

# CÂTEVA OBSTACOLE ÎN CALEA APLICĂRII PRINCIPIULUI RESPONSABILITĂȚII INDIVIDUALE PENTRU BOALĂ ÎN RAȚIONALIZAREA SERVICIILOR MEDICALE<sup>1</sup>

*Eugen Huzum*<sup>\*</sup>

## **Rezumat**

*În ultima vreme, tot mai mulți autori și-au declarat convingerea că unul dintre criteriile care, alături de cele medicale, pot fi și ar trebui să fie utilizate în politica de selectare sau/și priorizare a pacienților care candidează pentru alocarea resurselor medicale disponibile în mod limitat, este principiul responsabilității individuale pentru boală. În studiul de față doresc să atrag atenția asupra faptului că în calea aplicării acestui principiu în distribuția serviciilor medicale disponibile în mod limitat stau câteva obstacole foarte serioase. Deși există mai multe astfel de obstacole, aici voi discuta doar cinci dintre ele (pe care le consider a fi și cele mai importante). Obstacolele pe care le am în vedere sunt următoarele: 1) imposibilitatea stabilirii cu certitudine a faptului că un pacient s-a îmbolnăvit ca urmare a stilului său de viață; 2) lipsa unei modalități fezabile și demne de încredere de stabilire și evaluare a vinovăției unui individ pentru stilul său de viață; 3) dreptul la intimitate al pacienților; 4) câteva exigențe și principii morale și, nu în ultimul rând, 5) etica profesiei medicale.*

**Cuvinte cheie:** raționalizare, servicii medicale, responsabilitate, etică medicală, dreptate, moralism.

<sup>1</sup> Elaborarea acestui studiu a fost susținută financiar de CNCIS (în cadrul proiectului Id 1997/2009-2011) și de „Wissenschaftliches Forum” (Universitatea Konstanz, Germania).

<sup>\*</sup>C.S., Dr., Institutul de Cercetări Economice și Sociale „Gh. Zane”, Iași, România, e-mail: eugenh76@yahoo.com

## **1. Problema raționalizării resurselor medicale disponibile în mod limitat și principiul responsabilității individuale pentru boală**

Resursele medicale – mai ales cele foarte scumpe sau cele de tipul organelor pentru transplant – sunt adesea disponibile într-o cantitate limitată și insuficientă. Din cauza acestui fapt, ele nu pot fi acordate de către medici – cel puțin la un moment dat – tuturor acelor pacienți la care au nevoie de alocarea lor. Existența unor astfel de situații, din nefericire destul de des întâlnite în practica medicală de oriunde, ridică o problemă din ce în ce mai dezbătută în literatura de bioetică și etică medicală: ce principii, criterii și proceduri pot fi utilizate în mod legitim în cadrul politicii de selectare sau/și prioritizare a pacienților care candidează pentru alocarea unor resurse medicale disponibile în mod limitat?

Problema în discuție este una extrem de dificilă și supărătoare, una pe care cei mai mulți dintre noi nu am dori să o întâlnim. Aceasta deoarece criteriile de selectare sau prioritizare pentru alocarea resurselor medicale disponibile în mod limitat sunt, de foarte multe ori, criterii pentru a decide cine va trăi și cine va muri. Resursele disponibile în mod limitat reprezintă adesea singura șansă de a fi salvate de la moarte a persoanelor care candidează pentru alocarea lor. Decizia de a refuza sau de a oferi o prioritate scăzută unei persoane care are nevoie de o astfel de resursă poate însemna, așadar, și de multe ori înseamnă, „condamnarea la moarte” a acelei persoane.

În ultima vreme, tot mai mulți autori și-au declarat convingerea că unul dintre principiile care, alături de cele medicale, pot fi și ar trebui să fie utilizate în efectuarea unor astfel de „alegeri

tragice”, este cel al responsabilității individuale pentru boală. Printre autorii pe care îi am în vedere se numără David Brudney, Frank Dietrich, Walter Glannon, Eike-Henner Kluge, Julian Le Grand, Alvin H. Moss și Mark Siegler, Eric Rakowski, Re'em Segev, Barry Smart, Gregory Tetrault sau Robert Veatch [1]. Conform acestui principiu, persoanele care s-au îmbolnăvit fără vina lor merită sau sunt îndreptățite mai mult decât cele (despre care se poate susține cu certitudine că sunt) vinovate de cauzarea bolii de care suferă să li se aloce resursele medicale disponibile în mod limitat. Persoanele vinovate de cauzarea propriei boli sunt, în esență, persoanele care s-au îmbolnăvit ca urmare a unor comportamente sau stiluri de viață pentru care sunt blamabile în mod legitim din punct de vedere moral. Principiul recomandă, așadar, ca acestor persoane să li se acorde o prioritate scăzută în alocarea resurselor medicale disponibile în mod limitat atunci când ele se află în competiție pentru astfel de resurse cu persoane care s-au îmbolnăvit fără vina lor. Ceea ce doresc în cele ce urmează este să atrag atenția asupra faptului că în calea aplicării principiului responsabilității individuale pentru boală în distribuția serviciilor medicale disponibile în mod limitat stau câteva obstacole foarte serioase. Deși există mai multe astfel de obstacole, în cadrul acestui studiu voi discuta doar cinci dintre ele (pe care le consider a fi și cele mai importante). Obstacolele pe care le am în vedere sunt următoarele: 1) imposibilitatea stabilirii cu certitudine a faptului că un pacient s-a îmbolnăvit ca urmare a stilului său de viață; 2) lipsa unei modalități fezabile și demne de încredere de stabilire și evaluare a vinovăției unui individ pentru stilul său de viață; 3) dreptul la intimitate al pacienților; 4) câteva exigențe și principii

