

Catedra de medicină judiciară a I.M.F. din Tirgu-Mureș (cond.: conf. Z. Ander)

CAUZELE ȘI IZVOARELE GREȘELILOR MEDICALE

Z. Ander

Lucrările apărute după eliberare în literatura noastră medicală privind problema deontologiei medicale se ocupă pe de o parte de *bazele teoretice* ale ei (1, 4, 5, 7, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) și de problemele *educației deontologiei* (2, 23, 24, 26), iar pe de alta de *aspectele practice* ale responsabilității morale și juridice a medicului (3, 6, 8, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 25, 27).

Materialul simpozionului „Metodologia educației comuniste a studenților” ținut la I.M.F. București (23) a arătat o serie de metode eficiente în formarea profilului profesional și moral al medicului socialist.

Referatul prezentat de acad. *St. M. Milcu*, președintele U.S.S.M., privind probleme ale deontologiei medicale socialiste (21), dezbătut de Sesiunea din 5 aprilie 1963 a Consiliului de conducere, constituie o *luare de poziție* a acestui înalt for științific al medicilor din patria noastră în materie de deontologie medicală. *Planul de măsuri* adoptat la această sesiune prevede promovarea principiilor deontologiei medicale socialiste prin analiza activității în spirit critic și auto critic a unităților medico-sanitare și prin formarea unei opinii sănătoase de masă față de rămășițele moralei burgheze în gândirea și atitudinea cadrelor medico-sanitare.

Scopul prezentului articol este de a contribui la realizarea obiectivelor expuse în planul de măsuri, printr-o *analiză* mai aprofundată a cauzelor și izvoarelor greșelilor *medicale* și implicit la înlăturarea și prevenirea lor — utilizând învățămintele experților medico-judiciare.

În literatura de specialitate cauzele și izvoarele greșelilor medicale sînt tratate și prezentate în mod foarte variat.

În primul rînd subliniem că nu există o definiție unanim acceptată a expresiilor „greșeală” sau „culpă” medicală, cu toate că în vorbirea curentă ele sînt frecvent întrebuițate. Această noțiune este foarte relativă, esențialul fiind un act medical, o părere, recomandare sau atitudine (eventual lipsa acestora) care nu corespunde științei și deontologiei medicale. K. E. *Tarasov*, într-un studiu intitulat „Caracteristicile gnoseologice și logice ale greșelilor de diagnostic (Problemele filozofice ale medicinei. Medghiz, 1962, pag. 116—153) arată pe larg confuzia care domnește deocamdată în acest domeniu. Totuși, noțiunea de greșeală medicală utilizată atît de imprecis din punct de vedere gnoseologic, are o importanță foarte mare în medicină, mai ales în problemele de diagnostic. Astfel, una din metodele de *măsurare a calității asistenței medicale* și a *perfecționării* ei constituie colorarea, confruntarea sau analiza comparativă a diferitelor diagnostice: de trimitere, internare, după 3 zile, la exmitere, înainte de operație și după aceea, la necropsie, etc., din care se calculează și anumiți indici de eficiență (calitate). Pe de altă parte, în toate cazurile de reclamații contra medicilor, expertiza medico-judiciară trebuie să pună concluzii în legătură *cu existența și gradul greșelii*, deci cu imputabilitatea, o sarcină deosebit de grea și plină de răspundere. Imputabilitatea se va stabili de la

caz la caz, în funcție de pregătirea și condițiile de muncă ale medicului. La stabilirea ei vor fi consultate cadre de specialitate de înaltă calificare și cu prestigiu moral.

Legea noastră penală nu definește și nici nu întrebunțează termenul de greșală medicală. *Justitia* caută să stabilească în cazuri concrete *vinovăția* în care intră *intenția* (de acțiunea sau omisiune), sau *neglijența* (lipsa de prevedere obligatorie denumită de scurtă culpă). Pentru ca un medic să fie pedepsit penal din cauza greșelii comise (greșeală imputabilă), trebuie să coexiste următoarele elemente: un *prejudiciu* (leziune, suferință, moarte), cu caracter *ilicit* (rezultat din nesocotirea regulilor activității medicale), *vinovăție* (prin intenție sau culpă) și o *legătură de cauzalitate* între acțiunea ilicită și prejudiciul rezultat.

