

CONCEPTUL DE VULNERABILITATE ÎN ACTIVITATEA MEDICALĂ. SINTEZE BIOETICE

Ion BANARI, Victoria FEDERIUC, Elena ȘARGU,
IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Rezumat

Vulnerabilitatea este o caracteristică a condiției umane ce presupune diverse abordări. Antrenarea bioeticii în analiza conceptului de vulnerabilitate se explică prin necesitatea constituirii unei imagini integrale a acesteia, cu posibilități de aplicații reale în activitatea medicală clinică. În acest context, se propune a configura unele repere bioetice ale vulnerabilității în sistemul medical. Pentru atingerea acestui scop, au fost analizate diverse materiale științifice cu subiecte privind bioetica și medicina, identificate în bazele de date PubMed, MedLine, JSTOR. În sinteza finală au fost incluse 24 de lucrări științifice. Au fost utilizate preponderent metoda analitică și cea comparativă. Astfel, manifestarea vulnerabilității în actul medical vizează trei dimensiuni: 1) corpului uman îi este atribuită o vulnerabilitate fizică în dinamică; 2) susceptibilitatea la reacții adverse poate fi însoțită de vulnerabilitate emoțională; 3) cunoștințele cu privire la starea de sănătate pot determina vulnerabilitate cognitivă. Bioeticii îi revine sarcina de a realiza simetria dintre persoana vulnerabilă și lucrătorul medical, care trebuie să fie capabil să ofere sprijinul necesar. Abordarea bioetică a vulnerabilității contribuie la actualizarea conceptului vizat pentru activitatea medicală în ansamblu. Analiza tipurilor și a gradului de vulnerabilitate înaintea sarcina identificării nivelului vulnerabilității persoanei, precum și a procesului atenuării acesteia.

Cuvinte-cheie: bioetică, medicină, vulnerabilitate, pacient

Summary

The concept of vulnerability in the medical activity. Bioethical syntheses

Vulnerability is a characteristic of the human condition that have various aspects. Application of bioethics in the analysis of the concept of vulnerability is guided by the need to establish an integral image of it with possibilities of real applications in clinical medical activity. In this context, the paper aims configuring bioethical landmarks of vulnerability in the medical system, based on the synthesis of 24 scientific papers in the field of bioethics and medicine, identified in PubMed, MedLine, JSTOR databases. The analytical and comparative methods were mainly used. The manifestation of vulnerability in the medical act concerns three dimensions: 1) the human body is characterized by physical vulnerability in dynamics; 2) susceptibility to side effects may be accompanied by emotional vulnerability; 3) limited knowledge about health can lead to cognitive vulnerability. It is the task of bioethics to achieve the symmetry between the vulnerable person and the medical professional who must be able to provide the expected support. The bioethical approach to vulnerability contributes to updating the targeted concept for medical activity as a whole. The analysis of the types and degree of vulnerability advances the

task of identifying the level of vulnerability of the person, as well as the process of its mitigation.

Keywords: bioethics, medicine, vulnerability, patient

Резюме

Понятие уязвимости в медицинской деятельности. Биоэтический синтез

Уязвимость является характеристикой состояния человека, которая включает в себя различные подходы. Биоэтический анализ концепции уязвимости руководствуется необходимостью установить ее целостный образ с возможностями реального применения в клинической медицинской деятельности. В этом контексте предлагается определить некоторые биоэтические ориентиры уязвимости в медицинской системе. Для достижения этой цели были проанализированы различные научные материалы в области биоэтики и медицины, идентифицированные в базах данных PubMed, MedLine, JSTOR. В окончательный синтез были включены 24 научных работ. В основном использовались аналитические и сравнительные методы. Таким образом, проявление уязвимости в медицинском акте касается трех измерений: 1) человеческому организму присваивается физическая уязвимость в динамике; 2) подверженность побочным эффектам может сопровождаться эмоциональной уязвимостью; 3) знание о здоровье может привести к когнитивной уязвимости. Задачей биоэтики является достижение симметрии между уязвимым человеком и медицинским работником, который должен быть в состоянии оказать ожидаемую поддержку. Биоэтический подход к уязвимости способствует обновлению целевой концепции для медицинской деятельности в целом. Анализ типов и степени уязвимости продвигает задачу определения уровня уязвимости человека, а также процесса его снижения.

