

ORGANIZAREA ȘI MANAGEMENTUL ASISTENȚEI MEDICALE ÎN PENITENCIARE



Jörg Pont
Timothy Wilfrid Harding

Linii directoare

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

ORGANIZAREA ȘI MANAGEMENTUL ASISTENȚEI MEDICALE ÎN PENITENCIARE

Linii directoare

Jörg Pont
Timothy Wilfrid Harding

Consiliul European

Ediția în limba română:
*Organizarea și managementul
asistenței medicale în penitenciare*

Titlu original:
*Organisation and management
of health care in prison*

*Opiniile exprimate în această lucrare
sunt responsabilitatea autorului și
nu reflectă în mod necesar politica
oficială a Consiliului European.*

Toate cererile de reproducere sau
de traducere integrală sau parțială a
prezentului document trebuie adresate
Direcției Comunicare (F-67075
Strasbourg Cedex sau publishing@
coe.int). Orice altă corespondență
referitoare la acest document
trebuie adresată Direcției Generale
Drepturile Omului și Statul de Drept.

Departamentul de Producere a
Documentelor și Publicațiilor (SPDP),
Consiliul European.

Foto de copertă: Shutterstock

© Consiliul European, ianuarie 2022
Tipărit la Chișinău de „Foxtrot” SRL

Autorii:

Jörg Pont, fost consilier medical la
Ministerul Justiției din Austria

Timothy Wilfrid Harding, profesor
emerit de medicină legală,
Universitatea din Geneva, Elveția

Contents

LISTA DE ABREVIERI	5
INTRODUCERE	7
Context istoric	7
ORGANIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE ÎN PENITENCIARE	11
STANDARDELE INTERNAȚIONALE, CA BAZĂ FUNDAMENTALĂ PENTRU ACORDAREA ASISTENȚEI MEDICALE PERSOANELOR DEȚINUTE	13
Dreptul la asistență medicală	13
Cadrul juridic și implicațiile juridice	18
Etica medicală în penitenciare	20
STRUCTURI ORGANIZATORICE ȘI DE MANAGEMENT ALE ASISTENȚEI MEDICALE ÎN PENITENCIARE ÎN STATELE MEMBRE ALE CONSILIULUI EUROPEI	27
COLABORAREA INTERSECTORIALĂ	33
ASISTENȚA MEDICALĂ PENTRU PERSOANELE DEȚINUTE: O RESPONSABILITATE A STATULUI ÎN ANSAMBLU	35
PENITENCIARUL: UN MEDIU PATOGEN ȘI, ÎN ACELAȘI TIMP, O OPORTUNITATE PENTRU ÎMBUNĂȚĂȚIREA SĂNĂȚĂȚII	37
COOPERAREA ȘI INTEGRAREA SERVICIILOR DE SĂNĂȚATE DIN PENITENCIARE CU STRUCTURILE DE SĂNĂȚATE PUBLICĂ	41
NORMATIVELE DE PERSONAL ȘI RECRUTAREA PERSONALULUI MEDICAL	45
ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ	51
ASISTENȚA MEDICALĂ SECUNDARĂ ȘI ASISTENȚA SPITALICEASCĂ	55
ASIGURAREA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂȚATE MENTALĂ ACORDATE DEȚINUȚILOR	59
ÎNTREBĂRI CHEIE PENTRU ORGANIZAREA ȘI MANAGEMENTUL ASISTENȚEI MEDICALE ÎN PENITENCIARE – LISTĂ DE VERIFICARE	63
REFERINȚE	69
ANEXA 1: DOCUMENTE INTERNAȚIONALE PRIVIND ORGANIZAREA ȘI MANAGEMENTUL ASISTENȚEI MEDICALE ÎN PENITENCIARE	73
ANEXA 2: LECTURI SUPLIMENTARE	75

Lista de abrevieri

AMM	Asociația Medicală Mondială
AMP	Asistență medicală primară
CEDO	Convenția Europeană a Drepturilor Omului
CICR	Comitetul Internațional al Crucii Roșii
CID	Clasificarea Internațională a Bolilor
ComEDO	Comisia Europeană a Drepturilor Omului
CPT	Comitetul european pentru prevenirea torturii și a tratamentelor inumane sau a pedepselor degradante
CtEDO	Curtea Europeană a Drepturilor Omului
DME	Dosare medicale electronice
EMC	Educație medicală continuă
HIV	Virusul imunodeficienței umane
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
POS	Procedură operațională standard
SWOT	Puncte tari, puncte slabe, oportunități, amenințări
UNODC	Oficiul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate

Introducere

Context istoric

Timp de mulți ani, autoritățile de sănătate publică, atât la nivel național, cât și la nivel internațional, au acordat puțină sau chiar nicio atenție îngrijirii medicale în penitenciare. Organizația Mondială a Sănătății (OMS), în primele patru decenii de existență, nu a desfășurat nicio activitate de fond și nu a publicat niciun document despre serviciile de sănătate în penitenciare sau despre sănătatea deținuților. Sănătatea în penitenciare a fost puțin studiată, nu a figurat în programele academice și a fost rareori subiectul unor articole publicate în reviste medicale. Penitenciarele erau o „lume aparte”, iar puștii medici erau angajați și supravegheați de administrația penitenciară și nu aveau niciun contact cu organele de sănătate locale sau naționale, cu școlile de medicină sau cu alte organizații profesionale.

Acordarea de îngrijiri spitalicești pentru deținuți era dificilă, deținuții din spital fiind supuși unor măsuri de securitate umiltoare, cum ar fi încătușarea la paturi și prezența personalului de securitate în timpul consultațiilor și a examinărilor intime. Nu existau standarde cu privire la normativele de personal medical; personalul din serviciul de pază al penitenciarului „filtra” cererile la consultații medicale, era informat despre diagnosticele și tratamentele deținuților; s-a adeverit și faptul că, acesta era adesea însărcinat cu distribuirea medicamentelor și chiar cu administrarea de injecții.

Cunoscând acest istoric, nu este surprinzător faptul că implementarea schimbărilor pentru a alinia asistența medicală din penitenciare la asistența medicală din comunitate, cu scopul de a asigura legăturile necesare între serviciile de sănătate din penitenciare și structurile de sănătate din exterior, care sunt totuși vitale pentru a asigura o acoperire completă a nevoilor de sănătate ale deținuților, s-a dovedit a fi un proces dificil și lent. Nevoile de sănătate au evoluat, un număr tot mai mare de deținuți prezentând tulburări cronice legate de vârstă și de stilul de viață (hipertensiune, diabet și afecțiuni

cardiace), o proporție semnificativă a populației penitenciare suferind de tulburări mentale și de boli infecțioase legate de sărăcie și de injectarea de substanțe psihoactive.

Acordarea de îngrijiri spitalicești, uneori în regim de urgență, în condiții umane, cu acces la întreaga gamă de măsuri de diagnosticare și tratament, s-a dovedit a fi o provocare deosebit de dificilă. În puține state pot fi oferite îngrijiri psihiatrice de urgență în condiții echivalente cu cele disponibile pentru cei care nu sunt deținuți.

Îngrijirea preventivă era la fel de deficitară, cu puține măsuri profilactice, cum ar fi vaccinările, iar condițiile din penitenciare erau adesea extrem de nocive pentru sănătate: supraaglomerare, ventilație slabă, instalații sanitare învechite (utilizarea găleților pentru urină și defecare în celule era larg răspândită) și o alimentație precară.

În anii '80, pentru prima dată, autoritățile din domeniul sănătății, ca urmare directă a pandemiei de SIDA, au acordat atenție acestei probleme. Până în 1985, a devenit evident că prevalența infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV) era mult mai mare în rândul populației penitenciare decât în comunitate, din cauza tendinței de a plasa în detenție consumatorii de substanțe. Acest lucru a fost confirmat de o serie de studii epidemiologice, în special de un studiu efectuat la comanda Consiliului Europei și publicat în *Lancet* în 1987.¹ OMS a devenit conștientă de condițiile din închisori, iar printr-un Program special al OMS privind SIDA, a fost efectuat un studiu, după care au fost publicate, în același an 1987, recomandări care vizează prevenirea și tratarea infecțiilor cu HIV în penitenciare. O atenție deosebită a fost acordată riscului de transmitere a HIV prin contact sexual cu penetrare sau prin folosirea în comun a materialului pentru injectare. Deși recomandările OMS se refereau în mod specific la HIV/SIDA, acestea au avut un impact mult mai larg: autoritățile de sănătate publică au fost conștientizate de importanța unei abordări incluzive, care să implice pe deplin mediul penitenciar, iar principiile de echivalență a îngrijirii și a măsurilor preventive au fost enunțate pentru prima dată. Dacă deținuții infectați cu HIV aveau dreptul la aceleași tratamente și la aceleași protecții (confidențialitate, nesegregare și nediscriminare) ca și pacienții din comunitate, același lucru ar trebui să se aplice întregului spectru de stări și afecțiuni legate de sănătate.

Un alt stimulente al schimbării care a venit în anii '80 a fost activitatea Comisiei Europene a Drepturilor Omului. La acea vreme, „Comisia”, care nu mai există, a efectuat o primă examinare a plângerilor depuse de persoane fizice

1. Harding TW. SIDA în închisoare. *The Lancet* 330, i8570, 1260–1263, 1987.

în temeiul Convenției Europene a Drepturilor Omului (CEDO), stabilind principiul care avea să fie ulterior confirmat și elaborat de Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CtEDO), conform căruia neasigurarea unei îngrijiri medicale și a unui mediu adecvat pentru deținuții care suferă de afecțiuni medicale grave ar putea constitui o încălcare a articolului 3 din CEDO (interzicerea torturii). Acest exemplu a fost urmat de Comitetul European pentru prevenirea torturii și a pedepselor sau a tratamentelor inumane sau degradante (CPT), care și-a început activitatea de fond vizitând locurile de detenție în 1991, identificând rapid deficiențele în ceea ce privește asistența medicală a deținuților ca fiind o preocupare majoră în cadrul mandatului său. În 1993, una dintre primele secțiuni de fond ale rapoartelor sale anuale CPT a consacrat-o standardelor de asistență medicală în penitenciare (detaliate mai jos). Aceasta avea să devină un model pe care să se bazeze în elaborarea recomandărilor Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei. De asemenea, CPT a avut un rol esențial în alertarea OMS pentru a dezvolta activități privind sănătatea în penitenciare, care au fost în mare măsură îmbunătățite de Biroul Regional al OMS din Copenhaga.

