicata pentru celalalt?

- ☐ In acest caz exista un conflict etic intre beneficenta si non-maleficenta.
- ☐ Daca fatul are o problema de sanatate care nu creaza risc pentru mama, ingrijirea si indreptarea acestei probleme va conduce firesc spre constituirea unui risc pentru mama (oricat de mic), mama neavand un beneficiu direct din acest tratament.
- ☐ Desigur orice mama va gasi un beneficiu psihologic si o datorie morala spre a trata conditia sau problema de sanatate a fatului chiar daca aceasta nu este in beneficiul ei direct si astfel ea isi va asuma riscul (oricat de mic).
- ☐ Totusi ar fi neetic ca medicul sa recomande un tratament pentru fat ca si cand ar fi indicat pentru fat si mama deopotriva. Daca totusi mama se disociaza de interesul fatului ei si refuza ingrijirea medicala a acestuia, medicul trebuie sa nu uite ca mama este in principiu autonoma si indreptatita sa decida daca doreste ca tratamentul sa aiba loc si asupra sa. Medicul va cauta sa explice pentru a face intelegerea situatiei cat mai clara de catre mama.



[\[http://depts.washington.edu/bioethx/topics/matern.html\]](http://depts.washington.edu/bioethx/topics/matern.html)

3) Cand devine embrionul/fatul o persoana?

- ☐ Persoana este o fiinta umana care *are urmatoarele attribute*: constiinta de sine (identitate), libera-vointa, ratiune si morala (alegerea intre bine si rau). Purtand aceste attribute, o persoana *isi sustine statutul* de a fi o persoana (personhood, engl.) prin faptul ca isi valorizeaza calitatile (identitate), interactioneaza cu mediul, are preferinte asupra calitatii vietii sale si manifesta responsabilitate pentru ceea ce face.
- ☐ Viabilitatea este capacitatea fizica de a trai independent fara suportul maternal. Unii eticieni considera ca din momentul in care devine viabil un fat poate fi considerat a se afla in starea de persoana morala ("moral personhood").
- ☐ Altii eticieni considera ca daca fatul este o persoana atunci mama care il adaposteste nu poate fi altfel decat mai putin de o persoana intrucat intr-un singura fiinta umana nu poate exista decat o singura persoana (?).



4) Oamenii au drepturi. Are si fatul drepturi?

- ☐ Statutul legal al fatului este subordonat statutului legal al mamei in toate legislatiile in care avortul este permis (astazi majoritatea).
- ☐ Viabilitatea schimba statutul legal al fatului de la absenta statutului de persoana la statutul potential de persoana dar atata timp cat fatul este conectat la organismul matern, dependent de acesta, el nu este o persoana cu toate drepturile legale constituite si astfel el are interese in interiorul intereselor mamei si nu are drepturi comparativ cu mama care are drepturi legitime, naturale ce se afla deasupra intereselor fatului. Aceasta este situatia legala a fatului in tarile care sustin autonomia femeii si a dreptului ei la libertate, autoguvernare precum si drepturile sale procreative.
- ☐ Fatul este o viata in interiorul alteia, o dubla viata in interiorul organismului matern: viata este cea care ii alimenteaza interesele si drepturile sale pe care le dobandeste o data cu nasterea (repcum dreptul la viata ca drept pozitiv –drept care are la baza obligatia de corelativitate). IN SUA este specificat legal faptul ca fatul/copilul nenascut are dreptul legal de a incepe viata cu un corp si o minte sanatoasa si aceasta creaza o obligatie morala si legala pentru mama.



- 5) Ce se intampla daca deciziile materne se bazeaza pe obiceiuri neobisnuite? Trebuie ele respectate?
- 1) Parintii au garantata intimitatea vietii personale cu privire la viata lor (dreptul la intimitate) si la viata copiilor lor (viata lor de familie). Cu toate acestea exista limite in exercitarea acestui drept care atunci cand pune in pericol viata copilului obliga la interventia medicala si protejarea copilului nenascut/nascut (cu atat mai mult).
 - 2) Aspecte trans-culturale (cross-cultural issues):
 - 1) **De ce este important ca medicul sa respecte aceste aspecte?** Datorita importantei pastrarii relatiei medic-pacient.
 - 2) **Care este obligatia pe care o are un doctor atunci cand un pacient isi une in pricol viata (sa si a copilului nenascut) prin refuzul unui tratament necesar?** Informare, sa se asigure ca a fost clar (diligenta de claritate), sustinere psihologica, ajutor
 - 3) **Pot parintii sa refuze tratamentul copiilor lor bazandu-se pe convingerile lor (de orice natura)?**
Parintilor nu le este permis a decide de viata si de moarte asupra copiilor lor prin decizii care indepanrtand ingrijirea medicala la care este indreptatita orice persoana creaza astfel un risc asupra sanatatii ori vietii copilului. Medicul va informa si ii va face sa inteleaga ca ei nu slujesc cel mai bun interes medical al copilului (de principiu orice parinte doreste binele copilului sau si este de asemenea indpretatit sa sustina legal ca reprezentant al copilului , cel mai bun interes al acestuia cat si drepturile sale. Daca este necesar medicul va apela la ajutor pentru a proteja drepturile sau interesele copilului solicitand interventia autoritatilor care instituie protectia asupra celui vulnerabil si lipsit de aparare. Pe de alta parte medicul va manifesta grija si respect pentru valorile si convingerile familiei si nu va fi brutal dar va fi ferm in sustinerea intereselor copilului.
 - 1) **Ce fel de tratament pot parintii refuza pentru copilul lor?** Tratamentul care in intelegerea lor de reprezentanti legali ai copilului si aparatori ai drepturilor lui legale, considera ca ii pot aduce asupra riscuri si suferinte.
 - 2) **Poate un pacient sa ceara si sa oblige pe medicul sau sa ii dea o anumita forma de tratament pe care medicul nu o considera profesional indicata si potrivita?** Un medic nu este obligat moral sa acorde tratament dincolo de convingerile sale profesionale, dincolo de competenta sa ori de convingerile ce formeaza optiunea sa de constiinta cu exceptia situatiilor in care viata bolnavului este in pericol, situatii in care salvarea vietii pacientului devine principala sa indatorire.