morale și, nu în ultimul rând, 5) etica profesiei medicale.

Teza existenței acestor obstacole este una controversată. Spre exemplu, unii dintre adepții principiului responsabilității individuale pentru boală au argumentat că cel puțin unele dintre aceste obstacole nu sunt obstacole universale, prezente în cazul tuturor categoriilor de pacienți a căror îndreptățire de a candida cu șanse egale pentru un serviciu medical disponibil în mod limitat ar putea fi evaluată pe baza acestui principiu. Mai precis, au argumentat acești autori, aceste obstacole nu sunt prezente și în cazul politicii de implementare a principiului responsabilității individuale pentru boală în distribuția transplantului de ficat (pentru care, cei mai mulți dintre candidați sunt alcoolici). De altfel, cei mai mulți dintre susținătorii principiului responsabilității individuale pentru boală nu argumentează, de fapt, în favoarea implementării lui universale, ci doar în favoarea implementării lui în cazul alcoolicilor ce candidează pentru un transplant de ficat. Unii dintre acești autori – spre exemplu, Frank Dietrich – recunosc chiar că implementarea universală a acestui principiu este, din cauza unor obstacole precum cele menționate și discutate în cele ce urmează, atât nefezabilă cât și inacceptabilă. Aplicarea principiului (exclusiv) în cazul alcoolicilor rămâne însă, în opinia lui Dietrich, nu doar posibilă, ci și legitimă.

Au dreptate acești autori? Există argumente viabile în favoarea poziției lor? Sunt, într-adevăr, cele mai multe dintre obstacolele din calea implementării principiului responsabilității individuale pentru boală doar obstacole parțiale, particulare? Poate fi acest principiu aplicat fără probleme (doar) în cazul alcoolicilor?

Aceste întrebări își vor găsi, sper, un răspuns solid argumentat în concluziile acestui studiu. Înainte de a oferi acest răspuns, voi discuta și voi argumenta pe scurt în favoarea fiecăruia dintre obstacolele menționate.

## **2. Câteva precizări și argumente referitoare la obstacolele din calea utilizării principiului responsabilității individuale pentru boală**

### *2.1. Imposibilitatea stabilirii cu certitudine a faptului că un pacient s-a îmbolnăvit ca urmare a stilului său de viață*

O condiție *sine qua non* pentru ca principiul responsabilității individuale pentru boală să poată fi aplicat în politica de raționalizare a serviciilor medicale este aceea ca medicii – sau alți specialiști – să poată stabili *cu certitudine* faptul că un pacient care candidează pentru alocarea unor resurse disponibile în mod limitat este, într-adevăr, vinovat (blamabil în mod legitim din punct de vedere moral) pentru provocarea bolii din cauza căreia are nevoie de astfel de resurse. Pentru a obține un verdict cert în privința vinovăției unui pacient pentru boala de care suferă trebuie însă, mai întâi, să putem susține cu certitudine că boala de care suferă acesta a fost cauzată de stilul său de viață (și nu de un alt factor). În unele cazuri este foarte probabil ca această condiție să fie ușor de satisfăcut. Putem presupune fără teama de a greși, spre exemplu, că medicii pot stabili cu certitudine dacă un pacient s-a îmbolnăvit sau s-a accidentat ca urmare a exercitării unui sport mai mult sau mai puțin extrem (de pildă, schiul sau alpinismul) sau a unui comportament sexual neglijent (așa cum pot sta lucrurile în cazul pacienților infectați cu HIV). Situația este însă cu totul alta – așa cum subliniază chiar și unii dintre apărătorii

principiului responsabilității individuale pentru boală – în cazul majorității celorlalte categorii de pacienți suspectabili de cauzarea bolilor de care suferă: „Există numeroase cauze posibile pentru majoritatea celorlalte boli, ceea ce face ca stabilirea cu exactitate a factorului ce a determinat dezvoltarea lor să fie de obicei imposibilă. Cel mai adesea, tot ceea ce se poate stabili cu privire la relația dintre comportamentul consumatorilor și incidența anumitor maladii sunt doar corelațiile statistice. Statisticile arată, de exemplu, că persoanele obeze au un risc mai mare de a suferi un stop cardiac sau că fumătorii sunt mai predispuși la boli ale sistemului respirator decât nefumătorii. Însă nu putem stabili dincolo de orice îndoială că boala respiratorie a unui anumit pacient a fost cauzată de faptul că el sau ea a fumat. Posibilitatea ca pacientul să se fi îmbolnăvit chiar și dacă nu ar fi fost fumător nu poate fi exclusă” [3]. Fie și numai din acest motiv, aplicarea principiului responsabilității individuale este așadar, cel puțin pe scară largă, practic imposibilă.