Evoluția încurajatoare din ultimii douăzeci de ani ar trebui privită în acest context istoric. Istoria explică, de asemenea, rezistențele și îndoielile atât în cadrul administrațiilor penitenciare, cât și în cadrul autorităților din domeniul sănătății, în ceea ce privește dezvoltarea unor legături semnificative, a unor linii de comunicare și a unor mecanisme de soluționare a conflictelor care sunt adesea cristalizate în jurul responsabilităților bugetare și a problemelor de securitate legate de oferirea asistenței medicale deținuților.

Organizarea asistenței medicale în penitenciare

Principiile de bază privind organizarea asistenței medicale în penitenciare au fost elaborate și integrate, acum 20 de ani, în Recomandarea Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei Rec(98)7 cu privire la aspectele etice și organizaționale ale asistenței medicale în penitenciare² Statelor membre li se recomandă să țină seama de aceste principii atunci când își revizuiesc legislația și practicile referitoare la asistența medicală în penitenciare. Recomandarea subliniază faptul că practica medicală în comunitate și în mediul penitenciar ar trebui să se ghideze după aceleași principii etice și că respectarea drepturilor fundamentale ale deținuților implică asigurarea pentru deținuți a unui tratament preventiv și a unor îngrijiri medicale echivalente cu cele oferite în comunitate. Recomandarea se referă, de asemenea, la formele de structură, organizare și reglementare a serviciilor de asistență medicală din penitenciare adoptate în mai multe state membre, inclusiv în diferite structuri administrative la nivel federal și de stat. Recomandarea (98)7 a Comitetului de Miniștri rămâne un document de bază în acest domeniu.

Drepturile fundamentale ale persoanelor deținute și principiile etice privind îngrijirea sănătății în penitenciare au rămas, în esență, aceleași. Între timp, aplicarea practică a acestora, în ultimii douăzeci de ani, a fost elaborată în diverse documente internaționale, iar procesul de reformă a structurii, organizării și guvernantei serviciilor de asistență medicală în penitenciare în mai multe state membre ale Consiliului Europei a progresat considerabil. Principala forță motrice a schimbărilor organizaționale a fost convingerea din ce în ce mai mare că asistența medicală în penitenciare trebuie să fie strâns aliniată și integrată cu asistența medicală din comunitate. Schimbările structurale și organizatorice din aceste țări au creat o serie de modele diferite, oferind altor țări posibilitatea de a identifica și de a alege modelul adecvat.

2. Recomandarea nr. R (98) 7 <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>

Această publicație își propune să ofere îndrumări factorilor de decizie și funcționarilor din instituțiile relevante pentru a se asigura că politica de sănătate în penitenciare este integrată și compatibilă cu politica națională de sănătate. Publicația Consiliului Europei „Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare” – un manual pentru lucrătorii medicali și alte categorii de personal penitenciar cu responsabilități în ceea ce privește starea de bine a deținuților, poate fi menționată ca un ghid complementar cu informații practice privind acordarea asistenței medicale în locurile de detenție.³

3. Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare. Un manual pentru lucrătorii medicali și alte categorii de personal penitenciar care au responsabilități în ceea ce privește starea de bine a deținuților. Consiliul Europei, noiembrie 2014. <https://rm.coe.int/publication-prison-healthcare-rom/16806ab9b4>

Standardele internaționale, ca bază fundamentală pentru acordarea asistenței medicale persoanelor deținute

Dreptul la asistență medicală

Principiile Organizației Națiunilor Unite subliniază că „este dreptul fundamental al oricărei persoane de a se bucura de cel mai înalt nivel posibil de sănătate fizică și mentală”⁴ că „statele au obligația de a respecta dreptul la sănătate, printre altele, abținându-se să refuze sau să limiteze accesul egal al tuturor persoanelor, inclusiv al persoanelor reținute sau deținuților, al minorităților, al solicitanților de azil și al imigranților ilegali, la servicii de sănătate preventive, curative și paliative” și că „toate instituțiile, bunurile și serviciile de sănătate trebuie să respecte etica medicală...”⁵

Dreptul persoanelor private de libertate la asistență medicală este unul dintre principiile de bază ale Recomandării Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei Rec(2006)2 privind Regulile penitenciare europene, conform căreia „persoanele private de libertate își păstrează toate drepturile, care nu le sunt legal retrase prin decizia de condamnare sau de arestare preventivă”⁶.

4. Organizația Națiunilor Unite: Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale Art. 12 <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
5. Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale și culturale (CESCR), Comentariul general nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate posibil (art. 12 din Pact), 11 august 2000, E/C.12/2000/4, disponibil la: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
6. Regulile penitenciare europene 2006, Consiliul Europei, regula 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

CEDO nu stipulează în mod explicit dreptul la asistență medicală, dar statele care refuză persoanelor reținute sau deținute asistență medicală adecvată au fost condamnate în repetate rânduri de către CtEDO pentru încălcarea articolului 2 (dreptul la viață) sau a articolului 3 „(interzicerea torturii) din CEDO”⁷. În acest sens, se va face referire la Raportul tematic „Probleme legate de sănătate în jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului”⁸, în capitolele relevante de mai jos.

Jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului stabilește în mod clar că, în temeiul articolului 3, statul trebuie să se asigure că „având în vedere cerințele practice ale detenției, sănătatea și starea de bine (a unui deținut) sunt asigurate în mod adecvat, printre altele, prin acordarea asistenței medicale necesare” *Kudla împotriva Poloniei* (hotărârea din 26 octombrie 2000). Apar trei principii: caracterul adecvat, suferința cauzată și faptul că există factori care contribuie la această situație dincolo de asistența medicală, probabil, mediul fizic și emoțional al penitenciarului.

Merită să examinăm câteva decizii individuale, pentru a înțelege ce situații sunt considerate de către instanțele stabilite în temeiul CEDO ca fiind problematice în temeiul articolului 3.

Două dintre cauzele examinate de CtEDO arată apariția timpurie a unor probleme. În cauza *Bonnechaux c. Elveției* (decizia din 5 decembrie 1978), autoritățile elvețiene trebuiau să stabilească dacă un deținut în vârstă, care suferea de diabet, avea acces la asistență medicală adecvată în cadrul penitenciarului. Comisia a mers mai departe într-o cauză ulterioară *De Varga Hirsch c. Franței* (decizia din 9 mai 1983), în care, de asemenea, un deținut în vârstă aflat în arest preventiv suferea de diabet, insuficiență coronariană și arteriopatie a membrelor inferioare. Comisia a examinat nu numai asistența medicală din cadrul penitenciarului, ci și posibilitatea de spitalizare într-un spital public din afara sistemului penitenciar. În ambele cazuri, CtEDO a considerat că asigurările oferite de autorități au fost convingătoare și problemele nu au fost sesizate la CtEDO. Cu toate acestea, cu mai mult de 35 de ani în urmă, relevanța CEDO pentru asistența medicală în penitenciare fusese stabilită și cuprindea nu numai activitatea serviciului medical al penitenciarului, ci și accesul la spitalele publice.

7. Convenția Europeană a Drepturilor Omului, Consiliul Europei https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

8. Curtea Europeană a Drepturilor Omului, Raport tematic – Probleme legate de sănătate în jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului, 2015. http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf

De atunci, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a examinat sute de plângeri referitoare la asistența medicală acordată deținuților și, într-un număr semnificativ de cazuri, a constatat încălcări ale articolului 3 (interzicerea torturii) și, în câteva cazuri, încălcări ale articolului 2 (dreptul la viață) din CEDO, atunci când decesul unui deținut a fost atribuit unor deficiențe ale tratamentului medical. În plus, într-o serie de cazuri, CtEDO a solicitat statului parte să asigure asistență medicală adecvată în timpul procedurilor în fața CtEDO, în temeiul articolului 39 (măsuri provizorii), subliniind astfel consecințele grave ale unei îngrijiri inadecvate și pasivitatea răspunsurilor autorităților statului.

Într-un caz (*Affaire Poghossian c. Georgiei*), CtEDO, având în vedere faptul că i-au fost înaintate aproape patruzeci de cereri privind lipsa de îngrijiri, a considerat că a existat o problemă sistemică privind acordarea de îngrijiri medicale adecvate deținuților infectați, *inter alia*, cu hepatita C.

În mod clar, deficiențele care au fost considerate încălcări ale CEDO nu sunt cazuri izolate, fiind indicatori ai unor deficiențe generalizate în domeniul asistenței medicale, care continuă până în prezent. Recomandările venite din partea Consiliului Europei, a OMS, a Comitetului Internațional al Crucii Roșii (CICR) și a altora au avut, prin urmare, doar un efect limitat. Autoritățile implicate, atât din sectorul sănătății, cât și din sectorul penitenciar, ar trebui să ia act de regularitatea încălcărilor, în multe țări, ale articolului 3 privind asistența medicală inadecvată pentru deținuți.

Care sunt problemele ce relevă cazurile examinate de CtEDO, adesea confirmate de rapoartele de vizită publicate de CPT?

- ▶ Se constată frecvent deficiențe la nivelul asistenței medicale primare în cadrul penitenciarului: întârzieri în obținerea accesului la un medic sau la o asistentă medicală (CPT a detaliat deseori deficitul grav de personal medical și de asistență medicală); lipsa instrumentelor de diagnosticare care în mod normal ar trebui să fie disponibile la nivelul asistenței medicale primare (electrocardiogramă, teste de laborator simple); lipsa unei monitorizări periodice pentru deținuții cu afecțiuni cronice, cum ar fi hipertensiunea arterială, bolile cardiace, hepatita B sau C, sau chiar tuberculoza; spectru limitat de medicamente disponibile, în special antibiotice, medicamente antivirale pentru tratarea infecției cu HIV sau a hepatitei C. Lipsa dosarelor medicale individuale este evidențiată ca fiind o problemă larg răspândită. CPT a criticat în mod frecvent faptul că în penitenciare consultațiile medicale sunt consemnate cu câteva cuvinte într-un registru, fără a exista un dosar medical individual, precum și dificultățile legate de trimiterea deținuților pentru o evaluare de specialitate sau pentru examinări care nu pot fi efectuate în cadrul penitenciarului.

