

Concluzii

Managementul resurselor umane este un concept relativ recent și presupune o abordare interdisciplinară și profesională a problematicii personalului din cadrul instituției.

Departamentele de resurse umane actuale sunt un element-cheie al managementului organizației, funcțiile fiind mult mai diversificate și mai complexe.

Analiza rezultatelor studiului releva faptul că perceperea serviciului Resurse Umane din cadrul USMF de către personalul instituției este una de atribuire mai mult a unor laturi slabe de cât tari activității serviciului existent. Între 64% și 86% din respondenți specifică ca componente insuficiente, nu alt ceva de cât funcțiile de bază a unui management de Resurse Umane modern. Fapt ce demonstrează că fosta secție Personal a necesitat reorganizarea într-un serviciu de Resurse Umane cu o completare corespunzătoare a direcțiilor de activitate:

- 1) Recrutare, selecție, angajare și integrare
- 2) Evidență personal
- 3) Evaluare și dezvoltare organizațională.

În plus devine oportună și actuală includerea în strategia de dezvoltare a USMF a capitolului Resurse Umane cu desfășurarea funcțiilor importante a unui management modern a Resurselor Umane.

Bibliografie

1. Constantin, T., *Evaluarea psihologică a personalului*, București: Polirom, 2004.
2. Cornescu, V.; Mihăilescu, I.; Stanciu, S., *Managementul organizației*, București: ALL Beck; 2003
3. Dygert, B. C.; Jacobs, A. R., *Managementul culturii organizaționale*, București: Polirom, 2006.
4. Janson, J., *Managementul carierei*, Editura Polirom, București, 2007.
5. Păuș, V. A., *Comunicarea și resursele umane*, București: Polirom, 2006.
6. Pânișoară, G.; Pânișoară, I.-O., *Managementul resurselor umane*, București: Polirom, 2007.
7. Zlate, M., 2004, „*Tratat de psihologie organizațional-managerială*”, Editura Polirom, București;
8. Магура, М. И.; Курбатова, М. Б., *Организация обучения персонала компании*”, ЗАО Бизнес-школа „ИНТЕЛ СИНТЕЗ”, Москва; 2002,
9. Самыгин, С. И.; Кошкин, П. П.; Ратиев, В. В.; Швец, Л. Г., *Управление персоналом*, Ростов-на-Дону: ФЕНИКС, 2006.

UNELE CONTRADIȚII ETICO-LEGALE ÎN MANAGEMENTUL SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DIN PERSPECTIVA RESPECTĂRII DREPTURILOR FUNDAMENTALE ALE OMULUI

Rodica Gramma, Oleg Lozan

Școala de Management în Sănătate Publică a USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Some etico-legal contradictions in the management of the public health system from the perspective of fundamental human rights protection

The Public Health System assumes the social responsibility for the general health of the population. At the same time, progresses made in medicine, the fact that medical practice is of higher risk, have accentuated the importance of supplementary guarantees of individual rights of the patient versus interests and benefits of the society. In the article that follows it is analyzed the conflict between the communitarian interests and individual rights from the perspective of the fundamental human rights protection, as well as solutions are recommended for a correct ethics-

Sumar

Sistemul de sănătate publică își asumă responsabilitatea socială pentru sănătatea generală a populației. În același timp, progresele făcute în medicină, faptul că practica medicală a devenit mai riscantă, au accentuat importanța unor garanții suplimentare ale drepturilor individuale ale pacienților vis-a-vis de interesele și beneficiile societății. În articolul ce urmează este analizat conflictul dintre interesele comunitare și drepturile individuale, din perspectiva respectării drepturilor fundamentale ale omului și cu recomandarea unor soluții pentru un management corect etico-legal a sistemului de sănătate publică din Republica Moldova.

La 10 decembrie 1948, Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite a adoptat și proclamat **Declarația Universală a Drepturilor Omului**, care este un document general pentru toate țările membre ONU, și are numai caracter declarativ. Astfel, pentru a obliga statele să protejeze Drepturile Omului, ONU a adoptat 2 Pacte, care sunt obligatorii pentru țările ce le-au ratificat: Pactul Internațional cu privire la drepturile civile și politice (1966) și Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (1966), ambele în vigoare pentru Republica Moldova din 26.04.1993.