Pe de alta parte medicul trebuie sa constituie si sa propuna pacientului un plan terapeutic pe care acesta sa il accepte si pe care sa il autorizeze prin consimtamantul sau informat: cooperarea pacientului si complianta la actul terapeutic sunt foarte importante pentru reusita actului medical si a stabilitatii relatiei medic-pacient.
- 6) **Se poate cere unei instante sa oblige mama la tratament spre binele fatului ei?** Medicii se vor obtine de la a desfasura proceduri ori acte medicale impotriva vointei femeii insarcinate si care este autonoma iar pentru cazul ein care aceasta este lisptai de autonomie vor proceda la autorizarea actului medical prin consimtamantul apartinatorilor (proxi consimtamant).
- dupa [<http://depts.washington.edu/bioethx/topics/cross.html>]

- **CAZURI**

1. "A 29-year-old woman had an obstetrical ultrasound at 33 weeks to follow-up a previous finding of a low-lying placenta. Although the placental location was now acceptable, the amniotic fluid index (AFI) was noted to be 8.9 cm.
 - Subsequent monitoring remained reassuring until 38.5 weeks, when the AFI was 6 cm. The patient declined the recommendation to induce labor, and also refused to present for any further monitoring.
 - She stated that she did not believe in medical interventions. Nevertheless, she continued with her prenatal visits.
 - At 41 weeks, she submitted to a further AFI, which was found to be 1.8 cm. She and her husband continued to decline the recommendation for induced labor. Which ethical duty takes precedence, the duty to respect the patient's autonomous decision, or the duty to benefit a viable fetus? Is induction of labor a harmful intervention, subject to the principle of nonmaleficence? (engl. original)". **Da in acest caz, abtinere de la inducerea nasterii impotriva vointei mamei si acursului ei natural.**
 - <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/maternc1.html>
2. "A 22-year-old woman in her first pregnancy with an unremarkable prenatal course presents with preterm labor at 28 weeks gestation.
 - Her contractions were successfully stopped with terbutaline. Discharge planning was reviewed with her, and she was instructed to follow a regimen of bed rest and oral terbutaline.
 - She reported that she did not intend to comply with these instructions. She believed that God would not allow her to labor unless it was time for the baby to deliver, and she indicated that He had communicated this to her. How can the physician ensure non-maleficence towards the mother and still promote beneficence towards her fetus? Is the mother competent? Should maternal autonomy prevail over other ethical concerns?". **Informare, consult, sustinere psihologica, supraveghere, ajutor atunci cand necesita interventie de urgenta. Mama este autonoma. Autonomia (daca exista) prevaleaza asupra moralitatii sau ingrijorarii cu privire la moralitate (bine si rau): autonomia dacă există înseamnă dreptul la libertate și impune datoria pozitivă de a îl apăra; dreptul la libertate este un drept fundamental care protejează pacientii de a fi tratați împotriva voinței lor în respectul față de persoana lor și față de umanitatea lor (Kant).**
 - <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/maternc2.html>