- ▶ Indisponibilitatea asistenței stomatologice în penitenciare. Din nou, CPT a descris frecvent perioadele de așteptare excesiv de lungi pentru a consulta un dentist și faptul că singurul tratament disponibil gratuit este extracția dinților.
- ▶ Multe dintre încălcările articolului 3 constatate de CtEDO se referă la întârzieri și dificultăți în ceea ce privește accesul la asistența medicală de nivel secundar. Într-un caz, un deținut care suferea de hepatită cronică și boli renale grave care duc la insuficiență renală cronică nu a avut niciun fel de evaluare de specialitate sau tratament timp de aproape patru ani (*Holomiov c. Republicii Moldova*); într-o altă cauză, un deținut care suferea de ulcer duodenal, diabet și afecțiuni cardiace, având nevoie de îngrijiri medicale de specialitate regulate, a fost lăsat fără îngrijiri de specialitate pentru o perioadă prelungită (*Ashot Harutyunyan c. Armeniei*); deficiențe în conduita pacienților cu mai multe boli concomitente, cum ar fi întârzieri în spitalizare și neefectuarea investigațiilor necesare, de exemplu, testul *Helicobacter pylori* la un pacient cu ulcer gastroduodenal, tratat în mod necorespunzător pentru leziuni ale coloanei vertebrale cu medicamente care ar putea induce hemoragii gastrointestinale (*Kolesnikovici c. Rusiei*).
- ▶ Mai multe cazuri se referă la întârzieri mari în efectuarea unei intervenții chirurgicale, care au dus la suferințe prelungite și inutile; de exemplu, un pacient cu pietre multiple la rinichi, având episoade frecvente de durere severă, a refuzat o intervenție chirurgicală timp de peste patru ani (*Pilcic c. Croația*); o operație programată a fost efectuată cu o întârziere de un an (*Affaire Kotsaftis c. Greciei*).
- ▶ Pacienților cu boli în fază terminală li s-a refuzat posibilitatea de a muri în demnitate în afara penitenciarului; de exemplu, un bărbat cu cancer de prostată metastatic (*Affaire Dorneanu c. României*), unde se spune că autoritățile au acordat prioritate formalităților în detrimentul considerațiilor umanitare.
- ▶ Neajunsuri în conduita deținuților cu boli infecțioase: izolarea inutilă (segregarea) a unui deținut infectat cu HIV (*Martzaklis și alții c. Greciei*); întârzieri în tratament (*Aleksanyan c. Rusiei*).
- ▶ Constrângerile fizice aplicate în timpul examinărilor și tratamentelor efectuate în spital sau în timpul spitalizării (*Mouisel/Franța; Tariyeva/Rusia*).
- ▶ Curtea Europeană a Drepturilor Omului a constatat în mai multe rânduri că eșecurile în conduita deținuților cu tulburări mentale au cauzat suferințe inutile sau chiar moartea prin sinucidere. Unele probleme se referă la lipsa tratamentului prescris de un psihiatru, lipsa

accesului la medicamentele necesare. Cu toate acestea, leitmotivul jurisprudenței privind deținuții care suferă de tulburări mentale este efectul nociv al mediului „normal” din penitenciar. Astfel, un bărbat care execută o pedeapsă foarte lungă și care a dezvoltat o afecțiune psihotică cronică nu ar fi trebuit să fie ținut într-un mediu penitenciar normal (*Affaire Riviere c. Franței*); doi deținuți care sufereau de simptome psihotice acute și care s-au sinucis prin spânzurare după câteva săptămâni de detenție ar fi trebuit să fie spitalizați, în loc să fie ținuți în izolare (*Keenan c. Regatului Unit, Renolde c. Franței*). În general, mediul penitenciar ar putea duce la suferințe inutile, și astfel de deținuți au nevoie de transfer într-un mediu protejat sau într-un spital de psihiatrie (*Dybeku c. Albaniei; Slawomir Musial c. Poloniei*). Într-un caz, CtEDO a considerat că nu era adecvat să se aștepte ca alți deținuți să monitorizeze și să sprijine un coleg de celulă bolnav mental (*Kaprykowski c. Poloniei*). Într-un alt caz s-a spus că secția de psihiatrie a penitenciarului nu asigură nivelul de îngrijire și protecție de care avea nevoie un deținut cu o tulburare mentală gravă (*Affaire Claes et autres c. Belgiei*), o constatare care coincide cu observațiile CPT din mai multe țări.

Jurisprudența rezumată este un catalog de eșecuri în îngrijirea medicală a deținuților din multe țări. Este cert că aceste cazuri reprezintă doar vârful aisbergului și că eșecurile sunt sistemice, lucru confirmat în timpul vizitelor CPT în țările în care delegațiile continuă să constate, în multe din ele, o îngrijire medicală a deținuților care nu corespunde standardelor. Mecanismele naționale de inspecție descriu, de asemenea, niveluri inacceptabile în ceea ce privește standardele de asistență medicală.

Trebuie să tragem câteva concluzii generale din aceste constatări, care se vor concentra asupra măsurilor necesare pentru a depăși problemele și deficiențele sistemice respective:

1. Asistența medicală primară din cadrul penitenciarelor, în cele mai multe cazuri, dispune de resurse limitate și duce lipsă de personal. Aparatele și materialele de diagnosticare sunt și ele insuficiente. În multe cazuri, nu există un dosar medical individual. Medicii care lucrează în penitenciare au mari dificultăți în a obține răspunsuri satisfăcătoare din partea spitalelor și a altor servicii specializate atunci când acestea sunt solicitate.
2. Serviciile de specialitate – asistență stomatologică, consultații de specialitate, inclusiv asistență psihiatrică –, care ar putea fi disponibile în penitenciare, fie că lipsesc cu desăvârșire, fie sunt în penurie de resurse necesare.

3. Mediul penitenciar obișnuit este unul nociv, inuman și degradant pentru unii deținuți, în special, pentru cei cu boli terminale, cei cu tulburări mentale grave, cei cu boli infecțioase cronice.

4. Spitalizarea deținuților este problematică. Spitalele nu dispun de infrastructura necesară pentru a asigura un mediu securizat, ceea ce presupune utilizarea constrângerilor fizice. Există întârzieri mari în ceea ce privește examinările de specialitate și intervențiile chirurgicale.

O serie de documente internaționale, elaborate de Organizația Națiunilor Unite, Consiliul Europei, OMS și OMS/Oficiul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate (UNODC), au stabilit o bază fundamentală pentru organizarea și managementul asistenței medicale în penitenciare și pentru conduita etică a personalului medical din penitenciare (a se vedea anexa I).

Esența acestui document poate fi rezumată după cum urmează: singura sarcină a lucrătorilor medicali din penitenciare și centrele de detenție este de a oferi asistență medicală cu loialitate nemijlocită față de pacienți, inclusiv asistență medicală preventivă și înregistrarea și raportarea semnelor de violență și rele tratamente, acționând ca îngrijitor personal al pacientului, fără a se implica în acțiuni medicale care nu țin de sănătatea și bunăstarea pacientului; accesul la asistență medicală ar trebui să fie nerestricționat; asistența medicală acordată ar trebui să fie echivalentă cu asistența medicală din comunitate, confidențială și respectuoasă față de autonomia pacientului, cu desfășurare în condiții de independență clinică fără restricții, cu o înaltă competență profesională, și ar trebui să includă prevenția și sprijinul umanitar; asistența medicală pentru persoanele deținute este o responsabilitate a întregului stat și ar trebui să fie cât mai strâns aliniată, integrată și compatibilă cu politica națională de sănătate.

Cadrul juridic și implicațiile juridice

Dreptul la sănătate sau „cel mai înalt standard de sănătate posibil”⁹ al persoanelor private de libertate în dreptul internațional al drepturilor omului este

9. Constituția Organizației Mondiale a Sănătății www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
Comitetul ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale (CESCR), Comentariul general nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate posibil (art. 12 din Pact), 11 august 2000, E/C.12/2000/4, disponibil la: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

prevăzut în pacte și convenții, adică obligatoriu din punct de vedere juridic pentru statele semnatare.¹⁰

În CEDO,¹¹ dreptul la sănătate al persoanelor private de libertate se încadrează atât în dreptul la viață, articolul 2, cât și în interzicerea torturii, articolul 3.

Cu toate acestea, niciunul dintre instrumentele internaționale nu conține o definiție a celor mai înalte standarde de sănătate fizică și mentală în penitenciar și a ceea ce constituie tratament inuman și/sau degradant în contextul asistenței medicale. Acest lucru permite o marjă de apreciere considerabilă în interpretarea standardelor privind acordarea asistenței medicale. Prin urmare, în multe declarații, recomandări, norme, standarde și linii directe internaționale se stipulează că asistența medicală pentru persoanele deținute ar trebui să aibă același nivel de calitate ca și pentru cetățenii din comunitate (anexa 1). Acest lucru nu este obligatoriu din punct de vedere juridic, fiind și numit „soft law”, dar totuși, Curtea Europeană a Drepturilor Omului se referă la aceste standarde din ce în ce mai des în hotărârile sale privind asistența medicală acordată persoanelor deținute.

La nivel național, în legile specifice sau în legile penale din majoritatea statelor membre ale Consiliului European, dispozițiile referitoare la asistența medicală pentru persoanele reținute sau deținute sunt în conformitate cu convențiile și recomandările internaționale. Cerințele privind asistența medicală pentru persoanele deținute nu ar trebui să difere de cele ale cetățenilor din comunitate. În special accesul liber la asistență medicală și la asistență medicală preventivă de cea mai bună calitate posibilă, autonomia pacientului, confidențialitatea medicală, independența profesională a medicilor și competența medicală certificată ar trebui să fie incluse în legile generale privind sănătatea. În puține state membre există dispoziții legale separate privind asistența medicală pentru comunitate și pentru persoanele reținute și deținute. În unele cazuri, astfel de dispoziții separate pentru persoanele deținute nu sunt pe deplin conforme cu cele pentru cetățenii din comunitate.

Cu toate acestea, trebuie luate în considerare și particularitățile juridice ale asistenței medicale în penitenciar și anume faptul că, spre deosebire de asistența medicală oferită în comunitate, relația dintre furnizorii de asistență medicală și pacienții din penitenciar nu se bazează pe deplin pe o voință liberă. În lumea liberă, o programare făcută de un pacient la un medic implică

10. Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale, articolul 12; Convenția ONU privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, articolul 12.

11. Convenția Europeană a Drepturilor Omului, Consiliul European https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

un consimțământ de bază pentru ca medicul să pună un diagnostic și să ofere un tratament. În mediul penitenciar, un astfel de consimțământ implicit nu poate fi presupus, deoarece deținuții nu își pot alege în mod normal medicul, iar examinarea medicală la admitere este rareori inițiată de pacientul în cauză, fiind, de obicei, ordonată de autoritățile penitenciare. Consimțământul implicit al unei persoane deținute de a se supune îngrijirii medicale poate fi presupus doar dacă pacientului i s-a explicat clar că medicul este obligat să-l examineze la admitere. În această situație, construirea unei relații durabile între pacient și medic necesită ca pacientul deținut să se poată baza pe independența clinică nerestricționată a medicului.