Ключевые слова: биоэтика, медицина, уязвимость, пациент

Introducere

Fenomenul de „vulnerabilitate” în activitatea medicală este un subiect destul de actual, având particularități contextuale și fiind dependent de sistemul sociocultural, tendințele politice, progresul economic, mediul natural, precum și de modul de percepere a realității și a trăirilor persoanei.

Actualmente, în linii generale, este acceptată convingerea că persoanele vulnerabile necesită atenție, îngrijire și protecție specială. Însă, datorită

diverselor semnificații și interpretări existente în literatura de specialitate, definirea vulnerabilității și a grupelor vulnerabile s-a dovedit a fi mai dificilă decât ne-am așteptat. Aceasta devine o problemă atât teoretică, cât și practică. În sens teoretic, incertitudinea cu privire la ceea ce înțelegem prin vulnerabilitate creează imagini cu caracteristici insuficiente și lacunare, deoarece, deși se acceptă că acest concept acoperă o arie largă de aplicare, este dificil de a înregistra și a conferi anumite particularități formelor de manifestare a vulnerabilității. Această incertitudine se datorează faptului că vulnerabilitatea apare și se manifestă în viața socială diferit, iar limitarea la o reglementare profesională ar putea fi nesatisfăcătoare, mai ales dacă survin noi forme și exteriorizări nereglementate sau notate în listele normative. În acest caz, caracterele definitorii nu pot fi justificate și se cere o nouă analiză sau actualizare. La nivel practic, nu putem ști cui ar trebui să li se acorde îngrijire și protecție necesară, cu alte cuvinte, ce formă ar trebui să ia această îngrijire și protecție [19].

În mod particular, viața unor pacienți depinde de accesul la îngrijirea medicală, gravitatea afecțiunii, adaptarea la patologii cronice, siguranța terapilor ce promet vindecarea etc. Totodată, în cazul unui pacient care necesită spitalizare, condiția vieții de moment este dependentă de modul de acomodare la mediul spitalicesc necunoscut sau neobișnuit, la un program zilnic ce nu este stabilit de către pacient, ci de echipa medicală și de cerințele instituționale. Și nu în ultimul rând, relația dintre medic și pacient reprezintă temeiul, procesul și rezultatul calității vieții pacientului [3]. Toate aceste contexte relevă, într-un mod subtil sau accentuat, forme de vulnerabilitate, în cazul în care așteptările subiecților nu corespund realității sau situației.

În prima fază, boala pacientului, sensibilitățile sale psihice, informația primită de la medic cu privire la starea de sănătate pot genera diverse forme de vulnerabilitate. În a doua fază, depășirea circumstanțelor vulnerabile ale pacientului prin abilitățile profesionale, morale și comunicative ale medicului implică suprasolicitare, program prelungit de lucru, obsesia de perfecțiune, rezistența scăzută la stres etc., ceea ce generează apariția *sindromului Burnout* (al epuizării profesionale) și afectează persoana medicului, acesta devenind, la rândul său, vulnerabil sub aspect fizic și psihic în interacțiunea sa cu pacientul. Or vulnerabilitatea medicului afectează și calitatea serviciului medical.

În activitatea medicală, analiza conceptului de vulnerabilitate antrenează o dublă abordare intrinsecă: pe de o parte, implică diverse forme și niveluri de vulnerabilitate ale persoanelor antrenate în actul medical (pacientul și lucrătorul medical); pe de altă

parte, cere modalitățile în care se poate dispune protejarea acestora prin intermediul unor măsuri speciale [11]. Astfel, problema vulnerabilității în practica medicală devine o preocupare complexă și, deși este utilizată frecvent, nu este definită integral, ceea ce poate duce la stigmatizare și marginalizare. Totodată, termenul „vulnerabil” necesită o întrebuintare responsabilă, prin acordarea atenției sub aspect teoretic pentru un înțeles integru, apoi o semnificație morală pentru a nu dăuna și, nu în ultimul rând, un context profesional pentru a stabili granițe aplicative.

Datorită diferitelor semnificații și interpretări existente în literatura de specialitate, care pot crea confuzii conceptuale, centrăm interesul de cercetare pe antrenarea bioeticii în analiza conceptului de vulnerabilitate, fiind ghidați de necesitatea constituirii unei imagini integrale a acesteia cu posibilități de aplicații reale, poate restrictive, în activitatea medicală clinică.

