

mai orientează comportamentele și acțiunile sociale în domenii decisive ale vieții cotidiene americane : afacerile și politica. Cunoscuta toleranță religioasă a americanilor poate fi interpretată, de asemenea, ca „un semn că valorile cruciale ale sistemului nu-și mai găsesc loc în cadrul religios”⁷. Credința riscă astfel să devină doar o chestiune personală, fără recunoaștere socială și eficacitate publică. Simbolismul religios tradițional, valori ca supunerea, fatalitatea, destinul, suprarationalitatea credinței nu mai întâlnesc adeziunea omului modern pe care și-o dispută cu succes sistemele secularizate de valori și simboluri.

În ultimul deceniu, se conturează tot mai evident o tendință de refuz a valorilor și comportamentelor prescrise de biserica oficială, chiar în cadrul clerului, mai ales al celui din America Latină, ceea ce agravează și mai mult criza actuală a religiei. „Revolta clerului”, cum este denumit fenomenul în America Latină, nu este pur afectivă, un fenomen de nonconformism pur și simplu, ci este determinată de contextul social-politic și cultural al țărilor respective. Antagonismele care există actualmente în cadrul bisericii catolice latino-americane au dat naștere la diverse curente de opinie și de acțiune, determinând atitudini diferite față de biserica instituțională. Această mișcare de contestare, de protest și de acțiune care tinde să se generalizeze, cuprinde partea clerului care se consideră progresistă, sau chiar de deschidere revoluționară, decisa să nu mai accepte valorile bisericii oficiale pe care le consideră perimate, refuzând atitudinea conservatoare, de menținere a *statu-quo*-ului. Este deci vorba nu numai de reflecții teologice, de modernizare și renovare ecleziastică, ci și de mobilizare și schimbare socială. Desigur, nu putem fi de acord cu ideea că forța cea mai capabilă în lupta de eliberare și dezvoltare progresistă a Americii Latine ar putea fi biserica catolică, oricât de radicale ar fi renovările pe care și le propun o parte a clerului. Ceea ce am dorit să evidențiem este că, în anumite condiții, tendința de a pune de acord valorile și normele religioase cu contextul istoric, etnic-național, social-politic și cultural duce la concluzia necesității angajamentului politic și a respingerii prescripțiilor bisericii oficiale.

Pentru ieșirea din criza actuală, în fața bisericii și a religiei în general stă următoarea alternativă : fie acceptarea unui rol tot mai marginal în viața societății contemporane, fie, ca să supraviețuiască, asumarea a ceea ce teologul protestant Harvey Cox⁸ numea sarcina majoră a teologiei, în deceniile următoare : inovarea deliberată pe planul religiei, *modernizarea religiei* în toate componentele sale. Întreprindere nu mai puțin riscantă însă.

PROBLEME SOCIALE ȘI JURIDICE ALE MEDICINEI

Prof. univ. dr. Grigore Popescu

Societatea se confruntă astăzi cu probleme ale sănătății și boli care fac apel la rezolvări de natură politică și a căror semnificație socială crescândă poate fi dedusă din multiplele măsuri de „management” sanitar, în domeniul metodelor și previziunilor implicate în sectorul de îngrijire medicală.

Sănătatea și boala au atins astăzi un proces de socializare crescândă care necesită o responsabilitate social-economică. Consumul de asistență medicală crește la toți parametrii, iar prețul și eficiența acesteia evoluează în mod constant în funcție de perfecționarea serviciilor, de evoluția structurii morbidității, de structura pe grupe de vîrstă a populației. Structurile organizaționale vechi nu mai corespund noilor nevoi ale populației. Revoluția industrială și urbanismul au produs importante schimbări și restructurări în sistemul de îngrijire, în viața comunităților și a familiilor.

În științele medicale — ca științe ale acțiunii — în epistemologia, statuarea, clasificarea lor, s-au produs convergențe, s-au creat alianțe interdisciplinare care încearcă să se adapteze noilor sensuri ale evoluției medicinei.

⁷ Will Herbert From, *Protestant, Catholic, Jew in Perspectives on the Social Order*, New York, 1968.

⁸ Harvey Cox, *La cité séculière*, Casterman, Tournai, 1968.

Aceste probleme au fost dezbătute pe larg la Amsterdam, între 5 și 10 august 1979, în cadrul celei de-a VI-a Conferințe Internaționale de sociologia medicinei, care a reunit peste 100 de reprezentanți autorizați din 30 de țări — șefi de departamente medicale, profesori, cadre didactice, oameni de știință și universitari de prestigiu, dintr-un număr de peste 60 de centre universitare medicale¹.

Conferința s-a axat pe o problemă complexă legată de trei teme majore: *Organizarea îngrijirii sănătății în contextul politic și social respectiv; Luarea deciziei în politica sănătății; Strategii de intervenție și măsurile de sănătate ce decurg.*

Fiecare din aceste teme au fost dezbătute în 15 secțiuni care au abordat teme ca: îngrijirea primară a sănătății, sisteme comparative de îngrijire a sănătății, rolul publicului (consumatorului) în politica de sănătate; probleme privind stabilirea de priorități în alocarea resurselor; relațiile dintre politica socială și cea medicală; controlul costului îngrijirii sănătății; strategii de intervenție și măsurile de sănătate ce decurg din modelele de comportament privind stilul de viață; probleme metodologice ale strategiilor de intervenție în măsurile de sănătate; probleme etice în experimentul uman etc.