Etica medicală în penitenciare

Una dintre numeroasele particularități ale penitenciarelor și ale altor centre de detenție este că două grupuri profesionale cu sarcini complet diferite lucrează sub același acoperiș. Sarcinile directorilor de penitenciare și ale personalului penitenciar sunt detenția în perioada de arest preventiv, executarea pedepselor, siguranța și securitatea și sprijinul pentru reabilitarea socială și criminologică în conformitate cu legile penale. Sarcinile lucrătorilor medicali sunt menținerea sănătății, prevenirea, depistarea și tratamentul dereglărilor de sănătate și îngrijirea individuală a sănătății pacienților deținuți în conformitate cu normele profesionale și etica în domeniul sănătății. Pentru îndeplinirea acestor sarcini, diferite, ale celor două categorii de profesioniști, este esențială înțelegerea și acceptarea reciprocă a normelor, eticii și provocărilor fiecăreia, respectând în același timp o separare clară a rolurilor profesionale. Personalul medical care oferă îngrijiri în penitenciare și centrele de detenție trebuie să înțeleagă și să accepte normele de siguranță și securitate prevăzute de legislația penitenciară, iar directorii de penitenciare și personalul penitenciar trebuie să înțeleagă și să accepte normele profesionale medicale și etica medicală, astfel cum sunt specificate în documentele consimțite la nivel internațional. În pofida diferitelor structuri de guvernare a asistenței medicale în penitenciare, conflictele și neînțelegerile dintre personalul medical și personalul de detenție provin, în primul rând, din lipsa de cunoaștere și înțelegere a eticii și de acceptare a profilului profesional al fiecăruia.

Deoarece aceste linii directoare se adresează, în primul rând, factorilor de decizie non-medicali implicați în managementul asistenței medicale în penitenciare, este inclus și un rezumat al standardelor etice și al implicațiilor sale practice.

Etica asistenței medicale în penitenciare nu diferă în niciun fel de etica aplicată în asistența medicală comunitară, adică se bazează pe Codul internațional

de etică medicală al Asociației Medicale Mondiale (WMA), acceptat la nivel mondial.¹² Cu toate acestea, etica în acordarea asistenței medicale persoanelor reținute și deținute a fost precizată în continuare într-o serie de documente internaționale.¹³

Singura sarcină a personalului medical este de a se îngriji de sănătatea și starea de bine a persoanelor reținute și deținute, inclusiv de îngrijirea preventivă a sănătății și de înregistrarea și raportarea semnelor de violență și rele tratamente. CPT subliniază că: „Un medic de penitenciar acționează ca medic personal al pacientului. În consecință, în interesul protejării relației medic-pacient, nu ar trebui să i se ceară să certifice că un deținut este apt pentru a fi supus unei pedepse. De asemenea, acesta nu ar trebui să efectueze nici percheziții corporale sau examinări solicitate de o autoritate, cu excepția cazurilor de urgență în care nu se poate apela la un alt medic”¹⁴. Neimplicarea personalului medical în perchezițiile corporale și în orice parte a procesului de luare a deciziilor, având ca rezultat izolarea ca pedeapsă disciplinară, este de asemenea stipulată în declarațiile respective ale AMM.¹⁵ Intervențiile medicale solicitate de autorități, care nu sunt în interesul persoanei deținute, cum ar fi testarea consumului de droguri, perchezițiile corporale intime sau examinările medico-legale trebuie să fie efectuate de către personalul medical care nu este implicat în îngrijirea persoanelor deținute.

12. Codul internațional de etică medicală, Asociația Medicală Mondială, <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>
13. Biroul Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului: Principii de etică medicală relevante pentru rolul personalului medical, în special al medicilor, în protecția prizonierilor și a deținuților împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante, 1982, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>
Consiliul European. Standardele CPT: Secțiuni substanțiale ale rapoartelor generale ale CPT, Extras din cel de-al treilea raport general 1993, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>
Regulile minime standard ale Națiunilor Unite pentru tratamentul deținuților (Regulile Nelson Mandela). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf
Recomandarea nr. R (98) 7 <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>
Regulile penitenciare europene 2006, Consiliul European, Regula 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25
14. Consiliul European. Standardele CPT: Secțiuni substanțiale ale rapoartelor generale ale CPT, Extras din cel de-al treilea raport general 1993, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>
15. Declarația privind perchezițiile corporale ale deținuților, Asociația Medicală Mondială, 2017, <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners>
Declarația privind izolarea, Asociația Medicală Mondială, 2017, <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>

Pietrele de temelie ale eticii în acordarea asistenței medicale în penitenciare pot fi rezumate la următoarele rubrici:¹⁶ a. Accesul la asistență medicală; b. Echivalența asistenței; c. Consimțământul și confidențialitatea pacientului; d. Asistența medicală preventivă; e. Asistența umanitară; f. Independența profesională; g. Competența profesională.

- a. **Accesul la asistență medicală** include obligația personalului medical de a oferi un examen medical la internare, fără întârziere (în termen de 24 de ore), și accesul la asistență medicală primară oferită de un medic generalist calificat sau de un medic de familie și de asistentele sale și de un medic stomatolog ori de câte ori este necesar. Solicitarea unei consultații ar trebui să se facă în mod confidențial și fără bariere de selecție de către personalul non-medical. Informația privind modul de acces la consultația medicală și organizarea asistenței medicale ar trebui să fie oferite fiecărei persoane nou admise, de preferință în scris. Accesul la asistența medicală secundară și la asistența spitalicească, la consultația medicului generalist trebuie să fie garantat de specialiști angajați sau contractați, în special psihiatri, și de spitale complet echipate, ori de câte ori este nevoie. Trebuie să existe măsuri adecvate pentru a asigura o asistență medicală imediată în orice moment în situații de urgență. Accesul neîngrădit la asistență medicală în centrele de detenție și în penitenciare înseamnă asigurarea de către directorii și administrațiile penitenciarelor a personalului medical corespunzător în penitenciare și o bună comunicare și cooperare cu personalul medical și cu instituțiile medicale din afara penitenciarelor.
- b. **Echivalența îngrijirii** înseamnă același nivel al calității asistenței medicale în penitenciare ca și în comunitate. Acest lucru poate fi realizat numai printr-o strânsă cooperare și integrare a asistenței medicale din penitenciare cu asistența medicală comunitară și cu sănătatea publică în ceea ce privește reglementările legale, procedurile de autorizare, supravegherea și controlul cerințelor minime de echipamente și calificări, procedurile comune de formare și recrutare a personalului și includerea deținuților în programele naționale de sănătate. Dincolo de importanța sa ca principiu etic, integrarea și echivalența asistenței medicale în penitenciare și comunitare reprezintă o necesitate indispensabilă pentru sănătatea publică, așa cum se afirmă în mod clar în

16. A se vedea nota de subsol 14.

documentele internaționale.^{17,18} Deoarece integrarea este o consecință instituțională a principiului echivalenței, unii profesioniști au sugerat să se refere la acestea ca la un singur principiu de echivalență și integrare.¹⁹ Având în vedere că procentul și gravitatea multor dereglări de sănătate în rândul persoanelor deținute este mult mai mare decât în comunitate și că statul are obligația de a se îngriji de ele, cercetătorii au adus, de asemenea, argumentul că un nivel de îngrijire al sănătății în penitenciare echivalent cu cel din comunitate ar putea să nu fie suficient, ci ar trebui să fie la standarde chiar mai ridicate.²⁰

- c. **Consimțământul pacientului și confidențialitatea medicală** ar trebui să fie înțelese nu numai ca principii etice importante ale asistenței medicale, ci și ca instrumente profesionale obligatorii în acordarea asistenței medicale: fără cooperarea și consimțământul pacienților, nu se poate obține decât un succes redus, dacă nu chiar deloc, al tratamentului, iar fără încrederea pacienților în confidențialitatea profesională a echipei de asistență medicală nu se poate obține istoricul complet al bolii pacienților.

Fiecare pacient care are discernământ este liber să refuze tratamentul sau orice altă intervenție medicală. Orice derogare de la acest principiu fundamental ar trebui să se bazeze pe lege și să se refere doar la circumstanțe excepționale clar și strict definite, care sunt aplicabile întregii populații.

Confidențialitatea medicală trebuie să fie respectată în timpul examinărilor și consultațiilor medicale care, de regulă, ar trebui să se desfășoare în intimitate, în cabinetul medical. Toate examinările medicale ale deținuților ar trebui să se desfășoare în afara ariei auditive și – cu excepția cazului în care medicul solicită altfel – în afara ariei vizuale a agenților penitenciarului. Confidențialitatea trebuie respectată, de asemenea, în ceea ce privește întocmirea și păstrarea dosarelor medicale, prin faptul că nu trebuie să se divulge niciun fel de date medicale legate de pacient fără permisiunea expresă a pacientului

17. OMS/UNODC: Buna guvernare pentru sănătatea în penitenciare în secolul XXI. Un rezumat al politicilor privind organizarea sănătății în penitenciare. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf
18. Declarația de la Moscova a OMS privind sănătatea în închisori ca parte a sănătății publice. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>
19. A se vedea nota de subsol 17.
20. Lines R. De la echivalența standardelor la echivalența obiectivelor: Dreptul deținuților de a beneficia de standarde de asistență medicală mai ridicate decât cele din afara penitenciarelor. *Int J Prisoner Health* (2006) 2:269–280.

sau pe baza unei solicitări oficiale a instanței. Informațiile medicale ar trebui să fie confidențiale, cu excepția cazului în care menținerea acestei confidențialități ar duce la o amenințare reală și iminentă pentru pacient sau pentru alte persoane.

Orice încălcare a principiilor consimțământului pacientului și a confidențialității medicale din motive de necesitate trebuie să fie bine fundamentată și atent documentată de către medic în dosarul medical.