Scopul studiului este de a configura unele repere bioetice ale vulnerabilității existente în sistemul medical.

Materiale și metode

Studiul conține sinteza diverselor materiale științifice cu subiecte de bioetică și medicină, identificate în bazele de date *PubMed*, *MedLine* și *JSTOR*. Criteriile de selectare a lucrărilor științifice pentru cercetarea dată au fost: 1) lucrări științifice care analizează condiția universală (existențială) și particulară a vulnerabilității [4; 7–10; 13; 14; 20; 21; 23]; 2) cercetări ce abordează problema vulnerabilității în activitatea medicală [2; 3; 6; 11; 17; 19]; 3) studii care elucidează specificul vulnerabilității în activitatea medicală de cercetare în raport cu cea clinică [3; 5; 8; 11; 12; 24]; 4) lucrări ce redau aspectele bioeticii în abordarea persoanelor vulnerabile [1; 3; 5; 7; 9; 12; 15–18; 20; 22]. Numărul publicațiilor incluse în sinteză a fost condiționat de obiectivele înaintate în realizarea scopului. Astfel, în sinteza finală sunt incluse 24 de lucrări structurate metodologic prin problemele investigaționale, desfășurate în rezultate și discuții. Au fost utilizate preponderent metoda analitică și cea comparativă.

Rezultate și discuții

În lucrările academice, dar și în activitatea socială, conceptul de *vulnerabilitate* este interpretat în două feluri. Primul susține că condiția existențială (universală) a ființei umane este una vulnerabilă [2; 4; 7; 8]. Al doilea se concentrează pe anumite grupe sau persoane considerate vulnerabile [5; 8; 9]. Din perspectivă teoretică, prima formă este esențială și servește drept temei conceptual pentru constituirea tabloului de ansamblu al vulnerabilității. Totodată,

reprezintă punctul de debut, comun activităților sociale preocupate de subiectul dat. Această poziție accentuează ideea că ființa omului poate fi vulnerabilă sau potențial vulnerabilă. Martha Fineman constată, în acest sens, că vulnerabilitatea apare în constituirea noastră, poartă în sine posibilitatea iminentă sau permanentă spre vătămare, rănire și nenorocire [6]. Întrebarea pentru dezbatere ar putea fi: *Care este starea umană care-l face pe om vulnerabil, și invers, în ce condiție nu suntem vulnerabili?* Relatarea denotă faptul că vulnerabilitatea apare la om atunci când se află în raport cu ceva sau cineva – fie o persoană, societate, mediul natural, fie cu sine însuși. Dacă ființa omului este în potență vulnerabilă, atunci aceasta trebuie să posede conștiința vulnerabilității pentru a se proteja în acest sens. Cu alte cuvinte, să devină cine este prin spectrul abilităților sale intelectuale, afective și volitive. Aceasta aduce în arena discuțiilor termeni precum *risc, boală, calamități, vârstă* etc., iar în cadrul acestor teme se dezvoltă și a doua formă de interpretare a vulnerabilității, fiind centrată pe grupe sau persoane afectate de riscuri, calamități, patologii etc. Respectiva interpretare este utilizată atunci când se elaborează politicile de protecție socială, asistență socială și servicii de sănătate, referindu-se, totodată, la dreptul persoanelor sau a grupelor vulnerabile de a primi anumite beneficii, acces la anumite servicii, tratamente.

Punctul de vedere al acestor două tabere iau, de obicei, o formă controversată, unde fiecare își susține propria valoare și necesitate. Însă nu controversa este interesul nostru, care generează incertitudini, ci evidențierea importanței lor. Prima interpretare are perspective esențiale pentru a conceptualiza și a cerceta sensul și cauza vulnerabilității ființei umane. Domeniile implicate în studiu ar fi filosofia prin ramurile sale: ontologia, etica, antropologia etc. Rolul acestor incursiuni este de a semnaliza eventualele pericole de stigmatizare, marginalizare și umbrirea vocilor, trăirilor celor văzuți vulnerabili, survenite în utilizarea unilaterală a acesteia. Această remarcă reprezintă o provocare la nivel teoretic, metodologic și etic pentru cercetarea vulnerabilității în domeniile activităților sociale și care este câmpul de studiu al celei de-a doua interpretări. De asemenea, valoarea acestor erminii este să recunoaștem întregul și partea în natura situațională, relațională, temporară și structurală a vulnerabilității.

