O ABORDARE ETICĂ A RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ÎNTR-UN CADRU AL VULNERABILITĂȚII

Ala OJOVAN, dr. în șt. medicale, conf. univ.
Vitalie OJOVANU, dr. hab., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
vitalie.ojovanu@usmf.md, ala.ojovan@usmf.md

AN ETHICAL APPROACH TO THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP WITHIN A FRAMEWORK OF VULNERABILITY

The doctor-patient relationship has an important role in the success of the medical act. Vulnerability constitutes a specific state of the human person which, by its scope and diversity, can be characterized as a social-medical phenomenon. Medication has a special character in the case of the contingent of vulnerable patients. This fact also determines current ethical topics.

Keywords: ethics, bioethics, medicine, doctor-patient relationship, vulnerability.

Subiecte etice de o reală și actualitate sunt prezente în toate domeniile de activitate, inclusiv în medicină unde acestea poartă un caracter deosebit. Astfel, în cadrul actului medical administrat, componenta etică este de neconceput, mai ales în *relația medic-pacient.* Această relație corelează, înainte de toate, în mod armonios, componentul profesional-medical, cel psihologic și valoric. Dacă componentul psihologic e cel de acțiune, de facilitare a tratamentului prin canalul respectiv, atunci cel valoric este unul de ghidare, armonizare sau condiționare a acțiunilor medicului în exercitarea profesiei sale. Prin apelarea la o bogată paletă de valori, medicul obține un statut moral potrivit nu numai pentru situația sa personală, ci și pentru cea socială. Acțiunile sale terapeutice sunt determinate de acțiuni bine poziționate moral. Prezența faptului în cauză facilitează actul terapeutic prin mai multe posibilități de acțiune.

Administrarea *actului medical* reprezintă nucleul activității medicale. Acesta relevă probleme la toate cele câteva faze: adresarea la medic, stabilirea diagnozei, determinarea strategiei curative, procesul tratamentului activ, tratament sau observarea post terapeutică activă, finalizarea tratamentului. La fiecare fază ale acțiunii terapeutice se include și componentul generat de anumite condiții, cum, de exemplu, a fost cel generat de situația pandemică.

Se știe că tratamentul medical se mai numește și dar al divinității realizat prin mâini și minte umană, prin artă, măiestrie, știință etc., adică cele necesare realizate de medic [1, p. 72].

În prezent se impun schimbări accentuate în relația medic pacient constituită tradițional – apariția și implementarea *acordului informat,* care este de fapt o paradigmă a bioeticii, conform căreia pacientul acceptă benevol tratamentul sau procedura terapeutică după ce i se oferă o informație medicală adecvată. Această acțiune include două componente de bază: acordarea informației și acceptarea consimțământului. Acordul informat este un procedeu de realizare a anipaternalismului, care reprezintă o relație dintre medic și pacient de tip monolog, relație ce a existat pe parcursul mileniilor până în sec. XX [2, p. 9–10].

Prin acordul informat se realizează „un adevărat contract de încredere. Pacientul se încredințează în această „putere medicală" și medicul îi propune să participe în respectiva conlucrare. Medicul acceptă întreaga responsabilitate personală, dar propune pacientului și, eventual familiei sale, de a și-o asuma pe a lor" [3, p.71].

În procesul exercitării profesiei sale, medicul, în mod inevitabil, este antrenat în multiple relații de serviciu, toate deosebit de importante personal pentru el și scopul terapeutic: medic–medic, medic-asistent medical, medic–personal biomedical auxiliar, medic–specialiști cu profesiuni conexe medicinei, medic–infirmieră, medic–managerul instituției curative etc. Respectivele relații impun persoanei abilitate în profesia medicală și orientarea spre anumite valori pentru a fi aplicate în activitatea cotidiană. Poziția medicului devine dependentă de multiplele relații susnumite, dar devine prioritară doar atunci când manifestă aplicarea anumitor principii, devenite iarăși în baza anumitor valori. „Simptomatica" prezenței valorice manifestate prin persoana medicului încadrat în relațiile de serviciu, deseori deloc ideale, configurează trei subiecte individualizate posibile: 1) medicul cu o poziție profesională și comportamentală devenită prin asimilarea valorilor spiritual-morale; 2) medicul cu o poziție diametral opusă primei (celei precedente); 3) medicul cu aranjamente comportamentale și morale „adaptaționiste", șovăielnice, mascate etc., fapt ce trădează deseori și o incapacitate profesională ca atare. Conform observațiilor noastre, pe parcursul ultimilor ani relațiile colegiale din