- d. Pe lângă îngrijirile curative și cele de nursing/paliative, asistența medicală în penitenciare include, de asemenea, **asistență medicală preventivă**, cum ar fi:
- ▶ supravegherea condițiilor de viață sănătoase, inclusiv a spațiului, a curățeniei și a igienei, a condițiilor sanitare, a controlului calității alimentelor și a apei, a încălzirii, a iluminatului, a ventilației, a exercițiilor fizice și mentale; deși în majoritatea sistemelor penitenciare și a codurilor penale șeful echipei medicale din penitenciare sau medicul șef este împuternicit să supravegheze aceste condiții de viață, trebuie recunoscut faptul că, pentru o supraveghere cuprinzătoare de înaltă calitate, inclusiv evaluări bacteriologice periodice, sunt indispensabile sprijinul, expertiza și instrumentele tehnice ale unei instituții și ale unui laborator de sănătate publică complet echipate – un argument în plus pentru o cooperare/integrare strânsă cu autoritățile de sănătate publică din comunitate;
 - ▶ promovarea sănătății pentru toate persoanele care trăiesc și lucrează în mediul penitenciar, inclusiv promovarea sănătății mentale, prevenirea violenței și a sinuciderii necesitând, de asemenea, sprijinul instituțiilor de sănătate publică, așa cum se descrie mai jos, în capitolul „Penitenciarul: un mediu patogen și, în același timp, o oportunitate pentru îmbunătățirea sănătății”;
 - ▶ prevenirea răspândirii bolilor transmisibile, cum ar fi tuberculoza, tuberculoza rezistentă la medicamente și infecțiile cu virusuri transmise prin sânge, hepatita B și C și HIV/SIDA, care au o prevalență mult mai mare în penitenciare decât în comunitate, precum și activitățile de prevenire, diagnosticare, tratamentul, cercetarea epidemiologică și documentarea acestor boli infecțioase necesitând, de asemenea, integrarea cu instituțiile de sănătate publică și cu programele naționale relevante ale acestora.
- e. **Asistența umanitară** din partea personalului medical în penitenciare este necesară pentru persoanele deținute care sunt deosebit de vulnerabile în mediul penitenciar din cauza sexului, vârstei, dizabilității fizice sau mentale, tipului de infracțiune sau apartenenței la minorități etnice, religioase, politice sau sexuale; personalul medical poate identifica vulnerabilitatea

acestora în cadrul unor examinări/consultări medicale confidențiale și, cu acordul acestora, pot oferi consiliere conducerii penitenciarului pentru a răspunde nevoilor speciale și pentru protecția lor, cum ar fi plasarea adecvată în penitenciar.

- f. *Independența profesională a personalului medical din penitenciare față de autoritățile penitenciare reprezintă o provocare majoră pentru asistența medicală în penitenciare. Potrivit Asociației Medicale Mondiale, autonomia profesională și independența clinică reprezintă „asigurarea faptului că medicii individuali au libertatea de a-și exercita opinia profesională în îngrijirea și tratamentul pacienților lor fără a fi influențați în mod nejustificat de părți sau persoane din exterior” și că „este o componentă esențială a unei îngrijiri medicale de înaltă calitate și un principiu esențial al profesionalismului în domeniul sănătății”.²¹ Păstrarea independenței clinice profesionale este deosebit de solicitantă în mediul coercitiv al centrelor de detenție și al penitenciarelor. Riscul de interferență a administrațiilor penitenciare în independența clinică este mai mare dacă asistența medicală este subordonată direct acestor administrații, în special în ierarhiile de tip militar. Personalul medical care lucrează concomitent în penitenciar și în comunitate are o probabilitate mai mare de a-și păstra sentimentul de independență profesională. Cu cât este mai strânsă cooperarea cu autoritățile naționale de sănătate și supravegherea din partea acestora, cu atât este mai mic riscul de interferență nepotrivită în independența clinică din partea administrațiilor penitenciare.²² Îmbunătățirea independenței în luarea deciziilor clinice a personalului medical din penitenciare a fost unul dintre motivele pentru transferul asistenței medicale din penitenciare de la administrațiile penitenciare la autoritățile de sănătate comunitară. Țările care au transferat managementul asistenței medicale din penitenciare de la administrațiile penitenciare la ministerele sănătății sau la autoritățile de sănătate*

21. World Medical Association. Declarația de la Seul privind autonomia profesională și independența clinică 2008.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>

22. Pont J, Enggist St, Stover H, Williams B, Greifinger R, Wolff H: Guvernanța asistenței medicale în penitenciare: garantarea independenței clinice. American Journal of Public Health (2018) 108(4) 472–476.

publică raportează creșterea independenței profesionale a personalului medical.²³

- g. Competența profesională și abilitățile clinice necesare pentru a oferi asistență medicală de calitate în penitenciare sunt, de obicei, subestimată atât de către nespecialiști, cât și de către colegii medici. La nivelul asistenței medicale primare, pe lângă competențele depline ale unui medic generalist, ale unui medic de familie sau ale unei asistente medicale, sunt necesare cunoștințe temeinice privind etica medicală în penitenciare, dereglările de sănătate predominante în special în penitenciare, cum ar fi tulburările de sănătate mentală, dependența de droguri și bolile transmisibile, precum și depistarea, documentarea și raportarea profesională a violenței.

Personalul medical care lucrează în penitenciare trebuie să urmeze aceeași educație medicală continuă certificată (EMC) ca și colegii lor care lucrează în comunitate; pentru a asigura formarea profesională și EMC, precum și acreditarea și autorizarea personalului medical din penitenciare, este indispensabilă o strânsă cooperare și integrare cu autoritățile de sănătate publică.

23. Hayton P, Gatherer A, Fraser A. Pacient sau prizonier: contează ce minister este responsabil pentru sănătatea deținuților? Un document de informare pentru o reuniune a rețelei, Copenhaga; Organizația Mondială a Sănătății, Biroul Regional pentru Europa, EUR/10/05, octombrie 2010.

Structuri organizatorice și de management ale asistenței medicale în penitenciare în statele membre ale Consiliului Europei

În ultimii ani, în mai multe state membre au fost aduse modificări structurale serviciilor de asistență medicală din penitenciare. Gradul de cooperare cu serviciile publice de sănătate diferă de la o țară la alta. În unele țări, responsabilitatea pentru managementul asistenței medicale în penitenciare a fost plasată în subordinea Ministerului Sănătății, în altele – în subordinea unui departament separat al Ministerului Justiției, în timp ce, în mai multe țări, responsabile de asistența medicală în penitenciare rămân în exclusivitate administrațiile penitenciare. Astfel de abordări diferite în statele membre ale Consiliului Europei au fost reflectate și în răspunsurile conținute într-un chestionar pe care Consiliul Europei l-a trimis, în 2015, instituțiilor relevante din statele sale membre prin intermediul membrilor Comitetului european pentru problemele criminalității (CEPC). Din cele 47 de state membre, 34 dintre acestea, reprezentând 49 de sisteme penitenciare (inclusiv *Länder* și cantoane), au trimis chestionare completate. Prin urmare, informațiile colectate au oferit doar o imagine de ansamblu a diferitelor modele structurale

sau în curs de schimbare, precum și a deficiențelor și provocărilor cu care se confruntă instituțiile relevante.

Sondajul a arătat că modelele de **bugetare** legate de asistența medicală în penitenciare au variat considerabil între statele membre: fie sunt asigurate în totalitate de ministerul responsabil de sistemul penitenciar (incluse sau separate de bugetul general al penitenciarelor), fie parțial de ministerul responsabil de serviciul penitenciar și parțial de instituțiile de asistență medicală comunitară, cu o variație de la 3% la 96,5%. Într-un stat membru, Ministerul Sănătății a acoperit cheltuielile pentru serviciile de asistență medicală oferite în cadrul programelor finanțate de stat (cum ar fi: oncologie, tuberculoză, HIV/SIDA). Într-un alt stat membru, sprijinul a fost oferit de Fondul Global pentru serviciile HIV și tuberculoză. În patru țări, asistența medicală în penitenciare a fost complet bugetată de instituțiile de sănătate comunitară.

Se insistă pe recomandarea care prevede separarea bugetelor de asistență medicală de bugetele penitenciarelor la nivel instituțional și la nivelul administrației centrale, pentru a facilita o mai bună gestionare a nevoilor de asistență medicală, separat de alte solicitări financiare legate de penitenciare.

Asigurarea publică obligatorie de sănătate pentru persoanele deținute a fost instituită doar în unele state membre. În alte câteva state membre, deținuții au beneficiat fie de o asigurare obligatorie de sănătate contractată înainte de detenție, fie li s-a cerut să contribuie din propriul buzunar la costurile serviciilor medicale.

În conformitate cu standardele internaționale,^{24,25} acordarea serviciilor de asistență medicală necesare ar trebui să fie gratuită.

Totalul sumelor cheltuite pe cap de locuitor pentru asistența medicală în penitenciare au variat de la 85 EUR la 9205 EUR, cu o medie de 801 EUR. Această gamă extrem de largă trebuie interpretată cu prudență, deoarece reflectă nu numai o mare varietate de valori pecuniare ale statelor membre, ci și structurile și eficiența administrațiilor.

24. Regulile minime standard ale Națiunilor Unite pentru tratamentul deținuților (Regulile Nelson Mandela). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

25. Comentariu la Recomandarea R(2006)2 a Comitetului de Miniștri către statele membre privind regulile penitenciare europene; https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

În unele cazuri, **managementul** penitenciarelor sau al centrelor de detenție a fost externalizat către companii comerciale private sau serviciile de asistență medicală din penitenciarele administrate de stat au fost externalizate către companii comerciale.

Angajarea personalului medical a variat, de asemenea, în mod considerabil: majoritatea țărilor aveau personal civil, incluzând atât funcționari publici, cât și personal contractat din sectorul privat, în timp ce în unele țări, fie tot personalul medical, fie o parte a acestuia, era integrat în cadrul personalului penitenciar în uniformă. Angajarea cu normă întregă și cu fracțiune de normă a personalului medical, plătit fie de către ministerul responsabil de serviciul penitenciar, fie de către instituțiile de sănătate comunitară, a avut scări salariale egale, mai mari sau mai mici decât în comunitate.

De asemenea, **colaborarea/cooperarea** conducerii serviciilor de sănătate din penitenciare cu serviciile de sănătate din comunitate a fost, de asemenea, foarte diferită: unele țări au raportat cooperarea cu Ministerul Sănătății/Autoritățile de sănătate publică într-o anumită măsură, cum ar fi în ceea ce privește evaluarea și inspecția igienei, a hranei, a condițiilor de trai și a documentației medicale, autorizarea/certificarea serviciilor de sănătate în penitenciare și prevenirea bolilor transmisibile în penitenciare. Unele țări au raportat că au elaborat și publicat standarde naționale de asistență medicală în penitenciare și/sau proceduri standard de operare (PSO) ca orientări naționale pentru managementul serviciilor de asistență medicală existente și pentru viitoarele procese structurale și de management ale asistenței medicale în penitenciare.²⁶

În toate țările care au răspuns la chestionar, **asistența medicală primară** a fost oferită în penitenciare și instituțiile de detenție, în timp ce asistența spitalicească a fost asigurată fie numai în spitalele civile, fie în ambele – în serviciile spitalicești din penitenciare și în cele civile.

Managementul documentației medicale, inclusiv fișele medicale, a fost stabilit prin intermediul unui software electronic în toate penitenciarele din unele țări, în unele penitenciare din alte câteva țări și deloc în restul.