Judecarea cazurilor de greșeli medicale imputabile se face pe baza articolelor din *Codul penal*, ca: omor fără voie, neglijență în serviciu, vătămarea integrității corporale, avort, refuz de serviciu, fals în acte etc. și nu pe baza stabilirii „greșelii medicale” sau a „culpei medicale” de un anumit grad.

În practica medico-judiciară deosebim două grupe mari de greșeli medicale:

1. *Greșelile imputabile* sînt acele în care ancheta și judecata găsesc *elementele infracțiunii*, adică existența reală a unui prejudiciu legat de încălcarea unui articol de lege în mod intenționat sau din neglijență (culpă). Aici aparțin cazurile de avort criminal, uitarea de corpuri străine în plagă, neadministrarea serului antitetanic, supradozări de medicamente, eliberarea de certificate false, etc. Ele sînt judecate conform articolelor din *Codul penal*.

2. *Greșelile neimputabile* din punct de vedere penal diferă și ele după gravitatea și natura lor:

— O serie de *greșeli simple* fără consecințe grave, nu necesită anchetă pentru a fi clarificate și se rezolvă prin discutarea lor la locul de muncă. Această activitate trebuie să constituie o preocupare permanentă în lupta pentru ridicarea calității asistenței medicale și pentru dezvoltarea conștiinței medicale socialiste.

— *Greșelile mai grave* se anchetează de obicei pe cale administrativă și duc la sancțiuni disciplinare.

— Uneori mai ales cazurile reclamate de particulari, impun efectuarea unei anchete penale sau chiar darea în judecată, însă lipsind infracțiunea, procuratura le clasează sau procesele sfîrșesc prin achitarea medicului. În categoria acestor greșeli intră o serie de lipsuri profesionale și de comportament care ar trebui să fie analizate în fața unor comisii de *deontologie* pentru a servi ca învățămînt întregului colectiv medico-sanitar. Scoțînd la iveală în fiecare caz cauzele și izvoarele greșelii (de obicei multiple) se vor putea lua măsuri pentru lichidarea și prevenirea repetării lor. Măsurile luate vor depinde de cauzele, gravitatea și pericolozitatea socială a greșelilor. Subliniem că particularitatea răspunderii medicale în condițiile organizării socialiste a asistenței curativo-profilactice constă în faptul că și unitatea sanitară respectivă este cointeresată atît material (responsabilitate civilă pentru fapta altuia — art. 1000 alin. 1 din *Codul Civil*), cît și moral, conform responsabilității morale colective pentru bunul mers al unității.

Literatura medico-judiciară prezintă problema cauzelor și izvoarelor greșelilor medicale, fie în mod sintetic, reducîndu-le la cîteva tipuri de bază, fie analitic, deosebind un număr mai mare de cauze (de multe ori coexistente).

M. I. Raiski deosebește numai două tipuri de bază, și anume: accidente independente de medic și cazuri cu evoluție nefavorabilă în legătură cauzală cu anumite măsuri medicale.

N. Semasko, marele organizator al sănătății publice din U.R.S.S., menționează trei cauze principale care stau la baza greșelilor medicale: neglijența sau intenția culpabilă, cînd responsabilitatea este integrală; organizarea defectuoasă a muncii, în

care caz și conducătorul unității respective este răspunzător; imperfecțiunea și insuliența științei medicale, cînd firește responsabilitate medicului nu poate fi angajată.

Alți autori, ca *M. I. Avdeev*, *M. G. Serdiukov*, deosebesc de asemenea: accidente imprevizibile și de neînălțurat, erori de bună credință, erori din neglijență sau ușurință și erori prin călcarea legilor penale.