contra, au devenit mai consolidate, iar stima și încrederea reciprocă și mai accentuată.

Un cadru specific al medicinei constituie cel al realizării activității medicale cu persoane *vulnerabile* care formează un contingent aparte, cu particularitățile sale.

Conceptul ,,vulnerabilitate" în practica medicală reprezintă o abordare mai recentă, dar care a devenit și mai actuală datorită circumstanțelor create de pandemia de Covid-19. Starea de vulnerabilitate își însușește particularități contextuale, în dependență de sistemul sociocultural, de tendințele politicilor în sănătate, de resursele economice rezervate medicinei, de mediul natural, precum și de modul de percepere a realității și a trăirilor persoanei ce acceptă asistență într-un domeniu medical.

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 grupurilor vulnerabile s-a dovedit a fi una destul de dificilă. Aceasta devine atât o problemă teoretică, cât și una practică. În viziune teoretică, incertitudinea cu privire la ceea ce înțelegem prin vulnerabilitate creează imagini cu caracteristici insuficiente și lacunare. Deși se recunoaște că acest concept cuprinde un spațiu 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 divers, iar limitarea la o reglementare profesională ar putea fi nesatisfăcătoare, mai ales dacă survin noi forme și exteriorizări nereglementate sau notate în listele normative [4] în contextul restricțiilor antipandemice. Exemplu relevant, în această conjunctură de idei, este și activitatea paliativă în contextul pandemiei Covid-19. Caracterele definitorii tradiționale care diminuau manifestarea vulnerabilității în actul paliativ cu greu pot fi justificate în situația creată de pandemie, respectiv, se cere o nouă analiză sau actualizare a conceptului analizat. Totodată, pe fundalul confuziei teoretice, la nivel practic, devine dificilă îngrijirea și protecția necesară acordată pacientului paliativ, cu alte cuvinte, ce formă ar trebui să ia această îngrijire și protecție [5, p.72].

Măsurile de evaluare a vulnerabilității sunt importante și pentru identificarea persoanelor în vârstă cu risc înalt datorită stării precare de

sănătate, fapt ce constituie un obiectiv important pentru acțiuni medicale interdisciplinare. Vulnerabilitatea este determinată de prezența unei vârste de peste 75 de ani și instalarea unor boli cronice, formându-se, astfel, grupuri prioritare pentru elaborarea strategiilor de intervenții pentru stabilizarea stării de sănătate a persoanelor în etate. Pacienții în vârstă au provocări medicale și sociale unice, mai ales în contextul îngrijirii pe termen lung, care depinde la asistență familială și socială la prețuri accesibile și diagnostic și prezența comorbidităților [6, p.66].

Studierea vulnerabilității persoanelor de diferită vârstă și cu o mare varietate a problemelor de sănătate constituie un deziderat extrem de important cu relevanță majoră în câteva dimensiuni. Acest fapt poate contribui atât la integrarea unei mai mari părți de populație, cât și a posibilităților de a găsi respectivele soluții în remedierea stării lor de sănătate și a configurării unei tactici durabile de perspectivă. Implicarea principiilor bioetice în analiza stării de vulnerabilitate la unele grupuri sociale are o importanță deosebită în elaborarea unui suport teoretico-metodologic potrivit. Potențialul bioeticii constă în oferirea de repere conceptuale în identificarea subiectelor și a principiilor pentru ghidarea cercetătorilor sau a personalului medical, ori de alt gen de activitate, în respectarea unor acțiuni curative, de reabilitare, consiliere, asistență socială etc.