- CAZURI
3. "A mother brings her 18-month-old daughter to your office for a routine physical examination. The child has had no immunizations. Her mother says that they believe that vaccines weaken the immune system and have heard that vaccination can cause autism.
 - What is your role in this situation? Can parents refuse to immunize their children?"
 - Este vaccinarea obligatorie? Daca da se pot lua masuri legale dar chiar si asa medicul nu are voie sa restrictioneze ori sa dispuna tratamente cu forta (se anunta autoritate de control pe acest domeniu). Daca nu, nu se pot lua masuri legale, dar medicul are datoria sa infomrze, sa convinga si sa sustina valoarea vaccinarii si a schemei de imunizare explicand inclusiv efectele prejudecatilor ori lipsei de vaccinare si incercand sa faca pe parinte (reprezentant legal al copilului) sa vada care este cel mai bun interes al copilului lui.
 - dupa <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/maternc2.html>
 4. "A 3-year-old child is brought to your clinic with a fever and stiff neck. You are quite certain the child has meningitis. When you discuss the need for a spinal tap and antibiotic treatment, the parents refuse permission, saying, "We'd prefer to take him home and have our minister pray over him.
 - Can the parents refuse treatment in this case? How should you handle this?"
 - Medicul are datoria sa respecte autonomia si dreptul de reprezentare al parintilor privind protejarea binelui copilului cat si sa manifeste respect pentru convingerile acestora. Atunci cand viata copilului este in pericol medicul are datoria sa faca pe parinti sa inteleaga care este binele copilului si cel mai bun interes al sau pe care ei sunt indreptatiti (si obligati) sa il apere.
 - Daca medicul intelege ca starea de sanatate a copilului impune tratamente ori diagnostice pe care parintii nu le autorizeaza intentionat ori neintentionat incalcand datoria lor de reprezentare a celor mai bune interese ale copilului si de protejarea a vietii si sanatatii acestuia, atunci el este indreptatit legal sa actioneze spre protectia vietii copilului minor instituind deopotriva masurile medicale de urgenta care se afl ain competenta lui cat si solicitand ajutorul reprezentantilor statului care sunt indreptatiti sa apere oricarei persoane lipsite de aparare a drepturilor sale (dreptul la viata in acest caz) si care pentru un copil minor sunt autoritatea de protectie a copilului.
 - Dupa <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/maternc2.html>

5. Nou nascutul cu deficiente

- Medicul are datoria sa acorde ingrijire medicala oricarui nou-nascut. Este nu numai etic dar si legal pentru ca dreptul la viata ste un drept fundamental si un drept pozitiv in acelasi timp adica din categoria celor care implica actiuni spre implinire (corelativitate).
- Legal se poate vorbi de:
 - O nastere ce nu trebuia sa aiba loc (Wrongful birth) | ncazul unor boli congenitale care puteau fi diagnosticate prin screening prenatal dar nu au fsst si au conduse spre nasterea unui copil deficient
 - Este screening-ul prenatal obligatoriu? Nu. Nu se poate testa o mama fara consimtamantul acesteia.
 - O viata ce nu trebuia traita (Wrongful life): in discutie non existenta ca fiind mai bine decat existenta cu deficiente: instantele nu accepta admisibila cauz ain care a nu fi viu este mai bine decat a fi viu.
- Posibile erori medicale:
 - Lipsa diagnosticului prenatal atunci cand el se impunea.
 - Actiuni medicale care vatameaza copilul nenascut (tratamente in lipsa cunoasterii existentei sarcinii iin evolutie, etc.)
 - Lipsa de informare a mamie gravide cu privire la actiun imedicale ori tratamente care pot induce riscuri fatului (ex. istoric administrarea talidomidei)

Argumente in favoarea diferentei inter a omora si a lasa fara tratament

(Campbell, Downie, “Modern
pediatrics practice” 1989)

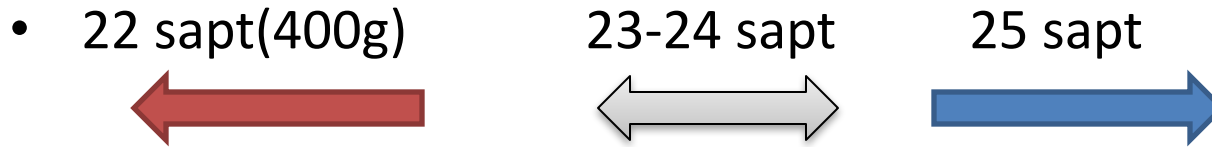
- “Este o diferenta uriasa psihologica intre a permite moartea sau a ucide, diferenta care este foarte importanta pentru personalul unitatilor de terapie intensiva [18]”.
-
- De asemenea, “Este o mare diferenta intre a nu folosi un incubator pentru a tine in viata un copil de 600 gr. si a face o injectie ucigasa, indiferent de faptul ca rezultatul este similar”.

Argumente in favoarea lipsei diferentei intre a omora si a lasa fara tratament (James Rachels)

- “In prima [varianta], Smith asteapta sa obtina o mare mostenire in cazul in care ceva s-ar intampla cu varul sau de 6 ani. Intr-o seara, in timp ce copilul se spala, Smith se furiseaza in baie si ineaca copilul, dupa care aranjeaza lucrurile ca totul sa para ca un accident.
- In a doua, Jones asteapta de asemenea sa obtina mostenirea in cazul in care ceva s-ar putea intampla cu varul lui de 6 ani. La fel ca Smith, Jones se furiseaza in baie cu gandul de a omori copilul in cada. Oricum, imediat ce el intra in baie, Jones vede copilul cum aluneca si se loveste la cap, si apoi cade cu fata in jos in apa, si Jones este incantat; asteapta aproape langa, gata sa impinga capul copilului sub apa in cazul in care necesar, dar nu este necesar pana la urma. Fara nici o bataie de cap, copilul se ineaca de unul singur, “accidental”, in timp ce Jones se uita si nu face nimic”. Jones considera ca este perfect iar el nu are nici o implicare”.