Pe parcurs, după 1948, Adunarea Generală a ONU a primit peste 60 de convenții și protocoale suplimentare, prin se presupune instituirea unor mecanisme specifice de protecție a Drepturilor Omului cu focusare pe domenii anumite, printre care menționăm: Convenția internațională pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială (1965), în vigoare pentru Republica Moldova din 25.02.1993, Convenția Internațională împotriva torturii și altor forme de tratament sau pedepse crude, inumane sau degradante (1984), în vigoare pentru Republica Moldova din 28.12.1995, Convenția Internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (1979), în vigoare pentru Republica Moldova din 31.07.1994, Convenția Internațională cu privire la Drepturile Copilului (1989), în vigoare pentru Republica Moldova din 25.02.1993, Convenția Internațională privind abolirea muncii forțate (1957), în vigoare pentru Republica Moldova din 10.03.1991, Convenția privind statutul refugiaților (1951), în vigoare pentru Republica Moldova din 23.11.2001.

Drepturile Omului sunt definite ca drepturi naturale, dobândite de fiecare persoană la naștere, prin calitatea de a fi ființă umană, indiferent de apartenență rasială sau etnică, gen, religie, limbă, opinie politică sau orice alte împrejurări. La baza Drepturilor Omului stau valori fundamentale ca: viața și demnitatea umană, integritatea, egalitatea, libertatea, respectul pentru celălalt, nediscriminarea, toleranța etc. Drepturile Omului sunt specifice prin faptul că sunt:

- *Inalienabile* – nu pot fi refuzate sau retrase arbitrar de la individ;
- *Indivizibile* – sunt recunoscute la fel de importante și nu pot fi negate unele în favoarea altora;
- *Interdependente* – sunt conectate între ele și nu poate fi garantat un drept fără altul;
- *Individuale* – întotdeauna deținătorul dreptului este o persoană individuală, chiar dacă acesta poate fi exercitat în grup.

Drepturile Omului vizează diferite domenii distincte ale conviețuirii umane, și conform *Convenției pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale din 04.11.1950* putem să le împărțim în câteva categorii: *Drepturile politice și civile*, care garantează participarea tuturor oamenilor la viața politică și civilă din cadrul unei comunități și *Drepturile socio-economice*, care susțin că toți oamenii dispun de un minimum de supraviețuire. Specificul activitatea sistemului de sănătate, face ca acest domeniu să vizeze, direct sau indirect, o mare parte din Drepturile Fundamentale ale Omului și anume: dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei, un drept care constituie condiția de bază pentru toate celelalte drepturi (*art.3*); dreptul de a nu fi supus torturii, pedepselor, tratamentelor inumane sau degradante (*art.5*); dreptul de a fi recunoscut ca personalitate juridică (*art.6*); dreptul la o egală protecție a legii și de a nu fi discriminat (*art.7*); dreptul de a nu va fi supus unor imixțiuni arbitrare în viața particulară, în ceea ce privește familia, domiciliul sau corespondența și nici unor atingeri aduse

onoarei sau reputației persoanei (*art.12*); dreptul la libera circulație (*art.13*); dreptul la căsătorie și de a întemeia o familie (*art.16*); dreptul la sănătate, bunăstare și protecție socială (*art.25*).

Conform definițiilor Organizației Mondiale a Sănătății o funcție importantă a sistemului de ocrotire a sănătății este răspunderea acestuia la așteptările și necesitățile populației, care urmează a fi abordate într-o manieră justă și echitabilă în contextul drepturilor universale ale omului la viață și sănătate. Obținerea accesului universal la asistența medico-sanitară reprezintă o importantă problemă etică, politică și socială al începutului de secol XXI în majoritatea țărilor. Accesul echitabil la un volum definit de servicii medicale calitative, complimentat de mecanisme reale de implementare este garantat prin drepturile fundamentale ale cetățenilor în sistemul serviciilor de sănătate. Însă, realitatea actuală tot mai des ne demonstrează ca aceste drepturi cuprind două dimensiuni, care deseori sunt contradictorii: *drepturi sociale (interese comunitare)* și *drepturi individuale*.

Drepturile sociale reprezintă retribuiția fiecărui cetățean la asistență medicală și sunt determinate în cea mai mare măsură de obligațiile asumate de stat și de alte organisme publice în scopul furnizării unei cantități rezonabile de servicii de sănătate pentru întreaga populație. Respectarea acestora include, în mod obligatoriu, garantarea accesului, echității, calității, continuității asistenței medicale fiecărui cetățean. De regulă, aceste drepturi sunt garantate de Constituție și reglementate de legi, acte juridice și documente normative la nivel național, iar realizarea lor este determinată de factorii politici, sociali și economici ai statului [5].