Autori ca *V. F. Cervakov* tratează problema greșelilor medicale după articolele respective ale Codului Penal: profesorul *Grzywo-Dabrowski* concretizează în 11 puncte cazurile în care responsabilitatea medicului poate fi angajată. Profesorul *M. Kernbach* adoptă clasificarea preconizată de *N. V. Popov* care deosebește 9 variante de erori, neglijențe și incorectitudini profesionale ale medicului. Considerăm că această împărțire corespunde mai bine scopurilor urmărite de noi. Categoriile preconizate de *Popov* constituie un ajutor în efectuarea expertizelor medico-judiciare, ușurînd analiza cauzelor și izvoarelor greșelilor comise, evaluarea imputabilității, înlesnind în ultimă analiză încadrarea juridică a cazului. Vom prezenta cu mici modificări această împărțire, ilustrînd-o cu exemple concrete.

1. Ignoranța sau neștiința va fi apreciată în raport cu pregătirea și experiența medicului respectiv. Lipsa cunoștințelor se referă atît la domeniul teoretic, cît și la cel practic (lipsă de îndeminare și experiență). Minimul de cunoștințe și de practică ce se pretinde unui medic poate fi apreciat obiectiv pe baza programelor analitice ale cursurilor de la facultate, ale examenelor de calificare și specializare. Unui tînăr absolvent i se va pretinde mai puțin decît unui specialist, iar medicului cu stagiul scurt mai puțin decît unui specialist, cu vechime în profesiune. Aprecierile trebuie să se extindă și asupra activității de pînă atunci a medicului, recidiva în greșeli de aceeași origine fiind judecată mai sever. Numai greșelile datorite unei ignoranțe care vor putea fi urmate de sancțiune penală. În asemenea cazuri se poate ajunge și la retragerea diplomei de medic. În cazurile mai ușoare se vor lua măsuri de completare a cunoștințelor printr-un stagiul terminat cu un examen de verificare a cunoștințelor.

2. *Neglijența și imprudența* sînt sinonime cu *ușurința, atitudinea superficială și lipsa de prevedere*. Ele constituie cauzele cele mai frecvente ale greșelilor medicale în general și ale celor imputabile în special. Dintre cazurile ajunse la condamnare, multe se datoresc atitudinii superficiale în muncă.

— Un medic chirurg, omîind să ia măsuri adecvate pentru tratamentul antirabic al unui bărbat zgîriat pe nas de o vulpe, este tras la răspundere pentru moartea victimei din cauza rabei.

— O bolnavă de 23 de ani, tratată ambulator timp de 5 săptămîni de un medic ginecolog, în a 7-a zi de observație și tratament spitalicesc pentru prurit vulvar, intră în comă diabetică mortală. Examenul complet al urinei și diagnosticul just s-au făcut abea în starea precomatoasă.

3. *Neatenția sau lipsa de vigilență* duce la uitarea de corpuri străine în plagă sau în cavități mari și la confuzii de substanțe toxice, ajungîndu-se la otrăviri sau alte consecințe grave.

— În cursul unui examen periodic al purtătorilor de germeni din industria alimentară, se administrează din lipsă de atenție în loc de sare amară — fluorură de sodiu, greșeală soldată cu 5 decese, 12 îmbolnăviri grave și 3 de gravitate mijlocie.

— Amîntînit două cazuri de intoxicație cu sublimat administrat în soluție de 5% în cursul dejunului de probă în loc de soluție alcoolică. Unul din cazuri a fost mortal.

— O soră transfuzoare, confundînd probele de determinare a grupelor sanguine de la 2 bolnavi, contribuie la producerea unui șoc hemotransfuzional mortal.