În condițiile unei stări de sănătate precară, afectată de prezența unor maladii cronice, locomotorii ș.a. la respectivul contingent de populație, e necesar de a evidenția inițial câteva dimensiuni ale paradigmei de investigație complexă a subiectului științific trasat.

1. O dimensiune evident necesară în abordarea vulnerabilității rezidă în evidențierea factorilor generali ce pot condiționa starea de vulnerabilitate a persoanei. Unii factori se atribuie drept obiectivi, în raport cu existența umană ca atare, alții sunt categorisiți drept subiectivi deoarece, în mare măsură, pot fi evitați, fără a justifica faptul întâmplării.

2. Altă orientare ține de caracterizarea condițiilor ce duc direct la declanșarea stării de vulnerabilitate. În acest context, de obicei, finalmente se stabilesc trăsăturile specifice ce formează starea vulnerabilă a omului.

3. Odată instalându-se starea de vulnerabilitate, aceasta se profilează în două aspecte: social și medical. Sigur că, în acest caz, există o interdependență

dintre cadrul existențial social și cel medical, iar efectul acestei interacțiuni se manifestă la om în mod direct. Analiza situației persoanelor plasate în mijlocul acestor interacțiuni reprezintă nu numai o capacitate de a cunoaște acest fenomen, dar și o posibilitate de a stabili elementele ce se pot implica în identificarea unor soluții rezonabile.

4. Dimensiunea medicală include faptul identificării diverselor capacități de optimizare a tratamentului și de aplicare eficientă a acțiunilor de reabilitare. E necesar ca permanent să se țină cont de realizările contemporane ale științei medicale în diferite domenii ale acesteia, pentru ca să fie aplicate în tratament. Totodată trebuie de avut în vedere faptul, că tot mai actuale devin modalitățile de reabilitare a pacienților care devin cu timpul tot mai diverse ca componente ale recuperării eficiente a organismului, ca

durată și ca mod de aplicare. În prezent se afirmă tot mai frecvent modelul reabilitării biopsihosociale, care are capacitatea de a corela armonios componentele medicale, psihologice și sociale în natura existențială a omului cu sănătatea afectată.

5. Evidențierea unor aspecte ale stării de vulnerabilitate cu posibilitatea implicării potențialului bioeticii este deosebit de actuală și necesară. Modul acestei implicări este unul divers, dinamic și concret. Permanent starea de vulnerabilitate generează numeroase probleme, iar soluționarea acestora reprezintă un fapt complicat și anevoios deoarece permanent pot fi devieri, deseori involuntar, de la principiile eticii viului (bioeticii). De aceea studierea acestei dimensiuni ar contribui evident la elaborarea unui concept teoretico-aplicativ în abordarea eficientă a vulnerabilității.

Așa dar vulnerabilitatea reprezintă o stare nefavorabilă cu anumite particularități, manifestate în câteva aspecte, ce se stabilește în viața persoanei și cu accentuate dificultăți de sănătate. Pentru obținerea unor posibilități eficiente în tratamentul și reabilitarea a respectivului contingent de populație, e necesar de a iniția abordări conceptuale în cadrul cărora vor fi identificate și studiate diferite dimensiuni ale stării de vulnerabilitate [7, p.125-127].