Legislația stabilește responsabilitatea statului pentru protejarea sănătății, prosperității și securității cetățenilor. Sistemul de sănătate publică își asumă responsabilitatea socială pentru sănătatea generală și utilizează, cât se poate de eficient, modalitățile comunitare și personale de asistență pentru realizarea scopurilor sanitare universale. În același timp, complexitatea crescândă din cadrul sistemelor de sănătate, progresele făcute în științele și în tehnologiile medicale, faptul că practica medicală a devenit mai riscantă, au accentuat importanța recunoașterii dreptului individual la autodeterminare și, deseori, nevoia de a legifera garanții suplimentare ale drepturilor individuale ale pacienților. Astfel, aspectele legale ale sănătății publice sunt de o importanță vitală pentru funcționarea sistemului sanitar, totodată acestea devin tot mai complexe și controversate din punct de vedere etic și moral [9].

Conflictul dintre interesele comunitare și drepturile individuale constituie frecvent subiecte ale dezbaterilor etice. Ideologia existentă în perioada sovietică a lăsat o amprentă specifică și asupra tipului relațiilor medic-pacient din țara noastră, făcând să fie în stilul unei „etici a solidarității” sau „colectiviste”, cu caracter paternalist pronunțat, iar concepția „minciunii sacre” era propagată pînă nu demult în unele manuale de deontologie medicală. În acest tip de relație se refuza “Eului” individualizat de a-și determina soarta și de a fi responsabil pentru ea, dîndu-se prioritate principiului „*cele mai multe beneficii pentru cel mai mare număr de persoane*”, care poate afecta direct drepturile legitime ale indivizilor.

Drepturile individuale au caracter individualizat, vizînd respectarea demnității umane și inviolabilitatea vieții personale, accesul la informația cu privire la starea propriei sănătăți, respectarea și garantarea confidențialității, consimțământului informat al pacientului și dreptul acestuia de a alege tratamentele alternative. Realizarea drepturilor individuale ale pacienților depind mai mult de valorile morale ale societății, de convingerile și principiile etice din sistemul de sănătate existent.

Pe de o parte, etica medicală tradițională se axează pe relația medic-pacient și pe păstrarea autonomiei și a demnității umane - perspective puternic individualiste. Etica sănătății publice, se centrează, pe de altă parte, pe protecția și promovarea sănătății în comunități. Legile sănătății publice țin de toate aspectele vieții individuale și comunitare, inclusiv de protejarea individului de diferite tipuri de abuz. Uneori, însă, traducerea în viață a legilor sănătății publice poate duce la încălcarea drepturilor individului prin implementarea forțată a normelor sanitare, precum și a drepturilor civile, spre exemplu prin obligativitatea testării la HIV a tuturor angajaților, sau interzicerea persoanelor seropozitive de a călători peste hotarele țării. În această ordine de idei, observăm că echilibrul dintre drepturile individuale și comunitare este foarte

sensibil și necesită o permanentă supraveghere.

Abordarea conceptuală a relației lucrător medical – pacient, în cadrul sistemului de sănătate publică trebuie să pornească de la autonomia persoanei, susținută de dreptul natural la viață, integritate corporală și sănătate și să se raporteze la protecția drepturilor omului în genere.

Medicina actuală este o activitate din ce în ce mai mult socializată. Aceasta se desfășoară într-un context guvernamental bine definit și necesită instituții de stat specializate, a căror funcționare optimă nu poate fi realizată fără un cadru organizatoric asigurat de societate. Până nu demult, abordările contemporane în etica și deontologia medicală erau preponderent axate spre relația medicului cu pacientul și cu colegii săi de breaslă și într-o măsură mult mai redusă analizau atitudinea moral-etică a medicului în raport cu societatea, reieșind din interesele și beneficiile publice și a a responsabilității morale a medicului față de societate în ansamblu.

Unele studii recente au relevat că însuși medicii recunosc un grad de responsabilitate mai mare față de pacienții lor în comparație cu beneficiul societății, și aceasă atitudine generează o satisfacție profesională [1].

Codul internațional de etică medicală al Asociației Medicale Mondiale susține că „*Medicul datorează pacientului loialitate totală*” [15]. Spre exemplul, în cazul în care medicului i se ordonă să efectueze sau să participe la tortură, acesta trebuie să fie de partea pacientului, respectând mai întâi de toate drepturile fundamentale ale omului. Însă, în anumite cazuri, la care ne vom referi în continuare, medicul este pus în fața unor decizii de natură moral-etică, fie pentru a putea rezolva conflictul dintre interesele contrare ale pacientului și ale societății, fie pentru a promova interesul general al societății. Aceste situații sunt definite prin termenul de **loialitate dublă** [4]. Astfel de dileme se determină atunci când medicul are responsabilitate duală, atât față de pacient, cât și față de un terț, iar între aceste două categorii există incompatibilitate.