O **actualizare, în 2017**, a datelor colectate anterior²⁷ a relevat o ușoară creștere a numărului de state membre în care responsabil în totalitate de asistența medicală în penitenciare era Ministerul Sănătății și/sau autoritățile de

26. E.g. Standardele de servicii medicale și standardele suplimentare de servicii medicale pentru persoanele cu nevoi speciale din închisori și centre de detenție din Georgia.

27. Consiliul European, Reuniunea multilaterală privind organizarea și gestionarea asistenței medicale în penitenciare, Strasbourg, 12–13 octombrie 2017. Unitatea de cooperare în materie de drept penal, <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>

sănătate publică, în timp ce numărul celor în care autoritățile de sănătate erau parțial sau regional responsabile de asistența medicală în penitenciare sau în curs de preluare a unei astfel de responsabilități rămâne același, atestându-se și o scădere în rândul celor în care managementul asistenței medicale în penitenciare se afla în totalitate în subordinea ministerului responsabil de serviciul penitenciar, și anume Ministerul Justiției, Ministerul Instituțiilor Penitenciare sau Ministerul de Interne.

Cu intenția de a asigura o mai mare independență a personalului medical și a managementului asistenței medicale față de administrațiile penitenciarelor, mai multe state membre au înființat departamente medicale de care este direct responsabil ministerul de resort sau se află sub controlul direct al parlamentului. Un astfel de model de guvernare permite un buget independent pentru asistența medicală, separat de alte cerințe financiare existente în penitenciare.

În situația în care, în statele membre ale Consiliului Europei, există o mare varietate de structuri de guvernare și de modele de management a asistenței medicale în penitenciare, întrebarea este care dintre acestea ar fi cea mai bună din punct de vedere al calității și eficienței în acordarea serviciilor de asistență medicală persoanelor deținute. Deocamdată, nu există un răspuns precis la această întrebare din cauza lipsei de date colectate în mod sistematic cu privire la asistența medicală în penitenciare în majoritatea țărilor și a lipsei de indicatori de performanță în domeniul asistenței medicale aplicabile la nivel internațional, care să permită realizarea de studii comparative, deși la nivel național au fost deja elaborați astfel de indicatori.²⁸

În ultimele trei decenii, în întreaga lume, un număr tot mai mare de țări au transferat responsabilitatea pentru managementul asistenței medicale în penitenciare către ministerele sănătății sau către autoritățile de sănătate publică. OMS și UNODC au sprijinit cu tărie această evoluție, subliniind că „ministerele de sănătate ar trebui să ofere și să fie responsabile de serviciile de asistență medicală din penitenciare și să pledeze pentru condiții sănătoase în penitenciare, bazate pe importanța echivalenței asistenței medicale și a integrării asistenței medicale din penitenciare în sistemul de sănătate publică, precum și a independenței profesionale a personalului medical față de autoritățile penitenciare”²⁹. Țările care au transferat managementul asistenței

28. Kintz, Kimberly E., „Quality measures in correctional health care” (2013). Arhiva cercetătorilor. 990.

Public Health England, Health and Justice Annual Review 2016/17 (Sănătatea și justiția).
29. OMS/UNODC: Buna guvernare pentru sănătatea în penitenciare în secolul XXI. Un rezumat al politicilor privind organizarea sănătății în penitenciare. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf

medicale în penitenciare de la administrațiile penitenciare la ministerele sănătății sau la autoritățile de sănătate publică raportează o independență profesională sporită a personalului medical³⁰, deși cu un nivel încă scăzut de dovezi care să ateste îmbunătățirea calității asistenței medicale.³¹ Cu toate acestea, OMS și UNODC au precizat, de asemenea, că „transferul asistenței medicale din penitenciare în responsabilitatea ministerelor sănătății va fi un proces de lungă durată” în general, țările respective au avut nevoie de mai mult de un deceniu pentru a finaliza acest proces – și că „succesul și faptul de a nu expune deținuții la riscuri sporite pentru sănătate necesită ca guvernele să acorde acestui proces cel mai înalt angajament politic, să comunice pe deplin la toate nivelurile de conducere și de personal și să planifice și să pună în aplicare cu atenție etapele practice, inclusiv toate implicațiile bugetare și transferurile necesare de fonduri”³².

Unele țări care se află în procesul de transfer au raportat, de asemenea, dificultăți sau au indicat posibile efecte negative, cum ar fi: un potențial de neînțelegeri între instituțiile penitenciare și entitățile de sănătate publică care prestează servicii de asistență medicală în cadrul sistemului penitenciar; o schimbare organizațională a serviciilor de asistență medicală din penitenciare, care este mai degrabă aparentă decât reală; o coordonare și cooperare insuficiente între personalul de securitate și personalul medical; o continuitate insuficientă a îngrijirii pentru deținuți dacă asistența medicală primară este asigurată de către furnizorii de servicii medicale de gardă de la o unitate sanitară comunitară regională; îngrijorarea personalului penitenciar de a avea un rol represiv sau de a pierde controlul; îngrijorarea personalului medical cu privire la creșterea volumului de muncă cu sarcini suplimentare și la faptul că trebuie să se ocupe de o categorie de pacienți necunoscută;

30. Hayton P, Gatherer A, Fraser A. Pacient sau deținut: contează ce minister este responsabil pentru sănătatea deținuților? Un document de informare pentru o reuniune a rețelei, Copenhaga; Organizația Mondială a Sănătății, Biroul Regional pentru Europa, EUR/10/05, octombrie 2010.

31. Public Health England. Revizuirea rapidă a dovezilor privind impactul asupra rezultatelor în materie de sănătate ale serviciilor de sănătate comandate de NHS pentru persoanele aflate în spații securizate și în detenție, pentru a informa viitoarele intervenții în domeniul sănătății și stabilirea priorităților în Anglia.

Leaman J, Richards AA, Emslie L și O'Moore EJ: Îmbunătățirea stării de sănătate în închisori – de la dovezi la politici și implementare – experiențe din Marea Britanie. *International Journal of Prisoner Health* 13; 139–147, 2017.

32. OMS/UNODC: Buna guvernare pentru sănătatea în penitenciare în secolul XXI. Un rezumat al politicilor privind organizarea sănătății în penitenciare. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf

îngrijorarea că deținuții ar putea primi o îngrijire mai puțin calitativă în serviciile publice de sănătate decât populația generală.³³

Unele țări au luat în considerare sau au planificat transferul responsabilității și managementul serviciilor de sănătate din penitenciare de la Ministerul Justiției la Ministerul Sănătății/autoritățile de sănătate publică, dar până în prezent nu au reușit să finalizeze procesul, în principal din cauza pregătirii insuficiente a autorităților de sănătate publică.

În pofda diferitelor structuri organizaționale și de management a asistenței medicale pentru deținuți, acordul deplin este exprimat în recomandările Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei, citate mai sus, în Regulile minime standard revizuite ale Națiunilor Unite pentru tratamentul deținuților (Regulile Nelson Mandela)³⁴ și în declarațiile OMS, conform cărora asistența medicală pentru persoanele deținute este responsabilitatea întregului stat și ar trebui să fie cât mai strâns aliniată, integrată și compatibilă cu politicile naționale de sănătate.

33. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Dansul schimbării în îngrijirea penitenciarelor: cosmetizarea situației sau o nouă rețetă de îngrijire în penitenciare? Studi Organizativi 2:17-43, 2018 DOI 10.3280/ SO2017-002002I.

Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert J-F, Seron P. Modele de organizare a serviciilor de asistență medicală în închisori în patru țări. Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centrul belgian de cunoștințe în domeniul asistenței medicale (KCE). 2017. Rapoarte KCE 293. D/2017/10.273/69.

34. Regulile minime standard ale Națiunilor Unite pentru tratamentul deținuților (Regulile Nelson Mandela). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

Colaborarea intersectorială

Având în vedere că oferirea asistenței medicale deținuților este o responsabilitate a statului în ansamblu și că asistența medicală implică în mod inevitabil mulți actori din diferite sectoare, este nevoie de liderism și responsabilitate de la cele mai înalte niveluri de guvernare, precum și de mecanisme care să asigure colaborarea între ambele, atât la nivel național (în unele state, responsabilitatea poate fi transferată la nivel regional, cum ar fi Lander, cantoane, administrații descentralizate), cât și la nivel local. Alocarea resurselor și transferul de resurse atunci când serviciile sunt transferate de la o administrație la alta reprezintă adesea o problemă controversată, astfel încât Ministerul Finanțelor ar trebui să facă parte din mecanismul intersectorial de colaborare.

Un mecanism pentru a asigura utilizarea optimă a resurselor disponibile, pentru a determina nevoile suplimentare și pentru a asigura o colaborare eficientă ar fi un comitet director interministerial în cadrul biroului prim-ministrului.

Indiferent dacă responsabilitatea pentru acordarea asistenței medicale este încredințată Ministerului Sănătății sau rămâne în subordinea administrației penitenciarelor, ambele autorități trebuie să își asume responsabilități. Alte sectoare cum ar fi poliția, care are adesea sarcina de a transfera deținuții la spitale și de a asigura securitatea în timpul consultațiilor, sunt, de asemenea, implicate.

Având în vedere resursele limitate ale poliției, acordarea consultațiilor de specialitate în cadrul penitenciarelor ar fi un avantaj clar, eliminându-se astfel necesitatea escortării deținuților către spital. Dar înființarea unor astfel de

consultații necesită resurse din alt sector pentru a angaja specialiști și pentru a dota sălile de consultații, de exemplu, pentru a permite efectuarea de examinări oftalmologice, otorinolaringologice sau ginecologice. În mod similar, avantajele de a dispune de servicii radiologice și echipamente cu ultrasunete (ecografie) în cadrul unui serviciu de sănătate din penitenciare sunt evidente, dar, iarăși, necesită investiții și personal calificat.

La nivel local, ar trebui să existe, de asemenea, canale de comunicare și mecanisme de soluționare a litigiilor. Nevoile deținuților trebuie să fie recunoscute de către conducerile spitalelor, iar autoritatea medicilor care lucrează în cadrul penitenciarelor trebuie respectată. Obligația de îngrijire ar trebui să fie extinsă la toți specialiștii, pentru a preveni obstacolele și rezistențele care duc la întârzieri în operațiile chirurgicale și alte tratamente de specialitate. Deținuții ar trebui să aibă acces real la întreaga gamă de servicii medicale disponibile pentru publicul larg, inclusiv la cele mai sofisticate și mai costisitoare: tehnici moderne de imagistică, cum ar fi tomografiile computerizate și imagistica prin rezonanță magnetică, chimioterapia și radioterapia pentru cancer, chirurgia cardiacă, neurochirurgia și transplantul.