În unele studii special destinate teoriei bioeticii se menționează criteriile de identificare a subiectelor bioetice. Acestea se pot referi totalmente la scopurile esențiale ale medicului ce trebuie să fie atinse în managementul medicației persoanelor vulnerabile: 1) menținerea, perpetuarea, conservarea

și protejarea vieții; 2) anihilarea sau diminuarea suferinței; 3) îmbunătățirea sau păstrarea calității vieții. Acestea constituie identificatorul inițial, de bază, al prezenței subiectului bioetic in orice elaborare științifică, faptă clinică sau intr-o situație existențială specifică. Toate celelalte diverse și multiple subiecte bioetice, în ultimă instanță, se reduc la acestea trei menționate, ce formează respectivul *identificator.* In cazul unor aplicații practice, dar cu alte ocazii (foruri) cu abordări investigaționale, se poate lesne demonstra acest fapt. Chiar și relațiile medic-medic, incluse in cadrul problemelor bioetice ale medicine se reduc, pană la urmă, la acesta. Ce anume, dacă nu viața și sănătatea, constituie valorile supreme ale existenței umane? Oare medicina n-are drept scop suprem menținerea vieții și sănătății, prin aplicarea cunoștințelor și capacităților practice? [8, p.61-62].

Capacitatea intelectuală a medicului se plasează și se ordonează alături de alte atribute indispensabile ale procesului curativ contemporan: tehnica sofisticată, medicamente efective, managementul din partea altor factori de decizie, fapt neîntâlnit în alte epoci din istoria medicinei.

Unele secții ale spitalelor pot avea un statut deosebit – cel de efectuare a unor *experimente,* în dependență de profilul contingentului de pacienți internați. Unii medici pot avea, permanent sau temporar, un statut dublu: de medic curant și *de cercetător științific.* Medicul cu o atare funcție are în față permanent o poziție față de pacient ce balansează între risc și beneficiu. Pe de o parte el trebuie să lupte pentru viața sau sănătatea persoanei ce i s-a încredințat, ținând cont de faptul, că în medicină nu se tratează la modul general, ci doar individual, particular. Unele momente impune medicului cercetător dileme ce au la bază predilecție valorică, toate variantele fiind acceptate în scopuri nobile, atâta doar că acestea sunt concentrate asupra unei persoane cu sens duplicitar: tratez pacientul acesta și mă concentrez doar asupra sănătății sale sau îi mai propun un experiment, oferind posibilități mai performante de tratament unui număr imens de oameni, dar supunând persoana experimentată unui risc și, posibil, unui prejudiciu de sănătate. În cazul când medicul curant și cercetătorul sunt persoane diferite, survine un dialog destul de complex în care se impun și corelează poziții ce variază de la puncte de vedere comune până la cele diametral opuse [9, p.99-101].

Începând cu vara anului 2020 unele instituții spitalicești din Chișinău, ce dispun de secții și specialiști corespunzătoare, s-au antrenat în testarea

eficienței unor preparate antivirale sau pentru anihilarea urmărilor infecției de Covid-19.

Dinamicitatea apariției, implicării, diversificării acestor configurații noi dintre medic și pacient într-un câmp al vulnerabilității s-a produs într-un timp istoric relativ scurt – aproximativ o jumătate de secol. În percepția sa, medicul ce activează în condițiile contemporane parcă „se împarte" cu profesionalismul său, cedând anumite competențe implicit acestor componente atributive ale actului medical de azi. Devenirea acestei situații în mare parte se datorează faptului că sistemul valoric din societate are o rigiditate față de schimbările produse în anumite domenii, fiind strâns legate de alte părți integre sistemului moral, inclusiv și cu tradițiile. Situația în cauză, prin prezența anumitor condiții sociale, poate duce la schimbări în statutul valoric al medicului și medicației, prin diminuarea unor atribuții spirituale datorită scientizării excesive a întregului cadru medical. La moment se aud tot mai insistent voci ale profesioniștilor în medicină din țările dezvoltate care constată faptul negativ al pierderii relațiilor adecvate, potrivite, firești dintre medic și pacient. Comutarea excesivă spre scientism, practicism și business medical caută să acopere vechiul adevăr și anume că actul medical se realizează pe două canale: somatic și psihologic, cel psihologic fiind mult mai vast în componente și posibilități, antrenând mai mulți factori întru atingerea efectului curativ, mai ales într-un contingent vulnerabil de pacienți.