Un număr apreciabil de specialiști în domeniul sociologiei medicinei, ecologiei umane și științei comportamentului sănătății a colectivității și practicii medicale au subliniat metodele prin care sociologia medicinei poate să răspundă problemelor majore pe care le ridică sănătatea și boala în condițiile civilizației actuale, analizând relațiile asistenței medicale cu factorii social-economici și considerațiile politice într-o societate complexă, industrială.

În cadrul Conferinței s-au subliniat eforturile comunității internaționale de a stabili o nouă ordine economică, principiu bine definit în cadrul politicii noastre externe, care s-a bucurat de aprecieri unanime, cu mari finalități umane în domeniul sanitar și social care să satisfacă aspirațiile omului, să mențină sănătatea, să garanteze securitatea umanității, având în vedere nevoile într-un context uman nou.

Discuțiile privind îngrijirea primară a sănătății în lumea a treia au evidențiat că ordinea internațională a ajuns la un moment de cotitură, că speranțele de a crea o viață mai bună pentru comuniunea familiilor umane și de a transforma societatea par iluzorii. În prezent sînt mai mulți infomețați, bolnavi, analfabeți decît în perioada cînd O.N.U. a fost creată pentru a suprima aceste inegalități și a le remedia². Lipsa unei strategii clar formulate pentru ameliorarea condiției umane, conduita morală discutabilă, presiunea ce se exercită asupra resurselor naturale, pun de multe ori în pericol integritatea socială a omului, care-și pune întrebări și are speranțe.

Conferința a definit principiile îngrijirii sănătății în cadrul politicii științifice a medicinei subliniindu-se că în etapa actuală s-a trecut de la era empirică la era politicii științifice de menținere a sănătății. Grijile sănătății primare au devenit un concept ce însoțește judicios obiectivul: „sănătății pentru toți în anul 2000”. Acesta a fost și sensul Conferinței miniștrilor sănătății de la Alma-Ata din 1978.

Integritatea profesunii medicale în procesul general de instituționalizare a actului medical și a relației medic-colectivitate-familie-grup social — abordată în același context — capătă semnificații ce depășesc sfera medicinei și necesitatea de a se clarifica aspectele teoretice și practice pentru definirea conceptelor privind locul și rolul sănătății în cadrul ordinii sociale și economice.

Orice sistem medical trebuie să fie capabil de a-și modifica structura organizării și a valorilor sale pentru a putea rămîne viabil și eficient în raport cu cerințele de a asigura condiții optime de bunăstare fizică, psihică, și socială, membrilor societății. Sistemele naționale

¹ S-a remarcat participarea unor personalități de mare renume, cunoscute pe plan mondial ca: dr. Peter J. M. Ewan — directorul departamentului editorial de științe sociale și medicină din Anglia; prof. Mikio Yamamoto, profesor al Universității de medicină Tokio; J. H. Hagen, directorul departamentului de sănătate publică Utrecht; Jude Thomas May, prof. dr., șeful departamentului de sănătate al Universității din Oklahoma; John H. Bryant, reprezentant în biroul executiv al O.M.S., Washington, S.U.A.; dr. B. M. Kleczkowski, șef departament servicii de sănătate O.M.S.; prof. dr. Aaron Antonovsky, șeful departamentului sociologia medicinei Israel; F. J. Bennette, prof. dr., șeful departamentului sănătate, Universitatea Nairobi; dr. Robert E. Bloom, președintele comitetului legislativ al Societății medicale Michigan, S.U.A.; dr. Lucy M. Cohen, președintele Societății de antropologie, Washington, S.U.A.; James O. Gibbs, directorul conducerii științifice a serviciilor de sănătate și de cercetări proiective; prof. dr. Y. Nuyens, șeful departamentului sociologia medicinei, Louvain (Belgia) — observator O.M.S. etc.

² Ni se pare semnificativă și poziția lui T. Adeoye Lambo, director general adjunct al O.M.S. (în revista „Santé du Monde”, oct. 1979).

de îngrijire a sănătății, sublinia dr. B. M. Kleczkowski³, trebuie să aibă în vedere: *impactul cu problemele de sănătate a populației; acoperirea necesităților prin alocarea resurselor; eficiența serviciilor în atingerea obiectivelor prin minimum posibil de cost.*

Sistemul de servicii de sănătate trebuie să ia în considerare mediul și influențele asupra sănătății determinate de factorii fizici, sociali, geografici și să imprime priorități prezente și viitoare pentru comunitate — individ-familie în cadrul structurilor organizaționale, prin echipe medicale care să aibă obiective comune, specificitate a sarcinilor, coeziune și să folosească resursele locale în cadrul unei politici științifice, strategice, în mișcare, care să aibă drept scop grija față de sănătatea populației.