Așadar, este necesar să constituim o definiție extrasă din cele discutate pentru a putea aplica în activitatea medicală și a delimita intervențiile discursului bioetic la subiectul dat.

Definiție

Vulnerabilitatea umană este o noțiune complexă și contextuală de natură situațională, relațională și temporală, ce se referă la o persoană sau la grupuri de persoane, care din cauza unei stări fizice, afective și cognitive se află în pericol de a fi lezată sau distrusă, datorită susceptibilității la influențe destabilizatoare, în consecință nu are abilități de a lua decizii proprii sau nu dispune de capacitate suficientă pentru a-și controla și proteja interesele.

Abordări teoretice și practice ale vulnerabilității în activitatea medicală

Încercarea noastră de a defini vulnerabilitatea este una complementară, cu un caracter general, ce reflectă teoretic componentele vulnerabilității. Însă, când ne referim la activitatea medicală, apar unele sinteze aplicative. Definițiile oscilează între doi poli: pe de o parte, găsim un principiu bioetic european al vulnerabilității, considerat o expresie universală a condiției umane [13; 17; 18; 20; 22; 23] și care deschide multiple căi de implicare a bioeticii în activitatea medicală de cercetare și cea clinică; pe de altă parte, o expresie a persoanelor care nu sunt în măsură să dea consimțământul sau care sunt mai susceptibile de a fi exploatate [3; 5; 16; 24]. Ultima se fundamentează pe consimțământ, daune și etichetarea grupelor vulnerabile și s-a dezvoltat preponderent în activitatea medicală de cercetare [3; 11]. Definițiile bazate pe consimțământ sunt propuse de unele acte normative [16]. Cele bazate pe daune și grupe vulnerabile sunt găsite în diverse ghiduri etice [5; 12]. Aceste definiții au fost criticate ca fiind prea largi sau prea restrânse de către autorii care au propus să înlocuiască scrutinul special pentru populațiile vulnerabile cu o protecție continuă a indivizilor conform reglementărilor existente și concentrându-și atenția asupra caracteristicilor protocoalelor de cercetare și clinice care reflectă diverse provocări bioetice [3].

Într-un final, nu există un consens cu privire la definirea conceptului de vulnerabilitate în activitatea medicală, dar sunt înaintate și un șir de propuneri de nuanță bioetică, cum ar fi: de a atribui niveluri de vulnerabilitate persoanelor, mai degrabă decât de a eticheta grupe specifice ca fiind vulnerabile [14]; de a analiza problemele clinice și experiențele de vulnerabilitate [9; 10]; de a dezvolta un concept al vulnerabilității bazat pe nevoi, în locul celui bazat pe consimțământ [10; 15]; de a include noțiunile de „a fi vătămat” și de „a fi nedreptățit” în cadrul conceptului de vulnerabilitate [11]; trebuie să se stabilească o caracterizare și o sistematizare mai detaliată a spectrului abilităților umane și a dife-

ritelor moduri în care acestea conțin elemente de vulnerabilitate [3]; conceptul de vulnerabilitate ar trebui să evite imaginea relației dintre beneficiarul de asistență medicală și furnizor ca relație între un individ dependent și neputincios, pe de o parte, și o altă persoană capabilă să ofere tot ajutorul necesar, pe de altă parte [3].

Recomandările semnalate înglobează problema manifestării vulnerabilității în actul medical și cerințele de îngrijire clinică, unde să se regăsească și contextul vulnerabilității. Considerăm valoros să reflectăm cele trei dimensiuni ale vulnerabilității dezvoltate de Joachim Boldt și cerințele îngrijirii clinice a persoanelor vulnerabile înaintate de Samia A. Hurst.

În lucrarea *The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy* [3], Joachim Boldt dezvoltă trei forme ale vulnerabilității întâlnite în asistența medicală:

1. **Vulnerabilitate fizică** – boala, durerea și în general suferința, motivul esențial al asistenței medicale, sunt semne vizibile ale vulnerabilității fizice a corpului uman. În același timp, corpul bolnav este caracterizat de o vulnerabilitate fizică crescută în sine. În comparație cu corpul sănătos, sensibilitatea sa la vătămare, la infecții și dureri, de exemplu, adesea crește semnificativ [3].