Totuși, așa cum am precizat deja, cei mai mulți dintre adepții implementării principiului responsabilității individuale pentru boală argumentează doar în favoarea utilizării sale în distribuția transplantului de ficat. Mai precis, ei argumentează doar în favoarea ideii reducerii dreptului pacienților alcoolici de a candida pentru un astfel de transplant. Or, susțin autorii pe care îi am în vedere, în cazul acestei categorii de pacienți, medicii pot stabili cu certitudine dacă ciroza pentru care au nevoie de un transplant a fost cauzată sau nu de consumul excesiv și îndelungat de alcool.

Adepții acestui principiu au dreptate dacă teza pe care o susțin este aceea că există unii pacienți în cazul cărora medicii pot stabili cu certitudine că s-au

îmbolnăvit ca urmare a consumului excesiv de alcool. Teza pe care par să o avanseze (cel puțin unii dintre) aceștia este totuși una mult mai puternică: anume că medicii pot stabili întotdeauna cu certitudine, doar pe baza simptomatologiei unui pacient, dacă acesta s-a îmbolnăvit sau nu ca urmare a consumului excesiv de alcool. Această teză este însă falsă. Doar pe baza simptomatologiei, medicii pot stabili, cel mult, că un pacient suferă de ciroză alcoolică. Însă ciroza alcoolică și alcoolismul nu sunt sinonime. Mai precis, un pacient se poate îmbolnăvi de ciroză alcoolică și ca urmare a unui consum moderat de alcool (așa cum se întâmplă, de obicei, în cazul femeilor). În afară de aceasta, diagnosticul de ciroză alcoolică stabilit doar pe baza simptomatologiei nu este de obicei unul cert, de vreme ce până și cel mai demn de încredere instrument de stabilire a acestui diagnostic, biopsia ficatului, este totuși failibil. De cele mai multe ori, medicii sunt siguri în privința acestui diagnostic sau în privința faptului că pacientul a fost un consumator excesiv de alcool abia după ce apelează și la discuțiile cu acesta sau la alte surse de informare referitoare la istoria stilului său de viață [4].

## *2.2. Lipsa unei modalități demne de încredere de stabilire și evaluare a vinovăției unui individ pentru stilul său de viață*

Stabilirea cu certitudine a faptului că un pacient s-a îmbolnăvit ca urmare a stilului său de viață nu este singura condiție ce trebuie îndeplinită pentru a obține un verdict cert în privința vinovăției acestuia pentru boala de care suferă. Pentru aceasta este necesar și să putem dovedi că pacientul este blamabil în mod legitim din punct de vedere moral pentru stilul de viață din cauza căruia suferă de acea boală.

Unii dintre noi ar putea crede că toți indivizii cu stiluri de viață riscante pentru sănătate sunt blamabili în mod legitim din punct de vedere moral. Aceasta deoarece toate stilurile de viață riscante pentru sănătate, inclusiv cele care de la un moment dat implică și dependență, sunt în principiu, cel puțin inițial, rezultatul alegerilor individuale. De asemenea, dependența nu este o stare de nedepășit. Multe persoane reușesc să scape de ea, fie singure, fie cu ajutor medical, familial etc. Nu în ultimul rând, deși mulți indivizi au o predispoziție genetică spre comportamente sau stiluri de viață riscante pentru sănătate, aceasta nu îi determină, ci doar îi influențează în adoptarea sau/și continuarea acestora.

Aceste lucruri sunt, în cea mai mare măsură, adevărate, însă nu demonstrează totuși că toți indivizii cu stiluri de viață riscante pentru sănătate sunt blamabili în mod legitim din punct de vedere moral. Chiar și dacă acceptăm ideile de mai sus, rămâne posibil ca măcar unii dintre acești indivizi să beneficieze de scuze foarte puternice pentru faptul că aleg sau pentru că persistă [5] în stiluri de viață riscante pentru sănătate (scuze precum vârsta, sărăcia, izolarea socială, mediul familial și social defavorabil, tulburările mentale, traversarea unor perioade de suferință profundă, lipsa unui nivel educațional suficient, abilitatea redusă de analiză și înțelegere, backgroundul cultural etc.). A-i blama inclusiv pe acești indivizi înseamnă a cădea pradă capcanei „blamării victimelor” [6]. Ce demonstrează acest lucru? Demonstrează faptul că, pentru a putea aplica principiul responsabilității individuale pentru boală în raționalizarea serviciilor medicale astfel încât să nu-i nedreptățim cel puțin pe unii dintre pacienții cu stiluri de viață riscante pentru sănătate, trebuie să dispunem de o procedură fezabilă și demnă de încredere de identificare a