O problemă majoră dezbătută a fost și aceea de revizuire a sistemului de formare a cadrelor medicale care să țină seama de efectele tehnologiei specifice și influența acestora din punct de vedere fizic, social și economic ca și organizarea de centre de îngrijire a sănătății subordonate Ministerului Sănătății sau forurilor executive sau legislative cu reprezentanți ai medicinei și ai altor categorii de populație.

Au fost discutate, de asemenea, probleme privind diversele sisteme de îngrijire medicală și s-a constatat, prin compararea datelor acumulate, că profesiunea medicală este supusă în lume unor critici în ceea ce privește organizarea.

Întrebarea care a atras atenția tuturor a fost legată de faptul dacă structurile medico-sanitare existente corespund noilor structuri economice, sociale care se manifestă din ce în ce mai pregnant în societatea modernă. În lupta pentru a salva pe individ de la moartea biologică cu implicațiile ei asupra colectivității, medicina trebuie să-și îndrepte eforturile împotriva „morții sociale”, cu alte cuvinte să-și asume responsabilitatea față de colectivitate privind dependența dintre starea de sănătate a forței de muncă și implicațiile economice și sociale.

Salvarea de la moartea biologică conduce la dependență socială în cazul bolnavilor cronici, infirmilor și invalizilor care trebuie să fie întreținuți de societate, în timp ce salvarea de la „moartea socială”, conduce la integrarea acestora ca forță activă în raport cu posibilitățile lor psiho-fizice, contribuind astfel la rezolvarea problemelor individuale și ale colectivității care pe lângă faptul că este degrevată de întreținerea lor, își sporește volumul forței de muncă active.

O serie de cercetări comparative⁴ în domeniul îngrijirii sănătății efectuate pe baza noțiunii de interese diferite, pornind de la felul schimbării anumitor obiceiuri până la acela al revoluției sociale cer eforturi în formația medicală pentru a depăși nivelul cunoștințelor biologice cu cele sociale și a se stabili sau elabora o teorie corespunzătoare în vederea unei analize comparative a eficacității serviciilor medicale preventive, curative, recuperatorii.

Este important să demonstrezi existența beneficiului înaintea și deasupra oricărui efect *placebo* posibil. Demonstrația să cuprindă și comparația. Noua măsură, intervenție propusă trebuie să demonstreze mai bine decât procedurile în serviciile existente că beneficiul este real, nu un efect *placebo*.

Când două sau mai multe intervenții sînt de eficacitate și valabilitate echivalentă este de preferat cea care implică prețul de cost cel mai scăzut, cel mai convenabil.

Nu este de folos o intervenție dacă nu este acceptabilă din punct de vedere social și egal accesibilă tuturor subgrupurilor sociale pentru care a fost creată. Interesante au fost și discuțiile care s-au purtat asupra faptului că medicinei nu îi revine în realitate meritul descreșterii generale a morbidității și mortalității și că o serie de factori politici ai societății respective legați de condițiile de viață, de locuință, de nutriție, sanitare au o pondere tot atât de mare⁵.

A prezentat interes poziția corectă a lui P. Wright⁶ care a combătut tendința de acceptare a premizei potrivit căreia ar exista o medicină neutră, tehnică, independentă de societate și lină față de determinările sociale.

De menționat poziția lui M. Field⁷ care a subliniat că din punct de vedere istoric și spre deosebire de starea de lucruri din multe alte țări, organizarea politică S.U.A. a fost

³ B. M. Kleczkowski, (O.M.S.), *Matching goals and health care systems: an international perspective*, Amsterdam, 1979.

⁴ Paul U. Unschuld, *Comparative System of Health Care*, in „Social Science”-Medicine, nr. 25, august 1979.

⁵ Mark Field, *The Health System and the Policy. A Contemporary American Dialectic* (comunicare, Amsterdam, 1979).

⁶ Peter W. G. Wright (England), *Some Recent Developments in the Sociology of Knowledge and their Relevance to the Sociology of Medicine* (comunicare, Amsterdam, 1979).

⁷ Mark Field, *op. cit.*

preocupată doar marginal sau indirect de problemele sănătății, prestării de îngrijiri medicale și de sistemul sanitar în general. Acest sistem s-a bucurat timp de aproape două secole de un grad considerabil de libertate și autonomie, existind doar un minimum de reglementări, directive și control din partea autorităților centrale ale statului, federale sau locale. Beneficiarii acestei politici de nonintervenție au fost pe de o parte spitalele filantropice și particulare, iar pe de altă parte medicii practicieni și facultățile de medicină.

Baza filozofică sau fundamentul ideologic, așa cum arată M. Field, a acestei stări de lucruri se găsește în credința tradițională potrivit căreia sectorul particular și mecanismele vieții libere le pot îndeplini mai bine cu cheltuieli mai mici, cu beneficii mari pentru societate și fără birocrație.