Desigur, atunci când sănătatea este influențată esențial de condițiile sociale, rolul intervenției autorităților de sănătate publică este important. Prin urmare, dacă aceste intervenții sunt absolut necesare pentru protejarea sănătății publice, este inevitabil ca cei care iau deciziile, să pună în balanță atât drepturile individului, cât și binele public.

Încălcarea confidențialității pacienților.

Uneori tranșarea dilemei etice este simplă, fiind dictată de beneficiul terților persoane sau diminuarea riscului pentru acestea, cazuri în care medicul va proteja interesele generale ale societății. De exemplu, atunci când unui pacient-șofer i se vor depista dereglări care pot pune în pericol siguranța pasagerilor transportați, sau când se determină săvârșirea unei infracțiuni etc. - situații în care încălcarea confidențialității este permisă și îndreptățită atât etic, cât și legal [13].

O situație specifică în acest sens se crează astăzi în controlul unor maladii infecțioase, în special a celor cu transmitere sexuală. Intervenții ca testarea stării de infecție, colectarea informațiilor, stricta evidență și monitorizarea cu raportarea cazurilor, reduc libertățile individului, inițiind debateri serioase vis-a-vis de circumstanțele în care, în numele sănătății publice, se justifică încălcarea integrității corporale a unei persoane, a dreptului la intimitate și confidențialitate. În acest sens, dilemele etice au în atenție două obiective specifice:

(1) Raportarea cazurilor noi de îmbolnăvire către autoritatea de sănătate publică, fapt ce pune în balanță confidențialitatea relației medic-pacient și necesitatea de a obține informații exacte despre incidența și prevalența bolii infecțioase. Dacă testarea stării de infecție pune în discuție circumstanțele în care, în numele sănătății publice, se justifică încălcarea integrității corporale a unei persoane, raportarea cazurilor generează analiza dintre dreptul la intimitate, confidențialitate și binele public.

În anumite situații, statul are dreptul să ceară medicilor și instituțiilor medicale să raporteze nominal date despre pacient sau boală în sine și aceste cereri violează confidențialitatea, care reprezintă fundamentul relației dintre medic și pacient. Cei care au pledat, în urmă cu aproximativ trei decenii, pentru necesitatea raportării nominale a persoanelor cu afecțiuni contagioase, au adus ca argument oportunitatea configurării unei imagini reale a incidenței și prevalenței acestor boli și, totodată, implicarea obligatorie a statului în protejarea acestor date de

identificare.

În același timp, adversarii raportării nominale, au adus în discuție ostilitatea societății față de persoanele care sunt într-o situație vulnerabilă, precum și existența unor breșe în sistem, care ar permite posibilitatea scurgerii de informații cu consecințe severe asupra persoanelor afectate, cum ar fi pierderea locului de muncă, stigmatizarea și discriminarea.

(2) Investigarea persoanelor de contact și datoria de a-i atenționa și proteja, vis-à-vis de dorința pacienților de a păstra informațiile personale și obligația responsabililor din sistemul de sănătate de a-i proteja pe cei aflați în situație de risc.

Controlul persoanelor de contact îndeplinește două funcții: depistarea cazurilor noi și întreruperea lanțului de transmitere a infecției. Însă, dezvăluirea identității persoanei infectate poate implica pericolul expunerii stigmatizării și marginalizării persoanei date [12]. Totodată, păstrarea și garantarea anonimatului încurajează indivizii să dezvăluie numele partenerilor sexuali. În acest caz, controlul persoanelor de contact trebuie să fie voluntară și să se bazeze pe regula confidențialității. Dacă pacienții își exprimă intenția de a nu dezvălui partenerii sexuali, echipa medicală este supusă dilemei care se referă la datoria de a proteja confidențialitatea versus obligația de a proteja partenerii sexuali. Această situație generează tensiuni între dreptul la integritate corporală și imperativul de a-i descoperi pe cei infectați, pentru a nu transmite și celorlalți boala [3].

Opțiunile fiecărui individ sunt probleme private, totuși conduita sexuală are uneori importanță semnificativă pentru sănătatea publică în special pentru reducerea morbidității și a mortalității prin maladii infecțioase cu transmitere sexuală - problemă frecventă pentru regiunile defavorizate economic și social. Astfel, prevenirea acestor infecții devine o obligațiune socială de a asigura profilaxia cât mai eficace, căpătând o importanță etică. Deși informarea partenerilor este uneori privită ca o măsură de protecție a drepturilor societății mai curînd decît drepturile individuale, scopul său este, evident, acela de a ajuta oamenii să respecte drepturile individuale ale partenerilor lor: dreptul de a fi informați, dreptul de a alege, dreptul la sănătate și în unele cazuri, la viață.