4. *Exagerarea sau atitudinea temerară.* Considerăm că din această categorie fac parte nu numai cazurile de experimentări ale unor noi medicamente și procedee terapeutice medicale sau chirurgicale, încercate fără condiții corespunzătoare, ci mai ales cazurile mult mai frecvente, când chirurgii operează în lipsa unui motiv acceptabil în condiții tehnico-materiale și de cadre nesatisfăcătoare. Sint calificate temerare, operațiile mari, executate fără un diagnostic temeinic, fără examinări de laborator, fără consultarea altor specialiști. Cazuistica noastră arată că în aceste cazuri e vorba mai curînd de un mercantilism camuflat și mai puțin de o ambiție profesională, lucru realizabil mult mai bine în condițiile unui colectiv, deci sub control și îndrumare profesională, după principiul ajutorului reciproc.

— Un chirurg dintr-un centru rațional își creează un renume datorită operațiilor „reușite” pe care le face. Analiza competență a activității sale relevă că acest medic a făcut numeroase intervenții neindicate, inutile. În foaia de observație exagera starea de gravitate a bolnavului înainte de operație: față de aceste notații vindecările erau rapide, complicațiile rare. Examenul preoperator în schimb era insuficient, chirurgul nu se consulta cu specialiști și făcea uneori modificări ulterioare în foaia de observație.

5. *Greșelile izvorite din încredințarea obligațiilor proprii în mâinile altora.* Această cauză e în strînsă legătură, atît cu îndrumarea și controlul activității personalului în subordine, cît și cu modul de organizare a muncii în unitatea respectivă. Cazuri de acest gen am văzut în materialul nostru și ele s-au datorat faptului că bolnavul a fost părăsit după operație și complicațiile ivite nu au fost observate la timp.

Cadrele medii își depășesc adesea competența în privința injecțiilor. Prevederile Regulamentului spitalicesc nu sînt interpretate și aplicate unanim. Oricît de experimentat ar fi un cadru medicu, nu are dreptul de a face anestezii, de a administra medicamente cu acțiune puternică. Am întîlnit două cazuri de accidente mortale cu evipan, administrat de cadre medii. Aici nu poate fi vorba de executarea unei simple manopere tehnice. Tot așa, nici siringa cu strolantină nu are ce căuta în mîna unei moașe, deoarece utilizarea ei neadecvată poate duce la moartea pacientului.

Deficiențele de sterilizare cauzează destul de frecvent injectiile (flegmoane, abcese, septicemii) și sînt responsabile pentru circa 1/4—1/5 din cazurile de hepatită.

6. *Lipsa controlului obligator* constituie un aspect esențial într-o serie de greșeli medicale. În înțeles larg, principiul controlului trebuie extins asupra tuturor fazelor activității medicale, cuprinzînd întreaga ierarhie profesională.

Multe cazuri de intoxicații intraspitalicești cu diverse substanțe (resorcină în loc de ceai, hidrazidă în loc de PAS, acid clorhidric în loc de novocaină, morfină în loc de calciu, sulfanilamidă în loc de bariu, etc.) sînt de natură să ne arate că îndrumarea și controlul activității personalului în subordine constituie o datorie profesională și deontologică în același timp.

Indicii obișnuiți de rulaj, timpul de spitalizare etc. ilustrează prea puțin calitatea muncii. Trebuie să ne referim mai întîi la corolarea diagnosticului necroptic cu cel clinic, la conferințele anatomo-clinice, metode superioare de control al activității muncii medicale, verificate de mult în practica medicinei sovietice, care trebuie extinsă și la noi, în primul rînd prin întărirea rețelei de prosectoră. Executarea sistematică a autopsiilor celor decedați în spitale și reducerea la minim al excepțiilor, constituie nu numai un mijloc de control al activității medicale, o metodă de ridicare a simțului responsabilității, dar și o metodă eficientă de prevenire a reclamațiilor prin elucidarea din timp a cauzelor adevărate ale decesului.