Această convingere a fost acreditată, până de curind, de ideea potrivit căreia îngrijirea medicală este un bun de consum, și nu o necesitate vitală pe care individul îl cumpără dacă își poate permite și că societatea nu dăorează nimănui îngrijire medicală. Multe semne, subliniază Mark Field, arată că această situație de distanțare între organizarea politică și sistemele sănătății sînt în curs de schimbare inevitabilă sub impactul așa-zisei „crize a sistemului sănătății” într-o direcție care va apropia sistemul american de experiența majorității celorlalte țări.

În trecut intervențiile autorităților centrale și locale pentru a furniza servicii și sprijin se limitau la anumite categorii de persoane nu pe bază generalizată. Aspectul manifest al „crizei” de azi pare să fie mai mult rezultatul unor cheltuieli ce se ridică în spirală și aparent incontrolabile. Ținînd seama de faptul că sistemul sanitar este astăzi un sector important, dacă nu cel mai important al țării, impactul lui asupra țării și asupra economiei ei, asupra situației folosirii forței de muncă și asupra inflației, este departe de a fi neînsemnat.

Aceste elemente, poate mai latente, contribuie la întărirea caracterului de urgență și sentimentului de criză: presiunile politice și ideologice pentru o mai mare egalitate în fața bolii și a morții.

Potrivit părerilor exprimate de unii participanți, sistemul sanitar american este un „non-sistem”. O atenție deosebită s-a acordat interacțiunii dintre organizarea politică și sistemul sanitar în trecutul american și în alte societăți, mai cu seamă în acelea care, structural se aseamănă cel mai mult cu S.U.A. de astăzi (industriale, urbanizate, pluraliste) și unde organizarea politică a jucat și un rol important mai activ decît în echivalentul lor american.

Analiza relației dintre distribuția geografică a îngrijirilor primare, situația geografică a zonelor cu multiple privațiuni sociale, comportamentul de amplasare a medicilor de medicină generală: reacția politicii statale față de aceste discrepante au constituit premisele comunicărilor: *Stabilirea priorităților în alocarea resurselor*, prezentată de către Harold Copeman (Anglia) și cea a lui Paul L. Knox (Scoția): *Privațiunile medicale, regionale și politica statală*.

Aici s-a avut în vedere în mod special variabilele calitative intraurbane și diferențele de accesibilitate la serviciile de îngrijire primară, aspecte neglijate în formularea politicii unor state. Aceste discrepante întăresc diferențele spațiale de privațiuni sociale și de îngrijire medicală. Politica privind forțele de muncă medicale trebuie integrată în abordarea cuprinzătoare a planificării sociale corespunzător altor domenii.

Comunicările au analizat alocarea după criterii geografice, precum și echilibrul care trebuie menținut între serviciile medicale preventive, curative, recuperatorii și cele sociale prin deciziile pe care le iau autoritățile centrale și locale împreună cu planificarea strategică și operativă a serviciilor sanitare (planuri strategice pe 10 ani și planuri operative pe 3 ani în îndeplinitele obligații de autoritățile locale).

Au fost analizate, de pildă, dificultățile de antrenare a unor clinicieni în munca de planificare și de raționalizarea implicată a prestațiilor individuale (resurse nefiind nelimitate). S-a examinat dacă informațiile ce ni se dau corespund sau nu necesităților reale ale funcționării serviciilor și modul în care pacientul poate afecta rezultatele „mașinii birocratice sanitare”.

Prof. dr. Yvo Nuyens, șeful departamentului de sociologia medicinei la Universitatea Louvain (Belgia) a subliniat *expansiunea și diversificarea domeniului sociologiei medicale și necesitatea de a forma medici cu asemenea pregătire pentru învățămînt, pentru practica medicală*⁸. Au fost apreciate evoluția domeniului îngrijirilor medicale și sociologiei medicale, descrierea programelor de formare din R.F.G., S.U.A., Polonia etc. formularea obiectivelor de învățămînt în facultăți și colegii medicale, elaborarea programelor analitice. S-a apreciat, de asemenea, rezultatele activității de învățămînt din R. S. România în domeniul sociologiei medicinei, iar lucrarea *Sociologia medicinei* (București, Edit. medicală, 1976), a fost apreciată ca un document de importanță valoare culturală.

⁸ Y. Nuyens, *Teaching medical sociology: Retrospective and prospect*, Amsterdam, 1979.

Tendința dominantă a dezvoltării sociologiei medicinei a fost calificată de prof. dr. Samuel Bloom drept o deplasare de la situația unei discipline bine încheată, preocupată de cunoaștere ca atare, la aceea unei adevărate științe politice, implicate în aplicarea sociologiei medicinei la problemele sistemelor de îngrijire a sănătății. Sociologia medicinei, ca parte a mișcării științelor comportamentului, s-a angrenat din ce în ce mai mult în procesul învățămîntului medical, în perioada anilor 50 și 60 de cînd primește și sprijinul guvernelor.

Ultimele două decenii sînt considerate pentru domeniul sociologiei medicinei drept „epocă de aur” cînd există un sprijin generos atît pentru învățămînt cît și pentru efectuarea cercetărilor fundamentale. Fazele dezvoltării apar în programele de învățămînt ale sociologiei medicale începînd de la apariția ei ca domeniu de specialitate pînă la elaborarea unor programe concrete de formațiune.