La nivel practic, ar trebui să existe infrastructura necesară pentru a permite efectuarea acestor investigații și tratamente, respectând în același timp intimitatea și viața privată a deținutului. Acest lucru necesită o planificare prealabilă și investiții care să implice autoritățile spitalicești, autoritățile penitenciare și poliția. Încercarea de a găsi soluții doar atunci când apare o anumită nevoie va duce aproape întotdeauna la soluții suboptimale.

Cu toate acestea, în cazul în care responsabilitățile pentru îngrijirea medicală a deținuților sunt distribuite, va fi nevoie de o planificare prealabilă și de o colaborare intersectorială.

Asistența medicală pentru persoanele deținute: o responsabilitate a statului în ansamblu

Atunci când un stat își privează cetățenii de libertate, își asumă o responsabilitate specială de a avea grijă de sănătatea lor. Persoanele deținute nu au altă alternativă decât să se bazeze pe autorități pentru a-și proteja și promova sănătatea. Pentru a le garanta dreptul la sănătate, dreptul internațional subordonează statul unei obligații de îngrijire care se aplică legal, atât în ceea ce privește condițiile de detenție, cât și în ceea ce privește tratamentul individual care ar putea fi necesar.³⁵ Obligația guvernelor de a asigura o îngrijire medicală adecvată persoanelor deținute are implicații nu numai pentru deținuți și administrațiile penitenciare, ci și pentru sănătatea publică a statului în ansamblu.³⁶ Nevoia unei strânse cooperări și integrări a asistenței medicale din penitenciare cu structurile de sănătate publică este, prin urmare, o consecință a acestor implicații.

În ceea ce privește guvernarea și managementul asistenței medicale în penitenciare, este obligația statului să asigure în mod responsabil o asistență medicală adecvată persoanelor deținute și, de asemenea, o responsabilitate directă a guvernului și a parlamentului.

Pe baza acestui concept, ca exemplu de bună politică, mai multe state membre au subordonat departamentele medicale direct ministerului de resort, și nu administrațiilor penitenciare. Astfel de structuri împiedică, de asemenea,

35. Organizația Națiunilor Unite: Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale Art. 12 <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>; Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale și culturale (CESCR), Comentariu general nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate posibil (art. 12 din Pact), 11 august 2000, E/C.12/2000/4, disponibil la: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

36. Declarația de la Moscova a OMS privind sănătatea în închisori ca parte a sănătății publice. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>

ca lipsa de resurse ale penitenciarelor sau constrângerile financiare ale administrațiilor penitenciare să fie folosite ca justificare pentru o asistență medicală deficitară acordată persoanelor deținute. Unul dintre principiile de bază ale Regulilor penitenciare europene stipulează că „Condițiile penitenciare care încalcă drepturile omului ale deținuților nu sunt justificate de lipsa de resurse”³⁷. CPT subliniază, de asemenea, că „este conștient că în perioade de dificultăți economice – cum sunt cele întâlnite astăzi în multe țări vizitate de CPT – trebuie făcute sacrificii, inclusiv în instituțiile penitenciare. Cu toate acestea, indiferent de dificultățile cu care se confruntă la un moment dat, actul de privare a unei persoane de libertate implică întotdeauna o datorie de îngrijire care necesită metode eficiente de prevenire, depistare și tratament”³⁸.

37. Regulile penitenciare europene 2006, Consiliul Europei, regula 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

38. Consiliul Europei. Standardele CPT: Secțiuni substanțiale ale rapoartelor generale ale CPT, Extras din cel de-al treilea raport general 1993, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

Penitenciarul: un mediu patogen și, în același timp, o oportunitate pentru îmbunătățirea sănătății

Penitenciarele sunt o paradigmă pentru ceea ce sociologii Goffmann și Foucault au numit „instituții totale”³⁹, adică locații închise, izolate de exteriorul societății, cu structuri ierarhice privind toate aspectele vieții aflate în unul și același loc, cu regim represiv și birocratic, o disciplină strictă și o supraveghere constantă, care provoacă subculturi violente și deținuți care au puțină sau niciun fel de responsabilitate individuală și sunt privați de legături sociale, resurse, intimitate, stimuli, alegeri și autonomie. Aceste caracteristici sunt complet opuse a ceea ce OMS consideră a fi un mediu care promovează sănătatea.⁴⁰ Ele afectează în mod deosebit starea de bine psihosocială și agravează problemele psihosociale și psihice existente ale persoanelor care trăiesc în astfel de locații. Acest lucru este cu atât mai îngrijorător cu cât, conform datelor colectate la nivel internațional,⁴¹ circa 70% dintre persoanele deținute

39. Goffman, Erving (1961). *Asilii: eseuri despre situația socială a bolnavilor mintal și a altor deținuți*. Anchor Books.

Foucault Michel (1975), *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

40. OMS Carta de la Ottawa pentru promovarea sănătății. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

41. Fazel S, Danesh J. Tulburări psihice grave la 23 000 de deținuți: o analiză sistematică a 62 de studii. *Lancet* 2002; 359: 545–50.

suferă de tulburări mentale. Principala cauză de deces în penitenciare este sinuciderea, aproximativ jumătate din totalul deceselor din penitenciare.⁴²

Pe lângă problemele de sănătate mentală, violența, dependența de droguri și bolile infecțioase, tuberculoza, bolile provocate de virusurile hepatitei B și C (VHB, VHC) și boala HIV sunt, de asemenea, probleme de sănătate dominante în locurile de detenție și penitenciare. La nivel mondial, există o prevalență constant mai mare a HIV, HVC, HVB, tuberculozei și a coinfecției tuberculoză/HIV în rândul deținuților decât în comunitate, în special în rândul persoanelor deținute care își injectează droguri. Acest lucru este cauzat de rata de detenție disproporționat de ridicată a celor din rândul persoanelor defavorizate din societate și încarcerării în masă a celor care își injectează droguri.⁴³

Spațiul de locuit limitat din penitenciare, comportamentul de risc continuu al deținuților și măsurile insuficiente de prevenire sau de reducere a riscurilor sporesc transmiterea infecției în penitenciare, declanșând focare epidemice de boli infecțioase, care afectează deținuții, dar și personalul penitenciar, iar după eliberarea din penitenciar – rudele și comunitatea. Potrivit unui recent studiu global amplu și a unei analize a intervențiilor de prevenire, cea mai eficientă modalitate de a controla aceste infecții în penitenciar este reducerea plasării în detenție a persoanelor care își injectează droguri și aplicarea mai multor sancțiuni neprivative de libertate.⁴⁴

Cu toate acestea, penitenciarul poate oferi, totuși, o oportunitate de îmbunătățire a asistenței medicale, în special persoanelor care nu au avut acces la serviciile de asistență medicală comunitară înainte de detenție, astfel că examinarea medicală la sosirea în penitenciar poate oferi prima ocazie pentru o evaluare medicală complexă, care să includă depistarea, diagnosticarea și tratamentul tulburărilor de sănătate mentală și/sau fizică. Persoanelor care au avut un stil de viață haotic, în special pacienților dependenți de droguri, viața cotidiană controlată și structurată forțată din detenție le oferă pentru prima dată posibilitatea de a beneficia de educație în sănătate, de promovarea sănătății, de măsuri preventive (cum ar fi vaccinarea și formarea) și de aplicarea tehnicilor de reducere a riscurilor.

În plus față de oportunitățile de îngrijire individuală a sănătății, promovarea sănătății, ca parte a unei politici în penitenciar, susține sănătatea tuturor persoanelor care trăiesc și lucrează în penitenciare, prin intermediul resurselor și

42. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet* 2011; 377: 956–6.

43. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*(2016) 388:1089–1102.

44. A se vedea nota de subsol 43.

al abilităților disponibile⁴⁵ și reduce riscurile pentru sănătate în mediul penitenciar. Recunoscând rolul important al sănătății în penitenciar în raport cu sănătatea publică, punerea în aplicare a unei politici de promovare a sănătății necesită sprijinul autorităților de sănătate publică. Promovarea sănătății în penitenciare cuprinde nu numai educația pentru sănătate (de preferință, prin tehnici de educație de la egal la egal), prevenirea bolilor și reducerea riscurilor, ci și promovarea sănătății mentale. Printre exemplele de politici concrete de promovare a sănătății mentale se numără: reducerea stresului prin oferirea de sprijin personal, creșterea abilităților de a face față detenției și prevenirea sinuciderii, garantarea siguranței și a unui mediu curat și igienic, crearea unei atmosfere de decență și respect, aprecierea muncii, îmbunătățirea cunoștințelor și a competențelor; sprijinirea creativității la locul de muncă, a educației și a timpului liber, creșterea contactelor cu lumea exterioară, respectarea intimității și disponibilitatea unei varietăți de opțiuni.

Mai exact, printre beneficiile unor astfel de politici de promovare a sănătății în penitenciare, am enumera următoarele:

- ▶ pentru **persoanele deținute**: creșterea stării de bine emoționale și fizice, a capacității de a face față, a încrederii și a abilităților sociale, a capacității de a folosi timpul în mod corespunzător și de a planifica în mod realist viitorul; incluziunea socială și îmbunătățirea perspectivelor de reabilitare; reducerea tulburărilor mentale deja experimentate sau a probabilității de a dezvolta tulburări fizice sau mentale;
- ▶ pentru **personal**: un moral ridicat și o satisfacție mai înaltă la locul de muncă, mai puțină tensiune și stres, o sănătate fizică și mintală îmbunătățită;
- ▶ pentru **penitenciar**: securitate ameliorată prin îmbunătățirea relațiilor dintre personal și deținuți, un mediu mai sigur, cu diminuarea tensiunilor și a agresiunilor, recrutarea și reducerea fluctuației personalului, rate mai mici de absențe pe caz de boală și de pensionare pe caz de boală, o mai mare eficiență și rentabilitate;
- ▶ pentru **comunitate**: o probabilitate mai mare de reabilitare cu succes a deținuților eliberați în comunitate, reducerea răspândirii bolilor infecțioase, mai puține tulburări mentale în rândul deținuților eliberați și o siguranță sporită.

45. OMS Europa: Prisons and Health, 2014. Promovarea sănătății în închisori: o abordare bazată pe cadre p. 180–184. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>

OMS Carta de la Ottawa pentru promovarea sănătății. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Cooperarea și integrarea serviciilor de sănătate din penitenciare cu structurile de sănătate publică

Cu privire la regula 40, în ceea ce privește relația strânsă, integrarea și compatibilitatea cu politicile naționale de sănătate, Comentariul la Regulile penitenciare europene subliniază următoarele:

„Cel mai eficient mod de a pune în aplicare Regula 40 este ca autoritatea națională de sănătate să fie responsabilă și de asistența medicală în penitenciar, așa cum se întâmplă în mai multe țări europene. Dacă nu este cazul, atunci ar trebui să existe legături cât mai strânse între furnizorii de servicii medicale din penitenciar și furnizorii de servicii medicale din afara penitenciarului. Acest lucru nu numai că va permite o continuitate a tratamentului, dar va permite, de asemenea, deținuților și personalului să beneficieze pe scară mai largă de evoluțiile în materie de tratamente, de standarde profesionale și de formare.”⁴⁶

Există multe motive pentru care serviciile de sănătate de înaltă calitate în penitenciare depind de o cooperare strânsă și integrare cu autoritățile sanitare și cu serviciile de sănătate din comunitate.