acelor pacienți cu adevărat responsabili (vinovați) pentru stilul de viață despre care se știe cu siguranță sau se presupune, mai mult sau mai puțin plauzibil, că reprezintă cauza bolii pentru care au nevoie de alocarea unor resurse medicale disponibile în mod limitat. Unul dintre cele mai serioase obstacole în calea aplicării principiului responsabilității individuale pentru boală în raționalizarea serviciilor medicale este, însă, tocmai lipsa unei astfel de proceduri.

Acest obstacol pare totuși să fi fost depășit recent prin intermediul unei propuneri făcute de către John Roemer. Conform acestei propuneri, medicii sau alți specialiști din cadrul societății ar putea stabili, spre exemplu, dacă un pacient fumător este responsabil sau nu pentru stilul de viață în urma căruia s-a îmbolnăvit de cancer la plămâni sau/și ce grad de vinovăție poartă acest pacient, după o formulă în patru pași. În primul pas, ei ar trebui să decidă care sunt circumstanțele importante în determinarea sau influențarea indivizilor către acest stil de viață nesănătos (fumatul): de pildă, vârsta, ocupația pacientului, sexul, mediul familial, nivelul venitului, dependența etc. Aceste circumstanțe vor reprezenta factori aflați dincolo de controlul personal al pacientului (factori pentru care acesta nu poate fi considerat în mod legitim ca fiind personal responsabil). Al doilea pas constă în gruparea fumătorilor pe diverse tipuri, fiecare dintre acestea cuprinzând acele persoane care au aproximativ aceleași valori pentru toate caracteristicile decise în pasul întâi (au aceeași vârstă, aceeași ocupație ș.a.m.d.). Unul dintre aceste tipuri ar putea fi, spre exemplu, cel al bărbaților de 60 de ani ce muncesc în industria oțelului, iar un altul, cel al femeilor de 60 de ani care lucrează ca profesor. În al treilea pas se va calcula

numărul mediu de ani în care membrii fiecărui tip este probabil să fumeze. Spre exemplu, acest număr ar putea fi 30 în cazul bărbaților de 60 de ani ce muncesc în industria oțelului și 10 în cazul femeilor de 60 de ani care lucrează ca profesor. Atât vinovăția sau nevinovăția pacientului cât și gradul acestuia de responsabilitate (în caz că ajungem la concluzia că el este vinovat) se stabilesc în pasul patru, în funcție de poziția pe care acesta o ocupă, raportat la numărul mediu de ani obținut în pasul trei, în cadrul tipului din care face parte. Să presupunem că pacientul nostru este un bărbat de 60 de ani ce muncește în industria oțelului. Dacă acest pacient a fumat un număr de ani egal sau mai mic decât numărul mediu specific acestui tip de pacienți, el va trebui considerat nevinovat (de vreme ce media caracteristică tipului său sau celorlalte tipuri este determinată de factori circumstanțiali, factori aflați dincolo de controlul personal al indivizilor). Cu alte cuvinte, pacientul va putea fi considerat în mod legitim vinovat numai dacă a fumat un număr de ani mai mare decât cel al mediei tipului său (în cazul nostru, mai mult de 30 de ani). Gradul său de vinovăție va fi stabilit, de asemenea, în funcție de numărul de ani în plus în care a fumat față de media tipului său. Dacă pacientul nostru a fumat doar 31 de ani, gradul său de vinovăție este unul foarte scăzut. Dacă, în schimb, a fumat 40 de ani, atunci putem considera în mod legitim că gradul său de vinovăție este unul ridicat sau foarte ridicat [7].

După cum se poate observa, formula roemeriană evaluează responsabilitatea individuală pentru stilul de viață în funcție de tipicitatea sau atipicitatea acestuia. Cu cât stilul de viață al unui individ este mai tipic pentru categoria socială din care el face parte, cu atât individul în cauză este mai puțin

responsabil. Dimpotrivă, cu cât stilul său de viață este mai puțin tipic pentru categoria socială din care face parte, cu atât individul este mai responsabil.