S-au subliniat și o serie de probleme cu care se confruntă sociologul în acest domeniu, în alegerea datelor, în înțelegerea de către ceilalți colegi a rolului său complex de expert căutat și dorit, dar în același timp supărător, util și valabil pentru contribuția pe care o aduce la ameliorarea sistemului de îngrijire a sănătății, a condiției umane.

S-a remarcat, de asemenea, poziția lui Harum I. Smith în comunicarea: *Considerente etice în cercetările care implică subiecți umani*.

Problema consumului de îngrijiri medicale, rolul consumatorilor — în politica de sănătate, orientarea birocratică a îngrijirii sănătății, studiile privind satisfacția consumatorului și conceptul de consumator au fost analizate și audiate cu interes⁹.

Din discuțiile purtate au reieșit preocupări pentru concepte ca: sistemul medical, sistemul terapeutice sau sistemul de îngrijire a sănătății; eforturi pentru identificarea variabilelor socio-culturale care influențează structura și conținutul ca și pentru comportamentul indivizilor și grupurilor ce fac parte din ele. Au fost intervenții care au scos în evidență o serie de variabile independente ce determină variabile dependente în sistemul medical privind: conținutul ideilor de cauză, efect, prevenire, tratament și variabilele practicii, tehnicii și instituțiilor privind aceste idei.

În acest sens s-au subliniat: mutările actuale de control științific al episoadelor bolii — existența unui status al nevoii de îngrijire a sănătății — și definirea lui ca un proces în care diferite grupuri pot fi cuprinse cu diferite grade de autoritate și responsabilitate; diferențele în calitatea îngrijirilor (inegalități), de acces la îngrijiri (urban-rural; statusuri sociale, etnice și alte discriminări). Eforturile actuale se depun pentru statusul de sănătate al populației iar toate forțele medicale își îndreaptă atenția în acest sens. Aici intervin rolul jucat de medici, structura bifurcată a autorității, comportamente diferite față de tehnici noi între medici, influența medicilor în deciziile medicale etc.

Promovarea îngrijirii sănătății este bazată în practică pe metode științifice și sociale acceptabile și pe o tehnologie universal accesibilă indivizilor și familiilor din comunitate, prin întreaga lor participare și la un cost pe care comunitatea și țara pot să le mențină în fiecare stadiu al dezvoltării lor în spiritul autoîncrederii și autodeterminării¹⁰.

Principiile sănătății primare, pe care le subliniază dr. Rosalinda S. Valenzuela, le-ar constitui: 1. orice formă de îngrijire a sănătății să fie posibilă pentru întreaga populație. Aceasta înseamnă că fiecare țară poate avea forme de îngrijire a sănătății pe care le dorește și de care are nevoie; 2. participarea colectivității este baza principiilor de îngrijire primară a sănătății, entitatea care își cunoaște cel mai bine problemele; 3. îngrijirea sănătății să fie legată de comunitate și dezvoltare națională, să cuprindă și alte sectoare ca agricultura, educația, armata etc.

Problema centrală în îngrijirea sănătății primare este aplicabilă în toate țările și include 8 elemente: educația privind problema sănătății și metodele de prevenire și control; problema alimentației; apei potabile și aspectele sanitare; îngrijirea mamei și copilului; imunizarea contra bolilor infecțioase; prevenirea și controlul bolilor endemice locale; tratamentul bolilor obișnuite; accesibilitatea directă la orice oră din zi și noapte. Cu strategiile posibile se pot avea în vedere: cooperarea-coordonarea intersectorială cu agricultura, educația și protecția mediului; expansiunea serviciilor de sănătate existente; crearea de noi servicii, organisme care nu există pentru îngrijirea sănătății, în raport cu posibilitățile financiare, asigurarea de servicii de sănătate mobile și statice, după nevoile terenului; supravegherea sănătății muncii; utilizarea unor sisteme proprii de medicină după nevoile populației. Măsurarea sănătății prin: rata mortalității, a morbidității, speranța de viață la naștere etc. Actualul status de sănătate pune foarte multe probleme și obligă administrațiile ca la noi nevoi să creeze noi servicii.

⁹ Wim J. A. Vanden Heuvel, *The role of the public/consumer in health policy*, Amsterdam, 1979.

¹⁰ Dr. Rosalinda G. Valenzuela (O.M.S.), *Intervention Strategies and Health Outcome Measures: Methodological Issues*, Amsterdam, 1979.

Intervenția delegației române* *Dinamica dezvoltării acțiunii sociale și a serviciilor medicale în țara noastră*, s-a bucurat de atenție deosebită prin problematica amplă pe care a abordat-o în contextul legii sanitare, al intervenției societății în organizarea ocrotirii sănătății.

Comunicarea a analizat relația dintre structurile sanitare din România, care merg în pas cu evoluția economică și socială a țării, grija față de politica de cadre medicale, circuitul acestora în raport cu nevoile de dezvoltare și profilul de morbiditate pe întreg teritoriul. Orientarea profilactică a asistenței medicale, gratuită, rațională, funcționalitatea în flux continuu, ordinea de prioritate a acțiunilor de ocrotire a sănătății, politica științifică de decizie în circuitul protecției sănătății, adaptabilitatea unităților la cerințele în creștere ale populației au atras atenția participanților.