2. **Vulnerabilitate emoțională** – diagnosticul unei afecțiuni cronice progresive severe sau perspectiva morții poate provoca frică, furie și disperare. Arhitectura spitalului și rutina clinică pot condiționa intimidare și confuzie. Aceste stări emoționale sunt semne vizibile ale unei vulnerabilități emoționale anterioare și crește uneori probabilitatea ca ele să persiste în continuare. Autorul le exemplifică, și anume: disconfortul poate duce la lipsa complianței la tratament, stările de agitare influențează negativ succesul terapiilor, iar durerea prelungită poate duce la pierderea relațiilor sociale și la izolare [3].

3. **Vulnerabilitate cognitivă** – descrie dificultățile crescute ale pacienților în anumite situații de a înțelege faptele medicale și alte lucruri vitale. Mai mult, înțelegerea acestor fapte presupune întotdeauna și aspecte evaluative. Atunci când se înțelege impactul potențial al unei boli cronice asupra vieții viitoare a pacientului, scenariile sunt construite și evaluate în funcție de modul în care acestea afectează interesele, preferințele, valorile și ideile ce descriu o calitate bună a vieții. Atunci când li se cere să aleagă o opțiune de tratament, pacienții trebuie să examineze aceste opțiuni din punctul de vedere al preferințelor lor. Uneori, adaptarea vieții pacienților la o boală cronică poate pune în discuție valorile și preferințele care au format până acum viața lor.

Pacienții s-ar putea simți îndemnați să înlocuiască valorile pe care le respectau odinioară.

Toate acestea înseamnă că vulnerabilitatea cognitivă cuprinde atât înțelegerea faptică, cât și raționamentul evaluativ. Înțelegerea faptică poate fi compromisă de incertitudine și frică cu privire la viitor. Raționamentul evaluativ presupune luarea deciziilor cu efecte grave și pe termen lung în ceea ce privește sănătatea și viața viitoare a persoanei, iar aceste mize mari pot provoca anxietate. Raționamentul evaluativ poate consta, de asemenea, în nevoia de a restructura valorile și ideile umane, care definesc parțial cine este și ceea ce reprezintă o persoană. În acest caz, raționamentul evaluativ devine un proces de tranziție a identității personale care este orientat de experiențe, preferințe și valori, dar care nu este ghidat în mod ferm de aceste preferințe și valori. Și iarăși, acest proces va fi adesea însoțit de o incertitudine neliniștitoare [3].

Dimensiunile constituite de Boldt înaintază două teze esențiale. Prima implică discursul etic de natură formativă, prin care se subînțelege că exteriorizarea și manifestarea vulnerabilității la pacient și la lucrătorul medical sunt dependente de nivelul de devenire a acestora întru ființa morală. Lipsa unei calități morale devine situație vulnerabilă în potență pentru unul din subiecții implicați în relația terapeutică. A doua teză vizează capacitatea lucrătorului medical de a antrena bioetica pentru a îngriji și proteja persoana vulnerabilă prin reperatele sale. Ambele cazuri sunt complementare în relația medic – pacient.

La rândul său, Samia A. Hurst continuă cele dezvoltate de Boldt și formulează cerințe pentru o îngrijire etică clinică. Important este că Hurst, în lucrarea *Vulnerability in research and health care: describing the elephant in the room?* [11], susține că protecția nu se bazează pe vulnerabilitatea în sine, ci pe o altă sursă valabilă ce cauzează vulnerabilitate. Aceasta apare ca o cerere de protecție specială la *probabilitatea crescută de producere a greșelilor și a daunelor în activitatea medicală*, care includ accesul la asistență medicală, acoperire financiară adecvată, autodeterminare, confidențialitate, considerarea corectă a alocării resurselor și beneficierea de asistență medicală. Accesul la asistență medicală poate fi împărțit în continuare în: *disponibilitatea* sau gradul în care furnizorul are resursele necesare pentru a satisface nevoile pacientului; *accesibilitatea* sau ușurința cu care pacientul poate ajunge fizic la locația serviciilor de sănătate; *acomodarea* sau gradul în care serviciul de sănătate este organizat în moduri ce răspund constrângerilor și îndeplinesc preferințele pacienților; *facilitatea* sau modul în care tarifele furnizorului se potrivesc cu

capacitatea și disponibilitatea de plată a pacienților; *acceptabilitatea* sau măsura în care pacienții sunt compatibili cu caracteristicile serviciilor de sănătate, și

invers [11]. Exemple de vulnerabilitate legate de aceste cerințe expuse de Samia A. Hurst sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Vulnerabilitatea în îngrijirea clinică după Samia A. Hurst [11]