Asistență medicală persoanelor care trăiesc cu HIV

În continuarea ideii de mai sus, ne vom opri la problema HIV/SIDA, care este o afecțiune ce creează o populație vulnerabilă, atât în fața societății, cât și în fața sistemului de sănătate. Creșterea semnificativă, la nivel mondial, a numărului de pacienți seropozitivi a determinat și agravarea fenomenului de marginalizare a acestor persoane, cu înregistrarea tot mai frecventă a unor încălcări grave ale Drepturilor Omului [2]. O problemă majoră privind controlul HIV constă în echilibrarea balanței dintre drepturile pacientului și protecția sănătății publice. Dilemele etice apar în situațiile în care medicul este pus să aleagă între două alternative echivalent dezirabile sau indezirabile.

Medici de familie remarcă frecvent apariția unor situații conflictuale semnificative în realizarea articolului 14, pp.4 și 5, din *Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23 din 16.02.2007* în care se menționează condițiile încălcării confidențialității persoanei care trăiește cu HIV și este obligată a informa partenerul sexual despre infecția ce o are. Legea stipulează că personalul medical poate iniția notificarea soțului (soției) sau partenerului de statusul HIV pozitiv al pacientului, doar după examinarea circumstanțelor fiecărui caz în parte, prin prisma eticii medicale și a confidențialității, dacă:

- a) persoana HIV pozitivă a beneficiat de consilierea cuvenită;
- b) consilierea oferită persoanei HIV pozitive nu a avut drept rezultat schimbări comportamentale pozitive în direcția reducerii pericolului de infectare;
- c) persoana HIV pozitivă a refuzat să-și comunice statusul său soțului (soției) sau partenerului sau să-și dea acordul la notificarea respectivă;
- d) există un pericol real de transmitere a infecției HIV;
- e) a expirat termenul rezonabil oferit persoanei HIV pozitive, anunțate în prealabil, pentru a-și comunica statusul său.

Atunci cînd pacientul cu HIV adoptă o atitudine responsabilă față de boala sa și față de

cei pe care i-ar putea infecta, există oare motiv de a încălca secretul profesional și ar putea fi acest act calificat drept o gravă greșeală deontologică?

Care este limita termenului rezonabil necesar de oferit persoanei HIV pozitive pentru a-și comunica statusul său partenerului? Cine poate stabili acest termen, reieșind din beneficiul ambelor părți? Un studiu amplu privind stigma și discriminarea efectuat de către Programul ONU pentru HIV/SIDA (UNAIDS) în perioada 2001-2004 în patru țări - Zambia, Vietnam, Etiopia și Tanzania [10], a demonstrat că în toate patru țări incluse persoanele seropozitive accentuează dificultatea momentului dezvăluirii statutului său real HIV. Printre persoanele seropozitive chestionate, care au partener sau soț/soție, în mediu, perioada de timp trecută până la divulgarea statutului său HIV-positiv a fost de circa trei ani (doi ani și 11 luni). Astfel, devine dificil de determinat, inclusiv și pentru Republica Moldova, reieșind doar din competența unui medic de familie, care ar fi termenul limită obligat unei persoane cu HIV pentru a-și dezvălui statutul și cine ar trebui să-și asume responsabilitatea de a informa partenerul sexual al acestuia – medicul, polițistul de sector, psihologul? [8] Cu regret, toate aceste întrebări nu au răspunsuri astăzi în sistemul nostru de sănătate publică. Decizia diferă de la caz la caz, deseori rămânând fără protecție legală atât pacientul, cât și medicul.

Contracepția, avortul și reproducerea asistată medical

Societățile liberal-democratice tot mai insistent susțin dreptul femeii (sau a cuplului) de a decide asupra propriului corp și asupra îndeplinirii funcțiilor sale reproductive și a dreptului de a avea urmași.

Intențiile statului de a se implica în realizarea acestui drept au demonstrat efecte tragice. De exemplu, decizia la nivel de stat pentru interzicerea avortului, cu scopul de a crește natalitatea și a controla problema demografică, făcută printr-o manieră de impunere, are drept urmare directă creșterea avorturilor criminale și multiplicarea numărului de decese printre femeile tinere. Acest fapt a fost remarcat în România, pînă în anii 90, în perioada regimului Ceaușescu, cînd avortul era considerat o crimă, iar medicul care facea avorturi risca o pedeapsă de opt ani de închisoare și era privat de dreptul de a mai practica în medicină.