Cel de-al X-lea Congres mondial de drept medical care a avut loc în aceeași lună, august 1979, la Gand în Belgia a dezbătut problemele, mult discutate, ale eticii medicale. S-a remarcat participarea unor personalități de mare renume: prim-miniștri, miniștri, guvernatori, membri ai congreselor, președinți de curți de apel, de tribunale internaționale, profesori universitari, medici, juriști, sociologi, șefi de departamente cu influență în statele respective¹¹. S-au susținut puncte de vedere în ceea ce privește politica sanitară — păstrarea sănătății oamenilor nu ca o problemă individuală ci ca una care interesează întreaga societate, ceea ce reclamă acte normative de drept medical cu alt caracter ce vor trebui incluse în drepturile și îndatoririle medicilor cit și în preocupările de sănătate publică și de îngrijire medicală individuală.

Vicepreședintele Asociației mondiale de drept medical, A. Carni¹², a subliniat că, în etapa actuală, „nu există suficiente dispoziții legale care să rezolve dilema prejudiciilor cauzate de neglijențele intervenite în tratamentele medicale”. (Lucrarea *Necesitatea introducerii unor schimbări în „Dreptul medical în anii viitori”*). Există încă comportamente lipsite de etică profesională ale unor medici. S-au înmulțit procesele intentate medicilor pentru practica necorespunzătoare, ceea ce nu constituie o soluție, fiind necesare alte alternative decît acelea din prezent care nu fac altceva decît să mărească numărul medicilor care caută, în primul rînd, să-și asigure protecția împotriva unor eventuale procese. Unii pacienți s-au îmbogățit de pe urma unor sentințe incredibil de generoase, iar alții — victime ale unor tratamente necorespunzătoare — nu-și cunosc drepturile.

Același autor a făcut analiza afecțiunilor cauzate direct sau indirect de unele tratamente neadecvate care sînt și vor rămîne un fenomen inevitabil, arta vindecării constituind o permanentă luptă împotriva necunoscutului și imprevizibilului. Se mai întîlnesc cazuri cînd „diagnosticul se stabilește prin ghicirea trecutului, în timp ce prognoza reflectă speranțele viitorului, iar orice intervenție medicală comportă riscuri”.

Dilema în care se află magistrații în stabilirea răspunderii este aceea a comparării tratamentului aplicat de cel pîrît cu tratamentul probabil al colegilor săi calificați.

Juriștilor cu pregătirea necesară domeniului lor, le lipsește totuși calificarea care să le permită o decizie informată, sau chiar numai înțelegerea unei probleme medicale complicate. Ei pot consulta experți și audia martori competenți, dar nici asocierea dintre capacitatea magistratului și cunoștințele expertului nu reprezintă garanția unei sentințe juste, deoarece există diferite curente și școli de gîndire medicală. Magistratura trebuie să fie debarasată de sarcina de a determina controversele medicale.

„Locul medicilor este în spitale, nu în fața instanțelor de judecată; ei trebuie să combată microbii, bolile, nu juriștii”. Totuși în caz de controversă decizia trebuie să aparțină unor membri prestigioși ai profesiei medicale, care să cerceteze aplicarea corectă a procedurii medicale și respectarea eticii profesionale. Acest lucru implică noi metode de învățămînt medical și mai ales dezvoltarea disciplinelor social-umaniste cu implicații medicale, sociologia medicinei avînd un rol precumpănitor.

Noul domeniu al dreptului medical va trebui să îmbrățișeze aspecte diferite ale vieții, va fi necesară luarea în considerare a moralei, sociologiei, filozofiei și a multor puncte de vedere sociologice, psihologice și ale altor științe.

* Prof. dr. Popescu Grigore și dr. Alfons Profeta.

¹¹ Amintim cîteva personalități: W. Martens, prim-ministru, R. van Elsalude ministrul justiției, A. Califice, ministrul prevederilor sociale; Y. Ramaekens, ministrul educației naționale; L. D. Hoore, ministrul sănătății, R. de Kinder, guvernatorul Flandrei orientale. Decanii facultăților de medicină, drept: prof. dr. W. Spann, München, președintele Congresului; prof. dr. Eg. Spanoghe, președintele Asociației mondiale de drept medical (S.U.A.), prof. J. Pinto Da Costa (Portugalia), dr. K. Bai (Japonia), șef departament sociologia medicinei, dr. Buris (Ungaria), prof. dr. M. K. Newman (S.U.A.), dr. H. Schultz, președintele Asociației pentru păstrarea sănătății (S.U.A.), J. Mandel (R.F.G.), J. E. Magnet (Canada).

¹² Carni A. (Israel), *Medical law in the nineties*, Gand, 1979.