Accesul la asistența medicală	1. Disponibilitate	• Pacienții cu boli rare au nevoie de intervenții care necesită o tehnologie costisitoare
	2. Accesibilitate	• Distanța față de serviciul de sănătate, responsabilitatea rudelor dependente
	3. Acomodare	• Ore de lucru lungi sau inflexibile
	4. Facilitate	• Sărăcia, lipsa de asigurare, distanța (costuri mari de transport)
	5. Acceptabilitate	• Populații cu motive de neîncredere în sistemul de asistență medicală
Acoperire financiară adecvată		• Probabilitate mai mare de a fi refuzat asigurarea, cum ar fi condițiile preexistente sau factorii de risc
Evitarea neglijării sau a nu fi ofensat		• Pacienții mai susceptibili de a fi tratați în moduri neobișnuite, furnizorii de servicii medicale, familiile acestora sau pacienții care pretind a avea anumite litigii
Autodeterminare / autonomie		• Dificultăți în primirea sau înțelegerea informațiilor relevante: necunoașterea limbii
		• Dificultăți în solicitarea unui rol în luarea deciziilor
		• Lipsa capacității de luare a deciziilor: unii copii, unii pacienți cu tulburări mentale, pacienții comatoși
		• Lipsa libertății de a face o alegere voluntară <ul style="list-style-type: none"> ○ prin libertate limitată: prizonieri ○ prin slăbiciune socială: minorități, refugiați, uneori femei ○ prin slăbiciune ierarhică: angajați din spital, studenți
Confidențialitate		• Persoane publice, furnizori de servicii medicale, familiile furnizorilor de servicii medicale
Obținerea unei considerații corecte în alocarea resurselor		• Pacienții cu risc de a-și vedea dobânda la reducere, cum ar fi: <ul style="list-style-type: none"> ○ pacienți bolnavi în stadii terminale ○ pacienți vârstnici ○ persoane cu dizabilități ○ persoane discriminate sau marginalizate social
A avea o voce în calitate de părți interesate în asistența medicală		• Persoanele defavorizate sau marginalizate social
Prevenirea bolilor		• Persoanele cu mai puțin acces la educația în sănătate
		• Persoanele aflate la capătul inferior al spectrului socioeconomic

Dimensiunile vulnerabilității analizate de Joachim Boldt și modalitatea de prezentare a susceptibilității producerii greșelilor și daunelor în medicină de către Samia A. Hurst accentuează raționamentul conform căruia conceptul de vulnerabilitate în activitatea medicală clinică este unul contextual, ce rezultă dintr-o realitate interdependentă de subiecții relației terapeutice, instituțiile medicale, mediul social și cel natural. Perceperea și înțelegerea dată îi oferă vulnerabilității și statut de principiu bioetic, devenind astfel parte din mecanismul metodologic de luare a deciziilor morale. Tabelul descris de Hurst antrenează principiile morale ale bioeticii (autonomiei, binefacerii, nedăunării, demnității, integrității, echității, vulnerabilității) [1; 18] în evaluarea continuă a accesului la asistența medicală, acoperire financiară, autodeterminare etc., specifice activității medicale.

Concluzii

1. Găsirea unui consens conceptual cu privire la vulnerabilitatea în activitatea medicală este puțin probabilă, dar se cere o antrenare investigativă

continuă, deoarece survin noi forme și exteriorizări ale vulnerabilității, cu noi forme de îngrijire și de protecție.

2. Vulnerabilitatea poate fi interpretată ca o caracteristică a condiției umane, dar totodată și ca un criteriu de evaluare morală a modalităților de respectare a autonomiei pacientului, a calității vieții, a demnității, integrității și echității în îngrijirea clinică. Acestea marchează perspectivele bioeticii de a interveni în disputele actuale cu privire la multiplele manifestări ale vulnerabilității.