Decizia în sens invers în controlul natalității se arată a fi nu mai puțin periculoasă, analizînd experiența Chinei unde există decizia de a supune unor taxe familiile care au mai mult de doi copii. Drept consecință, în țară au apărut mii de persoane neînregistrate, deoarece familia nu își putea permite financiar „luxul” de a-și oficializa copiii apăruiți peste „limita” permisă. Ca urmare, aceste persoane se pierd implicate în trafic de oameni, trafic de organe, muncă în ilegalitate, fără a avea protecția legii și a statutului, ne fiind recunoscuți ca cetățeni cu drepturi respective.

Pentru ambele cazuri concluzia poate fi unificată în ideea că în realizarea interesului public, reieșind din beneficiu societății în întregime, nu trebuie de ignorat doleanțele individuale, care reiese din realizarea unor drepturi generale fundamentale. Altfel, pericolul unor delictе este inevitabil.

Suicidul și suicidul asistat medical

Analizînd dreptul persoanei de a dispune de corpul său, suntem tentați să aflăm care sunt limitele acestui drept. Care este, de pildă, deosebirea dintre suicidul generat de un eșec în viață (profesional, familial etc.) și cel rezultat refuzului de a primi o transfuzie din motive religioase, sau, rezultat al unui protest împotriva puterii (concretizat prin greva foamei) [6]. Atunci cînd cele două valori – viața și moartea - întră în conflict, persoana poate prefera să exercite dreptul la moarte, considerînd că aceasta este cea mai adecvată soluție pentru propria bunăstare integrală.

Bolnavul are dreptul la informare, la integritatea persoanei, la refuzul durerii și al încăpățînării terapeutice. Voința pe care o poate exprima un om de „a trăi” așa cum dorește ultimele sale zile, constituie un drept și libertate, în fața unor științe medicale din ce în ce mai insistente, capabile să prelungească, atunci cînd nu poate să vindece o boală [14].

În această ordine de idei eutanasia (din greacă euthanatos - *moarte bună, fără dureri*) poate fi considerată ca o acțiune îndreptată spre binele și interesul pacientului. Criteriul care poate fi folosit pentru completarea acestei definiții sumare stă în spatele întrebării: *Cine decide*

ce trebuie făcut? sau Cine are responsabilitate mai mare în decizia acestui act?

Eutanasia este astăzi acceptată în Olanda, Danemarca, Finlanda, Australia și anumite state americane. Pornind de la dreptul omului de a dispune de propria viață conștient și binevol, legile acestor țări asigură o procedură strictă și oficializată de întrerupere a vieții omului bolnav cu ajutorul medicinei.

Mulți contemporani consideră eutanasia un “omor din caritate”, axându-se la principiul “sfințeniei” sau de non-violență a vieții umane, înlînit încă la Hipocrat. După Soulier eutanasia activă este numită o „sinucidere prin procură”, reieșind din drepturile pacientului la libera alegere și obligația medicului de a i se supune dorinței [11].

Dezbaterile etice care sunt inițiate în jurul acestei probleme se opresc în dualitatea abordării conceptuale. Pe de o parte, este recunoscut dreptul omului de a nu fi supus unor suferințe inutile, ce este superior chiar dreptului acestuia de a dispune în mod liber de propria sa viață (derivat din principiul autonomiei morale), dar este superior și celui după care fiecare om are dreptul la viață. Pe de altă parte se observă o ierarhizare inversă a acestor principii: dreptul la viață este suveran și el nu poate fi sacrificat în vederea satisfacerii dreptului de a nu fi supus la suferințe inutile.

Totodată, există pericolul ca natura metodologică a argumentelor aduse să fie întemeiată pe pragmatism și realism (accente puse pe utilitarism, drepturi care sunt de esență contractualistă), invocînd un risc mult prea mare pentru hotărîrea cuiva de a lăsa sau nu pe cineva în viață, cu afirmația că acel om sigur va muri (deci poate fi ucis și acum) și dezvoltarea unor practici nejustificate moral și chiar criminale.

Dezvoltarea geneticai medicale

Odată cu descoperirea *amprentei genetice* a fiecărui individ a fost accentuată respectarea dreptului la intimitate cu excluderea oricărei discriminări. Individul purtător de anumite mutații genetice are toate șansele de a fi stigmatizat social, cu riscul real de a fi impusă o nouă ierarhie socială, bazată pe particularități ereditare. De exemplu, cartografierea genelor poate deveni un criteriu profesional, care va motiva refuzul la angajare sau va interesa compania de asigurări în elaborarea condițiilor speciale pentru asigurarea celor cu anumite predispoziții genetice.