În discuțiile purtate s-a avut în vedere și colaborarea la nivel mondial prin : culegerea și înmagazinarea datelor prin calculatoarele electronice în cadrul unor centre mari medico-legale ; reuniri multidisciplinare internaționale. Materialele culese vor fi furnizate tuturor centrelor interesate, iar reuniunile vor facilita înțelegerea unor aspecte complicate în care se interferează mai multe domenii — marile deosebiri interregionale care evidențiază diferențele de calificare și cunoștințe se vor reduce necesarmente, viitorul omenirii depinzând de ajutorul reciproc.

Uncas Serner¹³, secretar al Comisiei parlamentare a noii legislații sanitare și de îngrijire medicală, a făcut o analiză a reglementărilor în vigoare a îngrijirilor medicale în Suedia subliniind că parlamentul și guvernul prescriu, prin legi și ordonanțe, structura organizatorică (ierarhia spitalicească, organizarea regională, tratamentul ambulator) tuturor cetățenilor, cu absolută egalitate în drepturi. Printre propunerile făcute autorul a subliniat necesitatea de a se acorda mai multe drepturi pacientului în procesul de diagnostic și tratament ; răspunderea medicului și a individului pentru sănătatea lui ; pacientul să aibă dreptul de a obține toate informațiile privind starea lui de sănătate și tratamentele posibile. Grijă față de individ, grup, colectivitate să se facă prin control planificat asupra stării de sănătate pentru a se cunoaște din timp modificările incipiente între normal și patologic ; pacienții să dobândească o poziție mai puternică în procedura disciplinară, având dreptul de a se plînge atît comisiei de disciplină cît și de a apela la o instanță superioară.

Herman Iys (Belgia) a analizat legislația belgică legată de planificarea sistemului de îngrijiri medicale și de normele impuse cetățenilor care beneficiază de astfel de îngrijiri. Statutul nu mai permite constituirea de spitale fără un „certificat de necesitate” din partea Ministerului Sănătății și Familiei. Administrațiile spitalicești au cerut compensație pentru această „pierdere de autonomie” sub forma cererii unui fond special, înlăturîndu-se concurența între diversele unități rezultate de pe urma „alocațiilor bugetare anuale”.

P. Cocle (Belgia), a abordat necesitatea unei noi definiții a responsabilității medicale dezbătînd problema naturii contractului între practician și bolnav și a naturii responsabilității care-l angajează pe practician. Relațiile medic-pacient trebuie să fie relații umane și nu administrative. Raportul bolnav-medic să fie un contract unde al treilea nu poate interveni. În executarea acestei convenții se poate face apel la Securitatea socială pentru a evita ca un cost ridicat al maladiei să-l împiedice pe bolnav să primească îngrijirile la care are dreptul.

Prof. dr. O. Csell a pus în discuție directivele etice și juridice ale Academiei elvețiene de științe-juridice subliniind că orice studiu experimental asupra omului trebuie să fie precedat de evaluarea corespunzătoare a riscului pe care îl împiedică și a beneficiului obținut pentru subiect sau colectivitate.

Eutanasia este un mod de omucidere intenționată (chiar cînd este practică la cererea bolnavului) și este penalizabilă¹⁴. Comisia Academiei elvețiene de științe medicale, a subliniat autorul, este pe punctul de a elabora o serie de teme în vederea trasării unor directive (după aprobarea senatului) : Directive pentru transplantare ; și donatorul și beneficiarul trebuie să rămînă anonimi ; recomandări asupra fecundării artificiale, donatorul să rămînă anonim etc.

Prof. dr. Aptrick A. Molinari (Canada), în intervenția sa, a subliniat că dreptul la sănătate conține, în plus, o varietate destul de vastă de măsuri propice pentru a asigura calitatea serviciilor oferite. În Canada există o comisie care controlează calitatea îngrijirilor și a actelor profesionale.

Dr. Ed. Kayserling (Canada) a clasificat răspunderile legale ale medicului și necesitatea unei uniformizări a acestei răspunderi : elucidarea datoriei medicilor și personalului medical în procesul de luare a deciziilor medicale ; elucidarea rolului egal al pacientului în luarea acestor decizii, crearea condițiilor în care legislația să prevadă măsuri concrete și complexe pentru a corespunde puterii crescînde asumate de tehnologia bio-medicală.

Dr. Annik Dorsner (Franța) a avut în vedere responsabilitatea chirurgului ; arătînd că medicul chirurg nu mai lucrează singur ci cu o întreagă echipă așa încît responsabilitatea se împarte mai ales între chirurg și anestezist. Fiecare este răspunzător pentru specialitatea sa. În cazul în care pacientul a vorbit numai cu chirurgul acesta este răspunzător și pentru greselile anestezistului, în cazul în care pacientul vorbește și angajează și pe anestezist acesta va răspunde pentru prestația sa. Demonstrarea unei greseli medicale nu este un lucru ușor pentru victimă — pe de o parte acesta se lovește de solidaritatea echipei sau de faptul că experții, într-o expertiză, sînt înclinați să manifeste o anumită indulgență față de confrății lor. Acțiunea de reparație se substituie acțiunii de responsabilitate.