Această formulă este, trebuie să recunoaștem, una foarte ingenioasă. Este ea însă și o formulă demnă de încredere? Există mai multe argumente care dovedesc că nu [8]. Aici mă voi rezuma, totuși, să invoc doar argumentul lui Norman Daniels (care este și unul dintre cele mai puternice). Așa cum evidențiază acesta, formula roemeriană „nu surprinde trăsătura relevantă a responsabilității. Atipicitatea este o măsură slabă a efortului, meritului sau a responsabilității. Spre exemplu, ea face ca responsabilitatea unui individ să depindă foarte mult de ceea ce fac alții, nu de ceea ce face el. În orice caz, formula conduce la rezultate inacceptabile: de pildă, dacă schiul este un comportament tipic printre cei bogați, dar nu și pentru cei săraci, atunci, conform acestei formule, urmează că un individ sărac care și-a rupt piciorul ca urmare a practicării acestui sport este mai vinovat decât un individ bogat aflat în aceeași situație” [9].

Și fezabilitatea acestei formule ridică serioase semne de întrebare. Așa cum se poate observa din prezentarea ei, medicii – sau alți specialiști cărora li s-ar trasa această sarcină – au nevoie de foarte multe informații personale despre pacienți pentru a putea aplica formula roemeriană. Aceste informații nu sunt însă întotdeauna disponibile, sau nu sunt disponibile cu ușurință. În situațiile de acest tip, procesul de colectare a acestor informații poate necesita investigații extrem de detaliate și complexe și – pe cale de consecință – un timp destul de îndelungat, timp pe care medicii – și pacienții care așteaptă îngrijirile lor – s-ar putea să nu-l aibă la dispoziție. De asemenea, acest proces s-ar putea dovedi

extrem de costisitor [10]. Ceea ce este, însă, și mai important, este faptul că informațiile necesare utilizării acestei formule – și, în general, informațiile necesare pentru a dovedi vinovăția unui pacient pentru stilul său de viață – aparțin spațiului privat al acestuia. Prețul colectării acestor informații – și al aplicării formulei roemeriene – este, cu alte cuvinte, unul foarte ridicat (cel puțin într-o societate democratic-liberală): invadarea intimității pacienților. Dreptul la intimitate al acestora este, de altfel, unul dintre cele mai serioase obstacole în calea aplicării responsabilității individuale pentru boală ca principiu de raționalizare a serviciilor medicale.

### *2.3. Dreptul la intimitate al pacienților*

Este însă acesta un obstacol universal în calea aplicării principiului responsabilității individuale pentru boală ca și criteriu de raționalizare a serviciilor medicale? Nu, în opinia lui Frank Dietrich, unul dintre apărătorii principiului. Dreptul la intimitate – a argumentat Dietrich – nu este un obstacol în calea aplicării principiului responsabilității individuale pentru boală în cazul pacienților (alcoolici) care candidează pentru un transplant de ficat. Aceasta pentru că medicii pot stabili dacă un pacient este sau nu vinovat de provocarea cirozei alcoolice din cauza căreia are nevoie de un transplant de ficat fără a-i încălca acest drept. Argumentul lui Dietrich în favoarea acestei teze este argumentul conform căruia „una dintre trăsăturile transplantului de ficat constă în ușoara disponibilitate a informațiilor relevante în orice caz de distrugere a ficatului. Simptomele indică într-un mod demn de încredere dacă aceasta a fost cauzată sau nu de abuzul de alcool. În plus, medicii care îi îngrijesc cunosc de obicei foarte bine istoria cazurilor

pacienților lor. Nu există nici o nevoie să se efectueze investigații incomode pentru a afla dacă un potențial beneficiar al unui donator de ficat este sau nu alcoolic” [11].

Așa cum am arătat deja, cel puțin una dintre premisele acestui argument este falsă. De fapt, medicii nu pot stabili cu certitudine, doar pe baza simptomatologiei, dacă un pacient s-a îmbolnăvit sau nu ca urmare a consumului excesiv de alcool. În al doilea rând, considerațiile lui Dietrich nu sunt suficiente pentru a legitima teza în favoarea căreia sunt invocate: teza că medicii pot stabili dacă un pacient este sau nu vinovat de cauzarea cirozei sale alcoolice fără a-i încălca dreptul la intimitate. Pentru ca această teză să fie validă, nu este suficient ca medicii să poată stabili cu certitudine dacă un pacient s-a îmbolnăvit sau nu ca urmare a consumului excesiv de alcool fără a fi nevoiți să efectueze „investigații incomode” despre acesta. E nevoie, de asemenea, și ca medicii să poată evalua, tot fără a fi nevoiți să apeleze la astfel de investigații, dacă pacientul este blamabil sau nu în mod legitim – dacă are sau nu vreo scuză serioasă – pentru faptul că a fost alcoolic. Or, acest lucru este, din motive precum cele evidențiate în considerațiile de la sfârșitul paragrafului anterior, imposibil. Drept urmare, teza că dreptul la intimitate nu reprezintă un obstacol în cazul aplicării principiului responsabilității individuale pentru boală în distribuția transplantului de ficat este falsă.