- Teste curente cu privire la boli congenitale ce au la baza erori de metabolism:
 - Hipotiroidism congenital
 - Hiperplazia adrenală congenitală
 - Galactozemie
 - Fenilcetonurie
 - Homocistinurie
 - Deficiența Glucose-6-phosphate dehidrogenaze
- **Aspecte în dispută:**
 - *Costuri și eficiență*
 - Costul anual al testării pentru 56,000 nou-născuți pentru 5 tulburări înscrise de metabolism (*Hiperplazia adrenală congenitală, deficiența medium-chain acyl-CoA dehidrogenaze [MCADD], deficiența long chain 3-hydroxyacyl-CoA dehidrogenaze [LCHADD], fenilcetonurie [PKU] and glutaric aciduria type 1 [GA 1]*) este de 2.5 milioane euro, 45 E/n-n. ([Autti-Rämö I et. al , Expanding screening for rare metabolic disease in the newborn: an analysis of costs, effect and ethical consequences for decision-making in Finland, *Acta Paediatr.* 2005 Aug;94\(8\):1126-36](#))
 - *Resursele*: de unde se iau banii: din surse private sau publice (în cazul surselor publice se prioritizează printre alte programe cu susținere publică: cancer, vaccinare, medicamente compensate, prevenția glaucom, etc.)
 - Dacă este din surse publice : *echitatea* este obligatorie adică trebuie testată TOATĂ populația feminină cu sarcină. Dacă este din surse private echitatea actului medical continuă să fie obligatorie pentru că să fie just dar nu se creează o obligație publică (adică o susținere de la bugetul public de sănătate pentru a testa toată populația în cauză), dar medicul trebuie să lupte pentru justiția actului său medical.
 - *Aspecte etice* (consimțământul obligatoriu -autorizarea mamei care nu este obligată-, o formă de eugenie)

6. Debutul viabilitatii



- Dupa standardele actuale:
 - 1) Justificabil peste 25 sapt.
 - 2) Compasionat sub 22 sapt
 - 3) De la caz la caz intre 23-24 sapt in raport cu posibilitatile medicale, dorintele parintilor si conditiile de sanatate ale copilului la nastere
- Este important de spus ca sub 25 saptamani exista o morbiditate si o dizabilitate crescuta incat decizia este complicata, o decizie comuna a personalului medical, a familiei, a societatii cat si incarcata de aspecte etice (ce este mai bine?)

[[Pignotti MS, Donzelli G. Perinatal care at the threshold of viability: an international comparison of practical guidelines for the treatment of extremely preterm births. *Pediatrics*. 2008 Jan;121\(1\):e193-8. doi: 10.1542/peds.2007-0513](#)].

7. Adoptia

- Posibile **conflicte etice** intre cel adoptat, familia adoptiva si parintii biologici
- **Pentru parintii biologici:**
 - de o parte*
 - dreptul la intimitate si confidentialitate
 - iar de cealalta (copilul)*
 - dreptul copilului de a-si cunoaste parintii biologici, identitatea parintilor si a sa, propria identitate culturala, ereditara, etc.
- **Pentru parintii adoptivi (familia):**
 - de o parte*
 - Dreptul de al constitui o familie fara interferente sau tertе interese
 - iar de cealalta (copilul)*
 - dreptul copilului de a-si cunoaste parintii biologici, identitatea parintilor si a sa, propria identitate culturala, ereditara, etc.
- **Pentru copil**
 - de o parte*
 - Autonomia, dreptul la informare si adevar
 - iar de cealalta (parintii biologici)*
 - anonimitate (protectia datelor personale)
 - parintii adoptivi*
 - loialitate, fidelitate, confidentialitate

Eugenia

Definiție

= NAȘTERE BUNĂ (eu „bun” + genos „naștere”)

= selecția caracteristicilor ereditare (genetice) în scopul îmbunătățirii populațiilor viitoare (referire cu predilecție la oameni) (E. Britannica)

Pornește de la premiza aplicării Legilor Mendeliene (1865) și a Teoriei Selecției Naturale (1859) în societatea umană

Clasificări

Poate fi:

- Pozitivă: încurajarea reproducerii persoanelor cu un fond genetic superior; se produce și natural
- Negativă: eliminarea de la reproducere a persoanelor cu un fond genetic inferior

Poate fi:

- Instituționalizată (susținută financiar de stat)
- Promovată de stat dar susținută doar de organizații private
- Interzisă de stat dar acceptată în formele care nu aduc atingere libertății unui cetățean (de exemplu eugenia voluntară, eugenia pozitivă)