7. *Lipsa de organizare* este un argument des invocat în legătură cu cazurile reclamate. În numeroase dosare am găsit că lipsa mijloacelor de transport, a sîngelui pentru transfuzii, a oxigenului pentru reanimare, au constituit cauzele obiec-

tive ale deznodământului letal al cazurilor respective. Regimul nostru pune la dispoziția sectorului sanitar condiții tehnice-materiale din ce în ce mai bune. Datoria deontologică a medicilor este de a le întrebuița cât mai judicios în folosul ocrotirii sănătății celor ce muncesc. Problema organizării este o chestiune de conducere legată de prevederea și planificarea științifică a mijloacelor disponibile. Analiza cazurilor de lipsuri organizatorice trebuie să fie urmată de măsuri concrete care să ducă la lichidarea deficiențelor și la o mai bună organizare a muncii. Nu trebuie să pierdem din vedere nici lămurirea publicului.

— Într-un caz mortal de tetanus reclamat, deși ajutorul urgent în legătură cu o fractură deschisă a gâmbelor a fost corect, s-a întârziat 12 ore cu administrarea serului, întrucât medicul de circumscripție nu avea în stoc acest medicament de urgență.

8. *Comportarea necorespunzătoare a medicului* este un izvor foarte frecvent de reclamații, chiar dacă anchetele penale sînt relativ rare, iar condamnările pentru acest motiv excepționale. Persoanele laice, în primul rînd familia bolnavului, sînt gata să accepte și se mulțumesc cu explicațiile privind eșecul operației sau al tratamentului, dacă medicul nu comite greșeli de comportare, pierzînd încrederea ce i s-a acordat, fie prin asigurări neîntemeiate, fie defăimînd activitatea colegilor săi și creînd astfel capete de acuzare. Am întîlnit mai multe tipuri de greșeli de comportament.

— Amintim întîi comportamentul *birocratic*, neînțelegător, arid, administrativ cu bolnavii și aparținătorii.

— Comportamentul necorespunzător poate lua un caracter *abuziv*, cu totul contrar regulilor deontologice.

— Un medic a fost condamnat la amendă corecțională pentru că a injuriat și lovit bolnavele și moașele din serviciul său de obstetrică. Întrebat fiind de o gravidă a cărei naștere întârzia, răspunde „spiritual”: „Nu vei naște, ci vei rămîne de reclamă spitalului”. Aceste cuvinte pot fi pronunțate în mod glumeț, cu aer de familiarism, dar pot fi spuse și lătos, trădînd nerăbdare și plictiseală.

Am întîlnit și cazuri de comportament *nedemn*. Alcoolismul, morfinomania, sau alte vicii sînt incompatibile cu activitatea medicală.

— *Lipsa spiritului colectiv*, atmosfera de birfeli, intrigă, defăimare, calomnii, într-o unitate medico-sanitară constituie un mediu de cultură pentru reclamații și creează condiții favorabile pentru însăși producerea greșelilor și omisiunilor medicale. Dar și solidaritatea neprincipială, lipsa spiritului critic, constituie un climat nefavorabil pentru combaterea greșelilor.

Iatrogenozele, refuzul de serviciu, lipsa consimțămîntului la operații, nerespectarea secretului medical, sînt alte manifestări ale comportamentului nedeontologic, generator de reclamații.

9. Exercițarea infracțională „criminală” a drepturilor de medic duce la infracțiuni prevăzute ca atare în Codul penal, cum am arătat mai sus (avort delictual, fals în acte, alte infracțiuni), Amintim venalitatea, o rămășiță a mercantilizării medicinei burgheze care se găsește la baza cazurilor de luări nedrepte, de trafic cu medicamente, luare de mită și manifestări — din fericire răzlețe — ale șarlatanismului medical.

— Un medic expert delegat, chirurg întocmește un raport medico-judiciar fals, descrie organele fără a face autopsia reglementară, limitîndu-se la executarea unei operații pe inimă (comisurotomie) și pe plămînul sting (lobectomie).