### *2.4. Câteva exigențe și principii morale*

Să presupunem însă că argumentul lui Dietrich este acceptabil. Înseamnă oare aceasta că este just ca principiul responsabilității individuale pentru boală să fie aplicat doar în cazul alcoolicilor

(așa cum consideră el și alți autori care argumentează în favoarea acestui principiu)? Răspunsul meu este negativ. Aplicarea doar parțială a acestui principiu este, în opinia mea și a altor autori [12], ilegală. Consider, mai precis, că o astfel de aplicare ar fi discriminatorie și – drept urmare – inechitabilă. Dreptatea cere ca, dacă acest principiu nu poate fi aplicat, din diverse motive, tuturor pacienților susceptibili de cauzarea bolilor de care suferă, atunci el nu trebuie aplicat nimănui. În caz contrar, cei cărora li s-ar aplica acest principiu ar fi defavorizați în mod injust, de vreme ce ar fi singurii penalizați pentru o vină pe care este posibil să o poarte și alte categorii de pacienți. Această exigență a dreptății nu este singura exigență morală care stă în calea aplicării principiului responsabilității individuale pentru boală în raționalizarea serviciilor medicale. O altă exigență de acest tip este principiul respectului demnității umane (egale) a tuturor indivizilor. Acest principiu ne interzice să tratăm indivizii în moduri înjositoare sau umilitoare. Există însă serioase motive de îndoială în privința compatibilității cu acest principiu a practicii de evaluare a îndreptăririi indivizilor de a li se aloca serviciile medicale disponibile în mod limitat în funcție de vinovăția pentru boala de care suferă. Un pacient pus în situația de a trece printr-un test al vinovăției pentru boala de care suferă sau/și în situația de a i se stabili, spre exemplu, poziția pe care o va ocupa în cadrul listei de așteptare pentru un transplant, în funcție de un astfel de test de moralitate ar fi, fără îndoială, un pacient pus într-o situație umilitoare. Aceste practici ar aduce, cu alte cuvinte, o ofensă gravă la adresa demnității sale [13]. Implementarea unor astfel de practici ar constitui, mai mult, o instaurare a moralismului în raționalizarea serviciilor medicale [14],

ceea ce este, însă, inacceptabil. John Harris a explicat foarte bine de ce, atunci când a făcut următoarea observație: „Cu toții avem, desigur, datoria de a încuraja și promova moralitatea, însă a face acest lucru pe baza alegerii între candidații pentru un tratament medical pe temeuri morale înseamnă a ne aroga nu doar simpla promovare a moralității ci și pedepsirea imoralității. Iar a alege să lăsăm să moară o anumită persoană mai curând decât alta pe temeiul unui defect moral în comportamentul sau caracterul ei înseamnă a lua asupra noastră nu doar dreptul de a pedepsi, ci de a pedepsi capital, infracțiunile împotriva moralității. Chiar și în cazul ... în care suntem convinși că suntem îndreptățiți sau obligați să facem acest lucru, ar fi inadmisibil să ne asumăm o astfel de funcție cvasi-judiciară fără nici una dintre garanțiile de legitimitate sau rigorile procedurilor legale” [15].

### *2.5. Etica profesiei medicale*

Cei care argumentează în favoarea utilizării principiului responsabilității individuale în raționalizarea serviciilor medicale sunt, de obicei, filosofi. Există însă și unii medici – de pildă, Alvin H. Moss și Mark Siegler sau Gregory Tetrault – care au argumentat în favoarea acestei idei [16]. Acest fapt este, cel puțin pentru mine, surprinzător, de vreme ce etica profesională le interzice medicilor să ia în considerație acest principiu de raționalizare (fapt subliniat chiar de către unii dintre confracții lor) [17]. Printre valorile și principiile fundamentale pe care este clădită etica medicală se numără valori și principii incompatibile în mod vădit cu ideea aplicării principiului responsabilității individuale pentru boală în raționalizarea serviciilor medicale. Astfel de valori sau principii sunt, de pildă, compasiunea sau solidaritatea cu cel aflat în suferință

(indiferent dacă acesta este vinovat sau nu pentru boala de care suferă), secretul profesional sau principiul beneficiei (principiu de proveniență hipocratică ce îi obligă pe medici să acționeze numai în interesul pacienților lor, să fie avocați necondiționați – și nu judecători – ai lor și să nu utilizeze informațiile pe care le dețin despre ei în alte scopuri decât îngrijirea medicală adecvată a acestora). Unul dintre principalele temeiuri ce legitimează astfel de obligații profesionale este necesitatea existenței unei relații de încredere între pacient și medicul său. Așa cum s-a observat [18], în lipsa unei astfel de relații, țelul suprem al actului medical, sănătatea pacientului, nu ar mai putea fi atins. Introducerea principiului responsabilității pentru boală în raționalizarea serviciilor medicale ar avea, însă, drept efect tocmai distrugerea acestei relații, cel puțin între pacienții cu stiluri de viață riscante pentru sănătate și medicii lor. Știind că medicii ar putea să utilizeze la un moment dat informațiile personale pe care le oferă împotriva intereselor lor, este de presupus că acești pacienți ar fi mult mai reticenți – dacă nu chiar ar minți – în furnizarea acestor informații, fapt ce ar periclita tratarea lor adecvată chiar și pentru boli al căror tratament nu este disponibil în mod limitat (sau cel puțin nu într-un mod atât de drastic precum în cazul transplantului de organe).