Cine trebuie să-și asume decizia de a permite sau nu acestor persoane de a avea copii, de a obliga persoana purtătoare de gene patologice în informarea partenerului asupra riscurilor pe care le implică reproducerea sau de a impune acestor cupluri diagnosticul prenatal, cu un substrat ulterior eugenic. În timp ce Centrele de genetică sunt obligate în confidențialitatea informației genetice, sunt înaintate întrebări referitoare la aprecierea limitelor libertății individului în favoarea interesului comunității, proclamat ca net superior.

Conexiunea dintre știință și respectarea drepturilor omului devine preocuparea bioeticii, care proclamă primatul ființei umane asupra intereselor sociale și colective (principiul subsidiarității sau al preeminenței drepturilor individuale față de cele sociale). Bioetica declară drepturile omului ca valori în sine și cheamă spre respectarea acestor valori indiferent de avantajele cercetărilor științifice pentru om sau societate în întregime. Astfel, este declarată primordialitatea individului față de universalitatea științei, pentru a evita prejudiciul etic și juridic în fața beneficiului tehnic.

Cu regret, curricula de instruire medicală superioară din Republica Moldova nu prevedea și pînă în prezent nu prevede programe de pregătire a viitorilor medici în domeniul principiilor fundamentale ale drepturilor omului, iar așa noțiuni de baza ca accesul la informare a pacientului, acordul informat, confidențialitatea, dreptul la alegere etc. erau interpretate din perspectiva intereselor comunitare și beneficiul sănătății publice, vizînd tot mai des conflicte etice și legale dintre drepturile comunitare și individuale.

Astfel, apare necesitatea instruirii medicilor practicieni din întregul sistem al sănătății, care au fost pregătiți în stilul ideologiei învechite, în vederea unei noi abordări a relației cu pacientul, bazate pe principii democratice, pe dialog și interpretare, respectul drepturilor și doleanțelor pacientului, a demnității și autonomiei acestuia. Din această intenție, Școala de Management în Sănătate Publică a USMF „Nicolae Testemițanu” a inițiat elaborarea unor

cursuri de instruire afiți la zi (în cadrul Programului de instruire prin masterat în Managementul Sănătății Publice), cât și în cadrul unui proiect de instruire la distanță a specialiștilor din sistemul de sănătate, care au tangență directă cu activități ce vizează respectarea drepturilor omului în contextul asistenței medicale acordate.

Cursul propus are drept scop suplینirea insuficienței de cunoștințe la persoanele care sunt în nemijocită atribuție cu probleme ce vizează respectarea drepturilor pacientului în sistemul sănătății. Menționăm, că în Republica Moldova aspectul etic și comportamental în relația cu pacienții, în special prin prisma Drepturilor Fundamentale ale Omului, este pentru prima dată abordat la nivel de instruire profesională medicală. În construcția curriculei am pornit de la experiența internațională în derularea programelor de instruire a personalului medical. Instruirea în cadrul modulului se va efectua prin învățarea la distanță, cu participare activă în discuții, cu dezvoltarea dexterităților practice prin analiza studiilor de caz și problemelor de situație, perfecționarea competențelor personale în managementul schimbărilor și al conflictelor.

Scopul prioritar al cursului este formarea specialiștilor din sistemul sănătății publice din Republica Moldova în domeniul legislației internaționale și naționale ce vizează Drepturile Fundamentale ale Omului, cu dezvoltarea abilităților necesare pentru aplicarea principiilor Drepturilor Omului în activitatea practică, formarea unui model de gândire democratic, etico-legal și multiaspectual în vederea organizării și dezvoltării intervențiilor din domeniul sănătății publice, promovarea unui management adecvat pentru prestarea serviciilor de sănătate calitative acordate pacienților, cu vizualizarea în ansamblu a problemelor etice și legale existente și potențiale din sistem.