¹³ Reglementarea drepturilor pacienților și egalității îngrijirilor în legislația Suediei și Schultz H. (S.U.A.), *Special liability problems of the health maintenance organization (H.M.O.)*

¹⁴ Aceeași problemă a fost ridicată de Shapiray (Israel), *Euthanasia : From the point of view of Halacha*, Gand, 1979.

Dr. N. W. Sonit (Olanda) în intervenția sa a recomandat elaborarea unei definiții a concepției despre tratament care să țină seama de toate aspectele medicale, legale și sociale.

Prof. dr. Antonio De Lorenzo (Spania) a abordat „dreptul de sănătate” în care a analizat justiția ca sistem de securitate. Dreptul sanitar îl clasifică în funcție de raporturile : somatic, psihic și psihosomatic. Alte clasificări privesc : dreptul sanitar primar, cerințe de asistență (prevenire, terapie, reabilitare) și patrimonial ; cerințe subiective și obiective ale dreptului la sănătate, sănătatea și boala — din punct de vedere juridic, codul medical ca paradigmă a actului sanitar ; relația juridică sanitară sint analizate prin prisma istoriei dreptului sanitar, a dreptului sanitar comparat și a sociologiei dreptului sanitar.

O deosebită atenție a acordat Congresul aspectelor referitoare la problemele sociologice ale mamei și copilului în serviciile de obstetrică și ginecologie, problemelor sexualității și implicațiilor socio-psihologice, relațiilor sot-soție, copii, abandon familial. Dintre cei care au abordat această problemă am aminti pe prof. dr. Hubinolt din Belgia. De asemenea, specialiștii din domeniul medical, juridic, social au demonstrat în alocuțiunile respective rolul sociologiei medicinei care poate integra toate aspectele respective peste întreg teritoriul științei medicale.

Lucrarea delegației române, *Relația medic-pacient în abordarea prospectivă a modelului de îngrijire medicală*¹⁵ a fost primită cu interes. Autorii au subliniat modificările fundamentale în natura și conținutul actului medical, criteriile de determinare și evaluare a standardelor de normalitate și boală. De asemenea au fost semnalate profunde schimbări și modificări petrecute în societatea socialistă românească ca urmare a industrializării, urbanizării, școlarizării care au schimbat din temelii viața a milioane de oameni și au produs restructurări în sistemul de îngrijire a sănătății oglindit și prin elaborarea legii sanitare.

Organizarea acțiunilor de îngrijire medicală este o componentă structural funcțională a activității statului nostru care promovează o politică de bunăstare socială la nivelul întregului sistem. La aprecierea activității medico-sanitare se ține seama de menținerea stării de sănătate a populației în condițiile unei asistențe medicale gratuite. Evoluția indicilor biologici și sociali demonstrează imensa capacitate a societății de a influența starea de sănătate a colectivității, familiei, individului. În ceace privește evoluția indicilor de sănătate a populației s-a arătat că în ultimele decenii mortalitatea generală a scăzut la mai puțin de jumătate, iar mortalitatea infantilă nu mai reprezintă nici 10 % din indicatorii anilor antebellici, contribuind la creșterea deosebită în ultimii ani a sporului populației și la ridicarea duratei medii de viață de la 42 de ani, în cel de-al treilea deceniu, la aproape 70 ani în deceniul curent. În țara noastră politica sanitară este integrată în planul național unic de dezvoltare economică și socială, iar cercetările științifice integrate în planul unic de cercetări științifice.

Participanții la Congres au apreciat activitatea profund umanistă de ocrotire a sănătății promovată de statul român și s-au arătat impresionați de ideile Președintelui României exprimate cu ocazia constituirii Consiliului Superior Sanitar, ca organ de dezbatere și decizie, expresie a conducerii colective democratice în domeniul sanitar : „Trebuie să se acorde atenția principală prevenirii bolilor, apărării sănătății, nu intervenției după ce omul s-a îmbolnăvit, cînd, uneori nu mai e nimic de făcut. Desigur, pacienții trebuie tratați, dar medicina trebuie să acționeze, în primul rînd, pentru a preveni îmbolnăvirea — și trebuie să acordăm atenția centrală acestei activități, inclusiv în domeniul învățămîntului și cercetării”¹⁶.

Au fost date ca exemplu cercetări integrate interdisciplinare care pun accentul pe perfecționarea metodologiei și a tehnicilor de diagnostic precoce, tratament și recuperare ; de cunoașterea factorilor de risc etc.

Delegația țării noastre, reprezentată de prof. dr. Popescu Grigore, a fost solicitată să conducă lucrările Congresului în plen, în calitate de președinte la secția I. Intervențiile au produs un deosebit interes pentru școala românească de medicină și pentru realizările în domeniul ocrotirii sănătății.

¹⁵ Autori : dr. Grigore Popescu, dr. Octavian Berlogea.

¹⁶ Nicolae Ceaușescu, *Cunținare la ceremonia constituirii Consiliului Sanitar Superior, în România pe drumul construirii societății socialiste multilateral dezvoltate*, vol. 12, Edit. politică, București, 1976, p. 82, din 25 octombrie, 1975.