### **3. Două observații finale**

Ce concluzii rezultă în urma acestor precizări și argumente referitoare la obstacolele din calea implementării principiului responsabilității individuale

pentru boală în distribuția serviciilor medicale disponibile în mod limitat? Una dintre principalele concluzii este aceea că doar primul dintre obstacolele discutate – imposibilitatea stabilirii cu certitudine a faptului că un pacient s-a îmbolnăvit ca urmare a stilului său de viață – este, într-adevăr, un obstacol parțial, prezent doar în cazul anumitor categorii de pacienți susceptibili de boli auto-provocate. Dacă argumentele invocate în acest studiu sunt corecte, toate celelalte obstacole discutate sunt, însă, obstacole universale, prezente inclusiv în cazul pacienților alcoolici ce candidează pentru un transplant de ficat. Teza că obstacolele în discuție nu sunt prezente și în cazul acestor pacienți se bazează, așa cum am văzut, pe argumente mai mult decât discutabile.

Ce consecințe rezultă de aici? Rezultă că nu există temeiuri convingătoare în favoarea tezei că numai ideea aplicării universale a principiului responsabilității individuale pentru boală este inacceptabilă, în timp ce aplicarea lui în cazul pacienților alcoolici ce candidează pentru un transplant de ficat rămâne legitimă. De fapt, și ideea aplicării principiului (exclusiv) în cazul acestor pacienți este inacceptabilă. Motivul este, cred, evident. Aplicarea acestui principiu este posibilă numai o dată cu înlăturarea obstacolelor discutate. Or, înlăturarea unora dintre aceste obstacole – precum, spre exemplu, dreptul la intimitate al pacienților, exigențele și principiile morale menționate sau etica medicală – este ea însăși, cel puțin atâta vreme cât le tratăm „la modul serios”, inacceptabilă.

### **Bibliografie și note**

- [1]. Vezi, spre exemplu, David Brudney, „Are Alcoholics Less Deserving of Liver Transplants?”, *Hastings Center Report*, 37 (1), 2007, pp. 41-47, Walter Glannon, „Responsibility, alcoholism and liver transplantation”, *Journal of Philosophy and Medicine*, 23 (1), 1998, pp. 31-49, Walter Glannon, „Responsibility and Priority in Liver