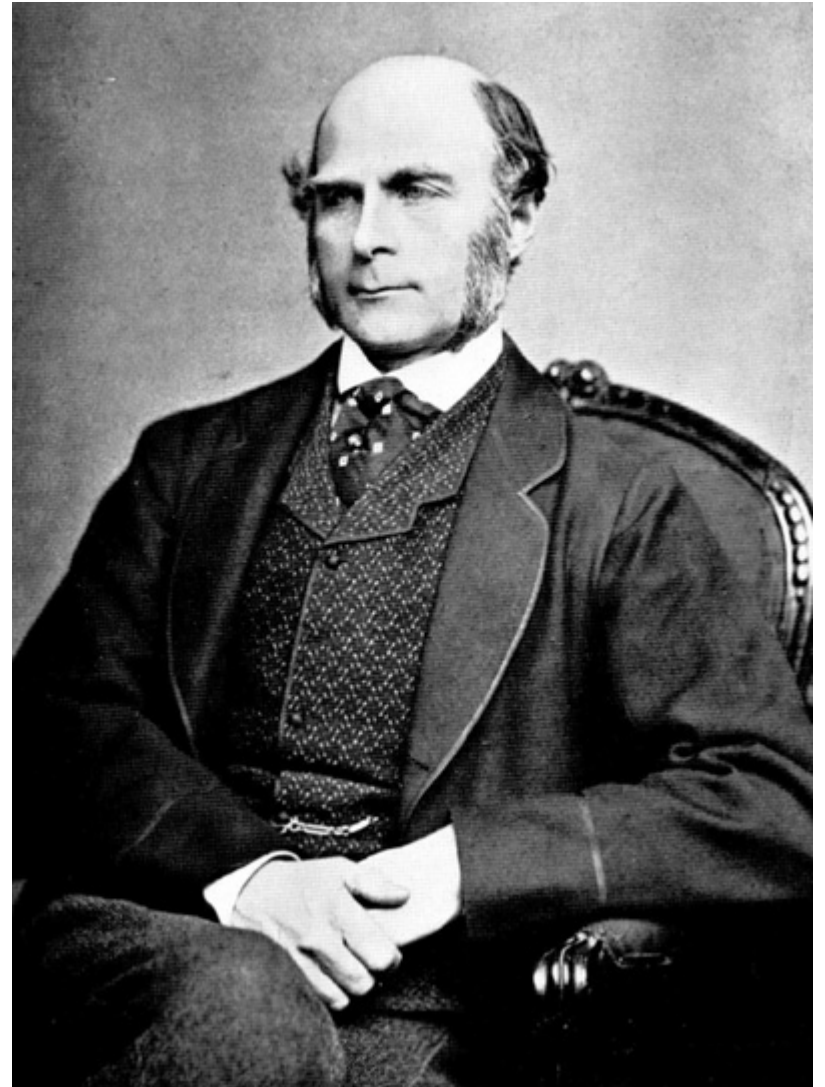
Istoric

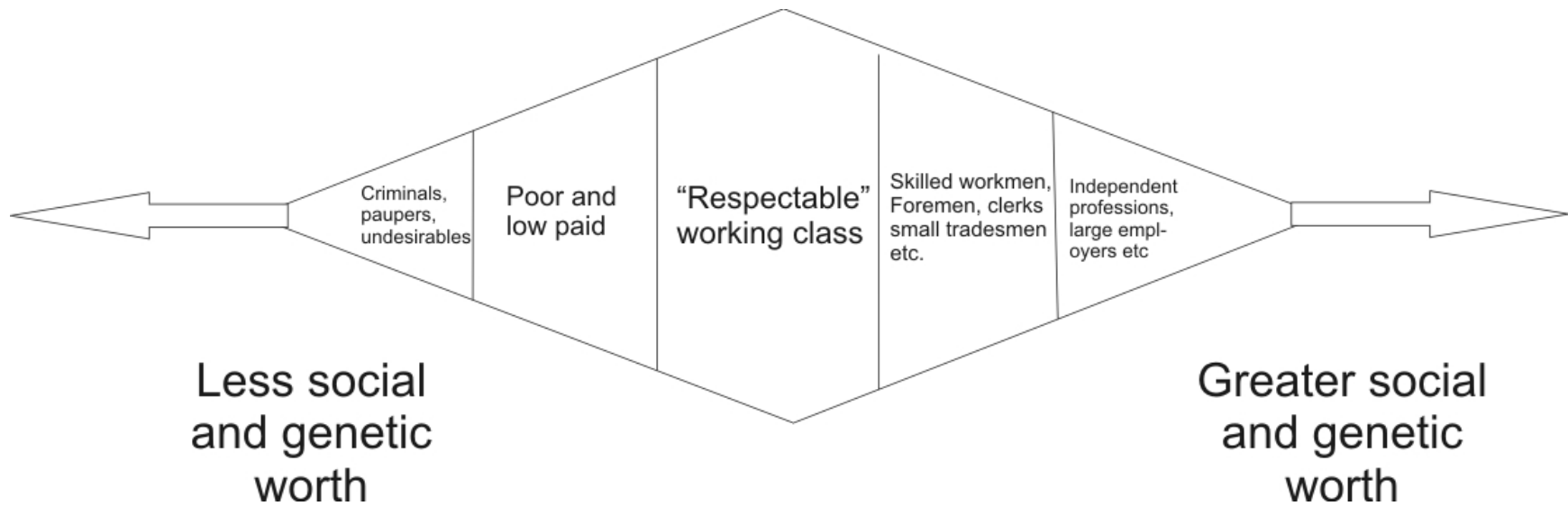
Înaintea lui Galton

- Sparta (900 IH – 192 IH): stat militarist în care copii nedemni de a trăi erau aruncați de pe muntele Taygetos (Apothetae)
- Roma (Cele 12 tabule, tabula IV, 451 IH): CITO NECATVS INSIGNIS AD DEFORMITATEM PVER ESTO (Orice copil născut cu diformități trebuie ucis) – Seneca îl privește ca pe un act rațional, util și nu unul de furie
- Platon (Republica, 368 IH): reproducerea umană ar trebui controlată de către stat; calificarea oamenilor în funcție de valoarea acestora