3. Abordarea bioetică a vulnerabilității contribuie la actualizarea conceptului vizat pentru activitatea medicală în ansamblu. Analiza tipurilor și a gradului de vulnerabilitate înaintea sarcina identificării nivelului vulnerabilității persoanei, precum și a procesului atenuării acesteia.

4. Protecția bioetică a subiecților în relațiile terapeutice nu se bazează pe vulnerabilitatea în sine, ci pe sursa care cauzează vulnerabilitate. Îngrijirea subiecților în actul clinic se fundamentează pe vulnerabilitatea în sine.

Bibliografie

1. Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principles of biomedical ethics*. Eighth Edition. New York and Oxford: Oxford University Press, 2013. 512 p.
2. Beth C., Preto N. Exploring the concept of vulnerability in health care. In: *Canadian Medical Association Journal*. 2018, vol. 190(11), pp. 308-309.
3. Boldt J. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. In: *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*. 2019, vol. 14(6) (citat iunie 2020). Disponibil pe: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13010-019-0075-6#Bib1>
4. Cunha T., Garrafa V. Vulnerability. A Key Principle for Global Bioethics? In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2016, vol. 25, pp. 197–208.
5. *Etica cercetării biomedicale: ghid pentru cercetători*. Coord. R. Gramma. Chișinău, 2017. 144 p.
6. Fineman M.A. The vulnerable subject: anchoring equality in the human condition. In: *Yale Journal of Law and Feminism*. 2008, vol. 20(1), pp. 8–40.
7. Fineman M. A. Vulnerability in Law and Bioethics. In: *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2019, vol. 30(4), pp. 52-61.
8. Grabovschi C., Loignon C., Fortin M. Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. In: *BMC Health Services Research*. 2013, vol. 13 (citat iunie 2020). Disponibil pe: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/94>
9. Henk ten Have. *Vulnerability. Challenging bioethics*. London and New York: Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group. 2016. 220 p.
10. Hoffmaster B. What Does Vulnerability Mean? In: *The Hastings Center Report*. 2006, vol. 36(2), pp. 38-45.
11. Hurst S.A. Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room? In: *Bioethics*. 2003, vol. 22(4), pp. 191-202.
12. *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans*. Fourth Edition. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). 2016 (citat iulie 2020). Disponibil pe: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>
13. Kottow M.H. Vulnerability: what kind of principle is it? In: *Med. Health Care Philos.* 2004, vol. 7, pp. 281-287.
14. Luna F. Elucidating the concept of vulnerability: Layers not labels. In: *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 2009, vol. 2(1), pp. 121-139.
15. Macklin R. Bioethics, Vulnerability and Protection. In: *Bioethics*. 2003, vol. 17(5-6), pp. 472-486.
16. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research. The Belmont Report (1979) *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* (citat iulie 2020). Disponibil pe: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/>
17. Ojovanu V. *Axiologia și Medicina. Dimensiuni teoretico-metodologice*. Chișinău: UASM, 2012. 304 p.
18. Rendtorff J.D. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability – towards a foundation of bioethics and biolaw. In: *Med. Health Care Philos.* 2002, vol. 5, pp. 235-244.
19. Reynolds J.M. Renewing Medicine’s basic concepts: on ambiguity. In: *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2018, vol. 13(8) (citat august 2020). Disponibil pe: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-018-0061-4>
20. Ries N.M., Thomson M. Bioethics and universal vulnerability: exploring the ethics and practices of research participation. In: *Medical Law Review*. 2019, vol. 28(2), pp. 293–316.
21. Rogers W., Mackenzie C., Dodds S. Why bioethics needs a concept of vulnerability. In: *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 2012, vol. 5(2), pp. 11–38.
22. Thomson M. Bioethics & Vulnerability: recasting the objects of ethical concern. In: *Emory Law Journal*. 2017, vol. 67, pp. 1207-1233.
23. Țirdea T.N. *Bioetică: curs de bază. Manual*. Chișinău: CEP „Medicina”, 2017. 331 p.
24. Weissman J. Vulnerability and obligation in science and medicine. In: *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. 2019, vol. 44(3), pp. 263–278.

Ion Banari,

doctor în filosofie, lector universitar,
Catedra de filosofie și bioetică,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel.: 069922209,
e-mail: ion.banari@usmf.md