- Transplantation”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 18, 2009, pp. 23-35, Re'em Segev, „Well-being and Fairness in the Distribution of Scarce Health Resources”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 30 (3), 2005, pp. 231-260 sau Barry Smart, „Fault and the Allocation of Spare Organs”, *Journal of Medical Ethics*, 20 (1), 1994, pp. 26-30.
- [2]. Frank Dietrich, „Causal Responsibility and Rationing in Medicine”, *Ethical Theory and Moral Practice*, 5, 2002, p. 119.
  - [3]. Considerațiile din acest paragraf sunt bazate pe câteva informații despre diagnosticarea cirozei alcoolice prezentate, spre exemplu, în Carl Cohen, Martin Benjamin, „Alcoholics and liver transplantation”, *Journal of the American Medical Association*, 265, 1991, pp. 1299-1301, Michael R. Lucey, Thomas Beresford, „Alcoholic liver disease: to transplant or not to transplant?”, *Alcohol and Alcoholism*, 27 (2), 1992, pp. 103-108, Thomas Beresford, „The limits of philosophy in liver transplantation”, *Transplant International*, 14 (3), 2001, pp. 176-177 sau Dien Ho, „When Good Organs Go to Bad People”, *Bioethics*, 22 (2), 2008, pp. 77-83.
  - [4]. Fie pentru că nu încearcă să le schimbe, fie pentru că nu reușesc, în ciuda eforturilor, în această tentativă.
  - [5]. Fapt evidențiat, spre exemplu, pe urmele lui Robert Crawford, de Charles J. Dougherty, Mike W. Martin sau Daniel Wikler. Vezi Robert Crawford, „You are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming”, *International Journal of Health Services*, 7 (4), 1977, pp. 663-680, Charles J. Dougherty, „Bad faith and victim blaming: the limits of health promotion”, *Health Care Analysis*, 1, 1993, pp. 115-116, Mike W. Martin, „Responsibility for health and blaming victims”, *Journal of Medical Humanities*, 22 (2), 2001, pp. 95-114 sau Daniel Wikler, „Who should be blamed for being sick?”, *Health Education and Behavior*, 14, 1987, pp. 11-25.
  - [6]. Am reluat aici, în mare măsură, prezentarea formulei roemeriene din Eugen Huzum „Principiul responsabilității individuale pentru boală și aplicarea lui în distribuția serviciilor medicale. O analiză critică”, în Bogdan Olaru (coord.), *Controverse etice în epoca biotehnologiilor. Autonomie individuală și responsabilitate socială*, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, 2008, pp. 206-207 nota 2. Vezi, de asemenea, John E. Roemer, „A pragmatic theory of responsibility for egalitarian planner”, *Philosophy and Public Affairs*, 22 (2), 1993, pp. 146-166 sau John E. Roemer, „Equality and responsibility”, *Boston Review*, 20 (2), 1995, pp. 3-7.
  - [7]. Vezi, spre exemplu, Richard Epstein et al., „Social equality and personal responsibility”, *Boston Review*, 20 (2), 1995 [<http://bostonreview.net/dreader/series/equality.html>]., Andrew Mason, „Equality, personal responsibility, and gender socialization”, *Proceedings of the Aristotelian Society*, 100, 2000, pp. 235-239, Susan Hurley, „Roemer on responsibility and equality”, *Law and Philosophy*, 21(1), 2002, pp. 39-64 sau Mathias Risse, „What equality of opportunity could not be”, *Ethics*, 112 (4), 2002, pp. 720-747.
  - [8]. Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Care Needs Fairly*, Cambridge University Press, New York, 2008, p. 77.
  - [9]. Nici economistul Robert M. Solow nu crede în fezabilitatea formulei roemeriene. Pentru argumentele sale vezi intervenția din Richard Epstein et al., „Social equality and personal responsibility”.
  - [10]. Frank Dietrich, „Causal Responsibility and Rationing in Medicine”, p. 120.
  - [11]. Spre exemplu, Hugh V. McLachlan. Vezi Hugh V. McLachlan, „Smokers, virgins, equity and health care costs”, *Journal of Medical Ethics*, 21, 1995, pp. 209-213.
  - [12]. Inclusiv ideea aplicării formulei roemeriene în evaluarea îndreptățirii sau a meritului unui individ de a primi serviciile medicale – limitate sau nu – de care are nevoie a fost atacată dintr-un motiv similar. Vezi Elizabeth Anderson, „What is the point of equality?”, *Ethics*, 109 (2), 1999, p. 310.
  - [13]. De altfel, multe dintre „argumentările” în favoarea principiului responsabilității individuale pentru boală sunt, de fapt, în întregime sau parțial, discursuri moralizatoare la adresa

- persoanelor cu stiluri de viață riscante pentru sănătate în general și a alcoolicilor în special. Vezi, spre exemplu, Eike-Henner Kluge, „Drawing the ethical line between organ transplantation and lifestyle abuse”, *Canadian Medical Association Journal*, 150 (5), 1994, pp. 745-746 sau Gregory Tetrault, „The Morality of Transplantation”, *Journal of the American Medical Association*, 266 (2), 1991, pp. 213-214.
- [14]. John Harris, *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*, Routledge, London, 1985, pp. 108-109. Țin să precizez și că, pe lângă argumentul lui Harris, teza inacceptabilității adoptării moralismului în distribuția serviciilor medicale este susținută și de faptul că moralismul este, în sine, un fenomen inacceptabil. Așa cum s-a observat, departe de a reprezenta o cerință a moralității, moralismul reprezintă, dimpotrivă, o pervertire a acesteia. Pentru câteva dintre cele mai importante argumente care justifică această teză vezi excelența lucrare coordonată de C.A.J. Coady, *What's Wrong With Moralism?*, Blackwell, Malden, 2006.
- [15]. Vezi Alvin H. Moss, Mark Siegler, „Should Alcoholics Compete Equally for Liver Transplantation?”, în Helga Kuhse, Peter Singer (ed.), *Bioethics: An Anthology*, 2nd ed., Blackwell, Oxford, 2006, pp. 421-427 sau Gregory Tetrault, „The Morality of Transplantation”.
- [16]. Vezi Kevin Schwartzmann, „*In vino veritas?* Alcoholics and liver transplantation”, *Canadian Medical Association Journal*, 141, 1989, pp. 1262-1265, Suzanne Van Der Vathorst, Carlos Alvarez-Dardet, „Doctors as judges: the verdict on responsibility for health”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 2000, pp. 162-164 sau Dien Ho, „When Good Organs Go to Bad People”, pp. 80-82.
- [17]. Printre alții, de către Einer R. Elhauge (în „Allocating health care morally”, *California Law Review*, 92, 1994, pp. 1449-1554), Dien Ho (în „When Good Organs Go to Bad People”, p. 81) sau Bruce N. Waller (în „Responsibility and health”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 34, 2005, p. 186).