Bibliografie

1. Beach M.C., Meredith L.S., Halpern J. and others., Physician Conceptions of Responsibility to Individual Patients and Distributive Justice in Health Care, *Annals of Family Medicine*; 3:53-59 (2005), Jan-Feb, 2005.
2. Ekstrand, M. *How does stigma affect HIV prevention and treatment? A publication of the Center for AIDS Prevention Studies (CAPS) and the AIDS Research Institute, University of California, San Francisco, 2006.*
3. Lazăr, G. Aspecte deontologice în procesul consilierii, Note de curs. Universitatea București, 2006.
4. Morar S. Aspecte etice ale relației medic-societate. *Revista Română de Bioetică* v.5, nr.2, 2007, Iași, p.37-41.
5. Neamțu, G. *Tratat de asistență socială*, Iasi: Editura Polirom, 2003.
6. Nagel Th. *Death in Moral Problems*, New York, 1971, p. 362.
7. Popescu G., Radulescu S. *Medicina și colectivitățile umane*. București: Editura Medicală, 1981
8. Prisacari V., Nemerenco A., Gramma R și alții. *Reducerea stigmei și discriminării în infecția HIV*. Ghid destinat lucrătorilor medicali. Ch: Combinatul Poligrafic, 2009.
9. Radulescu, S. *Sociologia sănătății și a bolii*. București: Editura Nemira, 2002.
10. *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes*. A resource for national stakeholders in the HIV response. Geneva: Joint UN Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2007.
11. Soulier J.P. *Enigma vieții*. Reflecțiile unui medic-biolog asupra vieții și morții. Buc., 1991, p.112.
12. Stereptipuri, discriminare și relații intergrupuri. Coord. Richard Y. Bourhis, Jaques – Phillippe Leyens. Traducere din limba franceză de Doina Tonner Iasi, Editura Polirom, 1996.
13. Țirdea, T., Gramma, R. *Bioetica medicală în sănătate publică*. Suport de curs. Ch: Bons Offices, 2007.
14. Țirdea T., Gramma R. *Suferința, moartea și eutanasia: analiză istorico-filosofică și bioetică*. În: *Revista de Filosofie și Drept (Chișinău)*, nr.1-3, 2002, p.43-52.

15. World Medical Association International Code of Medical Ethics (adoptat de cea de a 3-a Adunare Generală, Londra, 1949) www.wma.net/policy/c8.htm

INDICII ȘI INDICATORII SERVICIULUI ASISTENȚEI MEDICALE DE URGENȚĂ ÎN PERIOADA 2003-2009

Constantin Ețco, Gheorghe Ciobanu, Diana Caraștefan

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în medicină, USMF „Nicolae Testemițanu”
Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

The indexes and indicators of the medical emergency care service during 2003-2009 years

In this article there was described the emergency care service in terms of reforming the health system. This work reflects the full epidemiological study, taking into account the stage of development of the country. During five - seven years there were considered the indexes and the indicators that reflect the dynamics and structure of the service. Finally, it emphasized the need for urgent measures to optimize the management of the service approach.

Rezumat

În articol este prezentată activitatea Serviciului Asistența Medicală Urgentă în condițiile de reformare a sistemului de sănătate. Lucrarea dată reflectă studiul epidemiologic integral, luând în considerație etapele de dezvoltare a republicii. Pe perioada de cinci - șapte ani sunt analizate dinamica și structura indicilor și indicatorilor ce reflectă activitatea serviciului AMU. Sunt argumentate necesitățile întreprinderii măsurilor de optimizarea a managementului serviciului.

Actualitatea temei

Conceptul de asistență medicală urgentă (AMU) ca și medicină de urgență în general este vechi și a apărut odată cu omenirea. **Totdeauna și tuturor, gata pentru ajutor** este deviza serviciului Asistența Medicală de Urgență.

Sistemele de asistență medicală urgentă, ca parte componentă a sistemelor de sănătate publică, sunt deja bine conturate din punct de vedere organizatoric, cu standarde profesionale de educație și cercetare, dar într-o permanentă evoluție, tinzând spre o perfecționare și dezvoltare continuă. Medicina de urgență este specialitatea care diagnostichează, tratează și stabilizează funcțiile vitale ale bolnavului sau accidentatului la locul solicitării, în timpul transportului și în departamentele de medicină de urgență a spitalelor.

Sarcinile serviciului asistența medicală de urgență, în condiții de reformare a sistemului de sănătate, sunt actuale ca niciodată, luând în considerație:

- creșterea mortalității generale de la 9,5 la 1000 de locuitori în 1990 la 11,3 la 1000 de locuitori în 1999 și respectiv 11,8 la 1000 de locuitori în 2009
- nivelul înalt al mortalității infantile – 12,1‰ în 2009 și 14,4‰ a copiilor sub cinci ani ;
- creșterea mortalității populației în vârstă aptă de muncă prin bolile aparatului circulator 136,2 la 100 00 de locuitori (25,8% în structura) și inclusiv infarctul miocardic acut 28,9‰ (21,2% în structura) în 2009;
- creșterea mortalității populației de vârstă aptă de muncă prin bolile aparatului digestiv 85,8‰ (16,3% în structura) și prin traume, intoxicații 107,9‰ (20,4%), inclusiv accidente de transport 15,9‰ (14,7%) în 2009.

Obiectivele lucrării au fost studierea activității Serviciului Asistența Medicală Urgentă în condițiile de reformare a sistemului de sănătate, prin prisma indicatorilor Serviciului Asistența