În componența procesului terapeutic se regăsesc așa manifestării a câmpului terapeutic cum ar fi: autoritatea medicului, taina medicală, erorile medicale, malpraxis-ul, efectul Placebo ș.a. Indiferent de particularitatea fiecărei manifestări nominalizate acestea planează în spațiul unor accentuate dispute bioetice care, la rândul lor, implică în mod obiectiv anumite poziționări valorice ce dispun de aceleași valori-nucleu: viața și sănătatea.

Pe cât de mult se vorbește despre persoana medicului, despre relațiile sale în cadrul actului curativ și/sau în activitatea instituției medicale, pe atât comparativ de puțin este analizată individualitatea pacientului vulnerabil, necesitate deloc de negat în condițiile societății de azi. Analiza multilaterală a pacientului vulnerabil constituie o posibilitate de a completa configurația nu numai a tuturor actorilor actului curativ, ci și a eficacității acestuia.

Referințe bibliografice:

1. БАНАРЬ, И. П., ОЖОВАНУ, В. И., КОЖОКАРУ, В. П. Уязвимость палиативного пациента в контексте пандемии COVID-19. Биоэтический подход. In: *Здоров'я, Медицина та Філософія: стратегії виживання в умовах ковідної реальності.* Монографія. За наук. ред. С. В. Пустовіт, Н. М. Бугайової, Л. А. Палєй. Київ: Українська асоціація з біоетики, 2022, с.72-81. ISBN 5-7715-0746-9.
2. *Dicționar de Filosofie și Bioetică.* T.N.Ţîrdea, P.V.Berlinschi, A.I.Eșanu. D.U.Nistreanu, V.I.Ojovanu. Chișinău: Medicina, 2004. 441 p. ISBN 9975–907–33–4.
3. GOUAZE, A. *Les gros cailloux et le vase de la vie.* Paris: Expansion Scientifique Française, 2005. 191 p. ISBN 978-2704617043.
4. REYNOLDS, J.M. Renewing Medicine's basic concepts: on ambiguity. In: *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine.* 2018, vol. 13(8). Disponibil pe: https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-018-0061-4 (accesat: 20.08.2020)
5. БАНАРЬ, И. П., ОЖОВАНУ, В. И., КОЖОКАРУ, В. П. Уязвимость палиативного пациента в контексте пандемии COVID-19. Биоэтический подход. In: *Здоров'я, Медицина та Філософія: стратегії виживання в умовах ковідної реальності.* Монографія. За наук. ред. С. В. Пустовіт, Н. М. Бугайової, Л. А. Палєй. Київ: Українська асоціація з біоетики, 2022, с.72-81. ISBN 5-7715-0746-9.
6. POPESCU, A., ȘORIC, G., FEDERIUC, V., OJOVAN, V. Vulnerability in the elderly. In: *Moldovan Medical Journal.* 2021. September, nr. 64(3), pp. 62-67. Disponibil pe: https://doi.org/10.52418/moldovan-med-j.64-3.21.12 (accesat: 20.12.2022).
7. OJOVANU, V. Dimensiuni conceptuale în abordarea vulnerabilității la persoane cu probleme de sănătate. În : *Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare.* Materialele Conferinței Științifice Internaționale, Ediția a 5-a, 7-8 octombrie 2022. Chișinău : Print-Caro, 2022., p.125-127. ISBN 978-9975-165-12-9.
8. OJOVANU, V. Identificarea temelor bioetice și implicarea valorilor spiritual-morale în examinarea problemelor teoretice și științifico-practice din medicină. În: *Bioetica: teorii, instrumente, utilitate.* Culegere de materiale științifice. Chișinău – București – Cluj-Napoca. Coord: Vitalie Ojovanu, Mircea Leabu. Chișinău: Print Caro, 2021, pp. 60-71. ISBN 978-9975-56-937-8.
9. OJOVANU, V. *Axiologia și medicina: Dimensiuni teoretico-metodologice*. Monografie. Chișinău: UASM, 2012. 304 p. pp.99-101. ISBN 978-9975-64-222-4.