- Grecia, Roma antică: uciderea copiilor nedorți prin abandonarea acestora
- Victime de război: violarea femeilor +/- uciderea copiilor și a bărbaților +/- sclavie (practică acceptată în antichitate și epoca medievală dar condamnată și totuși prezentă în secolul XX)

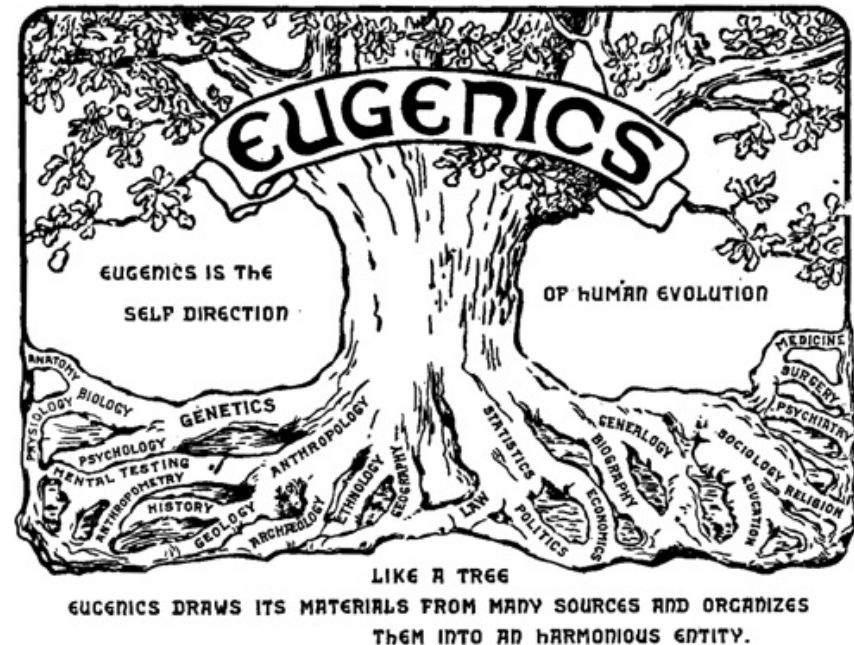
Francis Galton

- 1859: The Origin of Species
- 1869: Hereditary Genius
- 1883: Eugenics
- "the science of improving the inherited stock, not only by judicious matings, but by all other influences"