10. *Cazurile nenorocite*. În această grupă intră acele cazuri în care nu se găsește nici o greșeală imputabilă medicilor, evoluția fatală izvorînd din *gravitatea*

imboldnării sau din *circumstanțele particulare* ale acordării ajutorului medical. Studiul lor este deosebit de important pentru fiecare specialitate medicală, ele reprezintă limitele științelor și ale posibilităților medicinei, prima linie a frontului de luptă care desparte cunoscutul de necunoscut, prevederea de lipsa ei, medicina de azi de medicina de mâine.

Încercînd să facem o sinteză, după expunerea analitică a cauzelor și izvoarelor greșelilor medicale, considerăm că ele se împart în esență în 3 *categorii de bază*, potrivit cărora și metodele de lichidare și prevenire vor fi deosebite: greșeli izvorite din neștiință, din lipsa de organizare și din atitudini neglijente.

Neștiința adică lipsa cunoștințelor teoretice și practice se lichidează prin *perfecționare* continuă, o datorie profesională și morală a medicilor de orice specialitate.

Lipsa de organizare se lichidează printr-o atenție deosebită acordată *dezvoltării bazei tehnico-materiale*, prin schimbul de experiență urmate de extindere celor mai bune metode și prin stimularea, îndrumarea și controlul colectivului cu care se lucrează.

Combaterea *atitudinii neglijente* în muncă și față de oameni este posibilă numai printr-o ridicare *ideologică-politică* a cadrelor medico-sanitare, prin dezvoltarea conștiinței medicale socialiste și ridicarea simțului responsabilității morale și jurdice pentru sănătatea poporului.

Sosit la redacție: 16 mai 1963.

Bibliografie

1. ANDER Z.: Revista Medicală (1958), 6; 2. ANDER Z.: Tanügyi Ujság (1959), 8.04; 3. ANDER Z.: Revista Medicală (1959), 3, 348; 4. ANDER Z. și colab.: Törvéyszéki Orvostan, Litografia Inv. Cluj (1960); 5. ANDER Z.: Disertație de candidat. Manuscris (1961); 6. ANDER Z., LORINCZ E. A.: Revista Medicală (1961), 4, 359—364; 7. ANDER Z.: Spitalul (1962), 2, 127—130; 8. ANDER Z., VECSEI K.: Revista Medicală (1962), 3, 428—431; 9. ANDER Z.: Buletin Doc. de Med. Jud. și crim. (1962), 2, 39—47; 10. ANDER Z., WEICH V., BODIS A.: Bul. doc. de med. jud. și crim. (1962, 3—4, 1—8; 11. BAȚ-CIHS G. A.: Organizare sanitară, Ed. de stat București (1950); 12. BILEGAN I., QUAI I., TERBANEA M.: Autoreferatele Sesiunii I.M.F. Cluj (1957); 13. BURGHELE TH.: Chirurgia (1956), 4, 607; Chirurgia (1959), 6, 639; 14. BURGHELE TH.: Muncitorul Sanitar 39/30 sept. 1961 și 40/7 oct. 1961; 15. CIOGOLEA GH. Revista Medicală 1/1963; 16. KERNBACH M.: Ardealul Medical (1945), 6; 17. KERNBACH M.: Spitalul (1948), 5; 18. KERNBACH M.: Probleme de sănătate publică (1949) 2; 19. KERNBACH M.: Medicina judiciară. Ed. Med. (1958), 7795—876; 20. MORARU I.: Viața medicală (1962), 17, 963—968; 21. Probleme ale deontologiei medicale socialiste. Muncitorul Sanitar (1963), 15, 13.04; 22. PUȘCĂRIU E.: Muncitorul Sanitar 27. VI. 1959. 23. Simpozionul: Metodologia educației comuniste a studenților. Revista Inv. Superior (1962), 4—5, 62—83; 24. SIȘKIN A. F.: Bazele eticii marxiste. Editura Poi. București (1963); 25. TURAI I.: Chirurgie, vol. I. Ed. Med. București (1955), 43—53; 26. TURAI I.: Revista Inv. superior (1959), 1, 37—41; 27. VOICULESCU M.: Viața medicală (1962), 23;