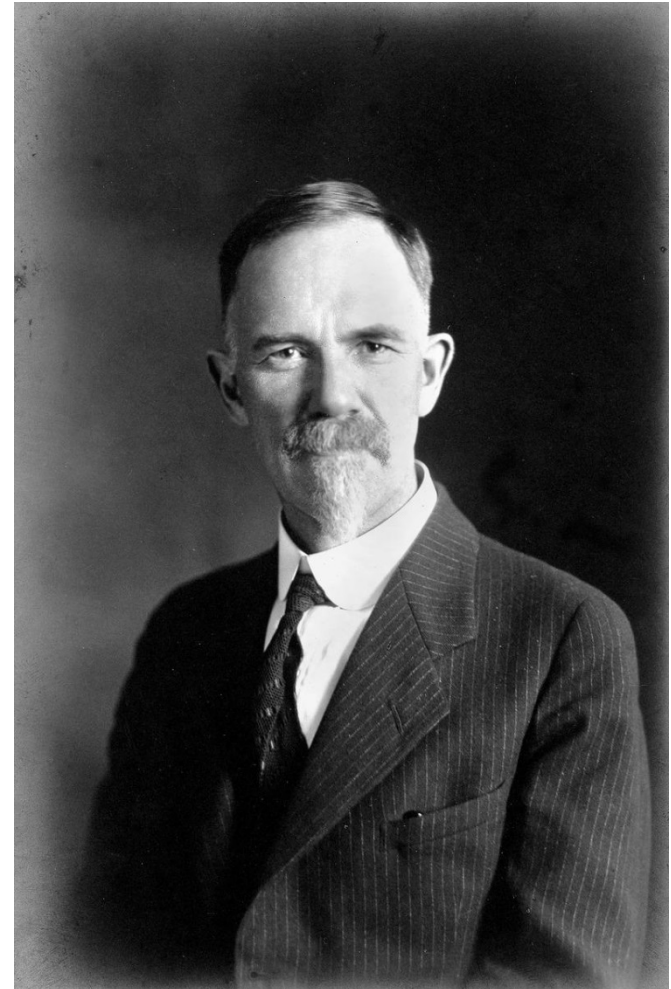


Congresul Internațional
de Eugenie (1912, 1922,
1932 – Londra, New
York)



Charles Davenport

- Profesor de zoologie la Harvard
- Publică în 1910 *Eugenics: the Science of Human Improvement by Better Breeding* în care afirmă că „people wouldn't interbreed if they knew for sure their offspring would be mentally inferior”
- Președinte al Federației Internaționale a Organizațiilor de Eugenie (1925)
- Davenport credea că nu numai că descendenții africanilor erau inferiori, dar și polonezii, irlandezii și italienii erau fundamental diferiți genetic. De exemplu că italienii ar avea o tendință genetică către crime și violență.



SUA – sterilizări non-voluntare

- Țintă: cei cu retard și bolnavi psihic, dar și surzi, orbi, epileptici, și diformi fizic (eugenic), deținuți criminali (punitiv și eugenic, mai rar), pedofilie (curativ și eugenic)
- Sterilizarea presupunea vasectomie sau castrare
- Se interzice căsătoria interracială (27 de state în 1927)
- 1900 – 1914: circa 1 milion de oameni/an imigrează în SUA
- Primele state: Indiana(1907), California și Washington(1909)
- După WW II sterilizările forțate au fost mai reduse și doar în scop eugenic
- U.S. Immigration Restriction Act of 1924 a favorizat imigrația dinspre nordul Europei și a restrâns pe cei din alte zone considerați „inferiori biologic”
- SUA: sterilizare până în 1970 a circa 65000 oameni în 33 de state

Legea pentru prevenirea urmașilor bolnavi genetic (1934 - Germania)

- 1896: Alfred Ploetz publică cartea „Igienă Rasială”
- 1920: Cartea „permisiunea de a distruge viața care nu merită trăită” - dreptul la viață trebuie câștigat nu asumat
- 1934: Sterilizarea chirurgicală a celor care suferă de următoarele patologii ereditare (1934):
 - Deficit mintal congenital,
 - Schizofrenie
 - Boala maniaco-depresivă
 - Epilepsia ereditară
 - Coreea Huntington ereditară
 - Orbirea ereditară
 - Surzirea ereditară
 - Orice diformitate ereditară
 - Alcoolism
- În total 400 000 persoane sterilizate în perioada 1934 – 1945)*
- 200 de instituții (Erbgesundheitsgericht) care se ocupau cu decizia impunerii sterilizării forțate
- Prin utilizarea argumentelor medicale, și eutanasia (T4 –Aktion) poate fi inclusă în cadrul unor tehnici de eugenie :oficial uciderea a circa 70000 de persoane cu dizabilități până în 1941 și neoficial până la 250000 persoane până în 1945*

Alte exemple

- Japonia și Coreea (aplicat): sterilizarea celor cu dizabilități, îmbunătățirea populației celor considerați inferiori (coreeni)
- Suedia, Norvegia, Danemarca, Finlanda (aplicat 1923 -1970): sterilizarea celor cu deficiențe: 170000 în țările scandinave
- Canada, Elveția (aplicat)
- Brazilia (ideologic, 1900 - 1950): îmbunătățirea rasei prin „albirea negrilor” (considerată rasă inferioară, neadaptabilă la o societate modernă)
- Australia (aplicat 1909 - 1970): îndepărtarea din cadrul comunităților a copiilor micști aborigeni – albi
- România, Marea Britanie (ideologic, până în 1945): susținută de foruri științifice
- URSS: până în anii 1960 respingere completă a teoriilor genetice și implicit a oricărei baze ideologice pentru eugenie (Lisenko-Michurinism)

Metode

- Genocid
- Infanticid
- Sterilizare non-voluntară
- Restricții maritale
- Avort după test prenatal
- Sfat genetic +/- sterilizare voluntară

Argumente CONTRA

- Relația dintre trăsături precum infracționalitatea/inteligența și caracteristicile genetice nu este de tip cauzal direct și precis
- Nu toate bolile genetice sunt defavorabile pentru individ sau societate (ex.: anemia falciformă în zonele afectate de malarie)
- Reducerea diversității genetice prin restrângerea grupului celor care se reproduc
- Actual numărul bolilor genetice identificabile este mic, limitându-se mult la cele homozigote
- În forma extremă se încalcă dreptul la libertate, viață și sănătate (autonomia, beneficența, non-maleficența, justiția)
- Folosită pentru a susține idei politice : extrapolări - pseudoștiință cu scop ideologic

Argumente PRO?

- Se pot expune argumente pro eugenie fără să se susțină doctrine și practici precum nazism, rasism, discriminare?
- Datorită consecințelor WWII termenul de eugenie a căpătat o conotație profund negativă, fiind asociat cu genocidul și încălcarea drepturilor omului
- În consecință argumentele PRO nu au ca obiect eugenia în totalitatea ei ci doar următoarele aspecte:

Eugenia (concept extins) – argumente PRO

- Selecția oamenilor care posedă gene favorabile are un caracter social și cultural, fără intervenția științelor medicale
- Stigmatizarea celor cu defecte perceptibile – acțiune psihosocială
- Interzicerea incestului, aplicată în majoritatea culturilor pe parcursul istoriei
- Eliminarea „genetică” a celor care prezintă boli/malformații incurabile înainte de vârsta reproductivă – se produce natural
- Nimeni nu își dorește un copil malformat mai mult decât un copil sănătos

Implicații în practica curentă

- Diagnosticul prenatal (ecografie, amniocenteză) cu distrugerea ulterioară produsului de concepție (cu potențial) malformat
- Screening-ul genetic preimplantare (pre-implantation genetic diagnosis (PGD))
- Diagnosticul genetic al adultului cu consilierea în vederea reproducerii; confidențialitatea acestor date, accesul la asigurări de sănătate
- Incestul – faptă penală
- În common law, Wrongful birth și wrongful life (acțiunea părinților respectiv a copilului împotriva doctorului)
- Lipsa accesului la îngrijire medicală a categoriilor defavorizate cu o rată crescută a decesului neonatal și maternal; cu toate acestea clasele sociale defavorizate economic au o natalitate global mai mare
- Actual se permite castrarea chimică temporară pentru cei care abuzează sexual copii, în scop terapeutic în unele state precum Polonia, Estonia, Moldova, Coreea de Sud, California
- Programe de planning familial în scopul reducerii frecvenței nașterilor (India, China);
- Necesitatea unor controale pre-maritale pentru boli genetice/BTS; în caz pozitiv sunt obligați la sterilizare (ex: Law of the People's Republic of China on Maternal and Infant Health Care)

CD al CMR (2012)

“ART. 22 Fapte și acte nedeontologice: Sunt contrare principiilor fundamentale ale exercitării profesiei de medic, în special, următoarele acte:

a) practicarea eutanasiei și eugeniei;

ART. 47 Limitări ale cercetării medicale. Sunt contrare scopului și rolului profesiei de medic următoarele activități în domeniul cercetării medicale:

a) orice intervenție medicală asupra caracterelor genetice prin care se urmărește modificarea descendenței unei persoane. Excepție fac situațiile care privesc prevenirea și tratamentul unor maladii genetice, situație în care se vor obține toate autorizările adecvate;

b) orice intervenție prin care se urmărește crearea unei ființe umane genetic identică cu altă ființă umană vie sau moartă;

c) crearea de embrioni umani în scopuri de cercetare;

d) orice intervenție de natură a determina sexul viitorului copil. Excepție fac situațiile în care în mod obiectiv este necesară determinarea sexului în scopul evitării unei boli ereditare grave legate de sexul viitorului copil;

e) examinarea caracteristicilor genetice ale unei persoane în alt scop decât medical și strict în condițiile și procedurile legale;

f) orice intervenție prin care s-ar urmări sau s-ar determina selecția persoanelor ori s-ar aduce atingere speciei umane;

g) participarea sau implicarea într-o activitate de identificare a unei persoane pe baza amprentelor sale genetice altfel decât în cadrul unei proceduri judiciare penale ori civile sau în scopuri strict medicale ori de cercetare științifică, ambele efectuate strict în condițiile legii;

h) participarea la orice fel de acte care au ca obiect conferirea unei valori patrimoniale corpului uman, elementelor sau produselor sale, cu excepția cazurilor expres prevăzute de lege.”

Statut legal în România

Noul cod civil (2011), art. 62:

- Interzicerea practicii eugenice
 - (1) Nimeni nu poate aduce atingere speciei umane.
 - (2) Este interzisă orice practică eugenică prin care se tinde la organizarea selecției persoanelor.

WMA, Declaratia asupra proiectului genomului uman (Spain, 1998, Santiago 2005)

“Pericolul eugeniei si folosirea genelor in scopuri nemedicale. Eugenia se bazeaza pe faptul ca genele au o importanta decisiva si modul in care se poate realiza distributia lor in populatie pot duce la modificari ale comportamentului reproductiv. Dupa acest concept binele general justifica limitarile asupra libertatii individuale.

Puterea informatiei creste ingrijorarea despre cum anume va fi folosita.

Exista inca temeri cu privire la posibilitatea unor programe guvernamentale eugenice pentru a “imbunatati rasa” si la folosirea tehnologiei medicale pentru scopuri nemedicale.”