După cum se subliniază în principiile etice ale asistenței medicale în penitenciare citate mai sus, este practic imposibil să se obțină și să se mențină echivalența asistenței medicale de înaltă calitate fără o cooperare strânsă

46. Comentariu la Recomandarea R(2006)2 a Comitetului de Miniștri către statele membre cu privire la Regulile penitenciare europene. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

cu structurile de sănătate publică.⁴⁷ De asemenea, principiile independenței profesionale și competenței profesionale ale personalului medical din penitenciare se bazează, în mare măsură, pe alinierea la politicile de sănătate comunitară.

Administrațiile penitenciarelor au rareori, dacă nu chiar niciodată, expertiza și instrumentele necesare pentru inspecția și controlul profesional al igienei, salubrității, alimentației, apei și eliminării în siguranță a deșeurilor generale și a celor rezultate din activitatea medicală. În cele mai multe jurisdicții penitenciare, medicul șef al penitenciarului se angajează să efectueze aceste inspecții, dar adesea nu dispune de pregătirea, expertiza și echipamentele necesare. Supravegherea profesională a acestor aspecte cruciale din partea unor organisme competente din exterior, cum ar fi Ministerul Sănătății sau alte autorități de sănătate publică, ar avea ca rezultat o opinie independentă și mai obiectivă, precum și propuneri de îmbunătățire.

În plus, administrațiile penitenciarelor nu au deloc, sau au doar rareori, expertiza necesară pentru a examina în mod adecvat plângerile deținuților cu privire la asistența medicală. Aceste plângeri ar trebui să fie aduse în atenția unor profesioniști independenți din domeniul sănătății. Personalul medical din penitenciare ar trebui să fie supus aceluiași proceduri disciplinare ca și personalul medical din comunitate. Deținuții ar trebui să aibă dreptul de a depune plângeri cu privire la asistența medicală direct la organul disciplinar, fără a trece prin conducerea penitenciarului, și ar trebui să fie audiați de organul disciplinar.

Este îngrijorător faptul că, în mai multe state membre, spațiile, echipamentele și calificarea profesională a serviciilor de asistență medicală din penitenciare nu fac parte din procedurile de autorizare și acreditare, așa cum se cere pentru serviciile de asistență medicală din comunitate. Acest lucru se referă, de asemenea, la cerința și dovada EMC a personalului medical care lucrează în penitenciare. O carență majoră a asistenței medicale în penitenciare din statele membre, așa cum a fost identificată în analiza SWOT (puncte forte, puncte slabe, oportunități, amenințări) a sondajului prin chestionar al Consiliului Europei menționat mai sus, a fost lipsa unei formări structurate și a EMC a personalului medical din penitenciare, o deficiență care trebuie și poate fi remediată cu sprijinul instituțiilor de formare și al EMC din domeniul sănătății publice și prin colaborarea cu acestea.

47. OMS/UNODC: Buna guvernare pentru sănătatea în penitenciare în secolul XXI. Un rezumat al politicilor privind organizarea sănătății în penitenciare. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf

Autorizarea, acreditarea și atestarea EMC a serviciilor de sănătate din penitenciare ar trebui să fie gestionate de autoritățile de sănătate publică prin intermediul structurilor lor administrative și de expertiză în domeniul sănătății.

În multe țări, un număr considerabil de plângeri din partea persoanelor deținute se referă la asistența medicală. Autoritățile de sănătate publică dispun de competența și obiectivitatea medicală necesare pentru a trata aceste plângeri. Prin urmare, și în această privință este necesară cooperarea.

O evaluare și un studiu național amănunțit al datelor epidemiologice nu poate face abstracție de datele epidemiologice obținute de la persoanele deținute. În special bolile infecțioase, cum ar fi boala HIV, hepatitele transmise prin sânge și tuberculoza, precum și dependența de droguri și tulburările mentale au o prevalență considerabil mai mare în rândul populației din detenție decât în comunitate. Pe lângă raportarea obligatorie din punct de vedere legal a bolilor cu declarare obligatorie, schimbul de date epidemiologice anonime cu autoritățile naționale de sănătate privind deținuții este o condiție prealabilă pentru a obține o imagine generală completă a situației epidemiologice dintr-o țară. Acest lucru facilitează planificarea atât a urgențelor epidemiologice acute, cât și a inițiativelor adecvate de sănătate publică pe termen lung, care includ persoanele deținute în același mod ca și persoanele din comunitate. Punerea în aplicare a măsurilor de reducere a riscurilor în penitenciare în strânsă cooperare cu structurile de sănătate publică din comunitate pentru a preveni răspândirea bolilor transmisibile este un exemplu important de astfel de eforturi comune.⁴⁸

La nivelul îngrijirii individuale, persoanele deținute trec printr-o fază deosebit de periculoasă în ceea ce privește continuitatea îngrijirii după eliberarea din penitenciar. Pentru a reduce riscurile pentru sănătatea individuală și amenințările la adresa sănătății publice, continuitatea îngrijirii trebuie să fie pregătită cu atenție, în strânsă colaborare cu serviciile de asistență medicală comunitară. Aceste riscuri cuprind transmiterea de boli infecțioase sau dezvoltarea de boli rezistente la tratament, în cazul în care tratamentul și/sau măsurile de reducere a riscurilor sunt întrerupte, și riscul de mortalitate după eliberare, în special în cazul persoanelor dependente de droguri.

48. UNODC, OMS, UNAIDS, ILO: Sumar al politicilor, actualizat 2020. Tratamentul, îngrijirea și prevenirea HIV în penitenciare și alte instituții de tip închis: un pachet comprehensiv de intervenții. https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf

O cooperare strânsă cu structurile civile de asistență medicală este, de asemenea, necesară atunci când persoanele deținute au nevoie de îngrijiri spitalicești care nu pot fi oferite în cadrul sistemului penitenciar. Planificarea și furnizarea de paturi suficiente, pe baza unei evaluări atente a nevoilor, în cooperare cu structurile spitalicești civile, permit tratamentul de urgență, tratamentul spitalicesc selectiv și utilizarea optimă și transparentă a acestora.

Documentația medicală a serviciilor de asistență medicală din penitenciare ar trebui să fie riguros aliniată la documentația medicală din comunitate, adică ar trebui să se utilizeze aceleași formulare de fișe medicale, fie pe suport de hârtie, fie în fișe medicale electronice (FME) cu clasificarea internațională a bolilor (CID) obligatorie, în conformitate cu sistemul de codificare al OMS.⁴⁹ Acest lucru facilitează fluxul de informații medicale la transferurile din penitenciar în penitenciar și/sau în spitale civile și, la eliberare, către personalul medical din comunitate. Documentarea managementului farmaceutic și a administrării de medicamente în penitenciare ar trebui să utilizeze, de asemenea, aceleași sisteme de documentare ca și instituțiile medicale din comunitate. Pentru a stabili un DME în penitenciare, inclusiv managementul medicamentelor, compatibil cu cel din instituțiile de asistență medicală comunitară, este necesară o strânsă cooperare și integrare cu structurile de sănătate publică.

49. Clasificarea statistică internațională a bolilor și a problemelor de sănătate conexe, a zecea revizuire (ICD-10), versiunea pentru 2016. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

Normativele de personal și recrutarea personalului medical

În analiza SWOT din chestionarul Consiliului Europei menționat mai sus, lipsa unui număr suficient de personal medical în penitenciare și lipsa unei formări structurate și a unei dezvoltări profesionale continue au fost identificate ca fiind punctele slabe dominante. În unele state membre, un deficit general de personal medical în comunitate s-a adăugat altor motive invocate cu privire la deficitul de personal medical din penitenciare, cum ar fi: condiții de lucru și pacienți dificili, recunoaștere profesională și reputație socială scăzute și remunerare insuficientă. În comparație cu personalul medical care lucrează în instituțiile de sănătate publică, salariile din serviciile penitenciare au fost raportate ca fiind mai mici în 11 țări, mai mari în 7 țări și egale în restul.

Lipsa de personal medical nu justifică implicarea persoanelor private de libertate în sarcini de îngrijire a sănătății, care necesită o pregătire specializată, chiar dacă acestea au calificări medicale, sau ca infirmieri, sau în distribuirea medicamentelor.

Sondajul a arătat, de asemenea, că modelele de angajare a personalului medical care lucrează în penitenciare variază considerabil între statele membre: personal penitenciar în uniformă în grade militare, funcționari publici angajați pe bază de contract, angajați cu normă întregă și cu fracțiune de normă și personal medical care lucrează exclusiv în penitenciare sau în

ambele – în penitenciare și în comunitate. În majoritatea statelor membre, există tipuri mixte de angajare.

Personalul medical în uniformă și funcționarii publici se bucură de o reputație socială mai mare, de beneficii sociale și de o remunerație mai bună, însă, în special personalul medical în uniformă, legat de ierarhiile militare, se confruntă cu provocări considerabile în ceea ce privește păstrarea independenței profesionale și a confidențialității medicale în timp ce lucrează cu superiori care nu sunt medici și când încearcă să obțină încrederea pacienților. Personalul medical care lucrează exclusiv în penitenciare cu un loc de muncă cu normă întreagă poate garanta continuitatea asistenței medicale, dar este mai puțin probabil să își păstreze sentimentul de echivalență a asistenței medicale cu comunitatea și independența profesională. De asemenea, este posibil să-i lipsească stimularea intelectuală și cooperarea cu colegii din serviciile de sănătate din comunitate.

Raportul dintre numărul personalului medical cu normă întreagă și numărul deținuților în statele membre, astfel cum a fost raportat în sondaj, a variat de la 1/15 la 1/140, cu o medie de 1/43. Această din urmă cifră corespunde, de asemenea, raportului SPACE 2015⁵⁰ privind 36 de țări care au furnizat date privind angajarea cu normă întreagă a personalului medical: 1/41 (interval de la 1/5 la 1/667). Nu există un standard prestabilit pentru acest raport din mai multe motive: dimensiunea, structurile și sarcinile instituțiilor penitenciare variază considerabil – de exemplu, centrele de detenție preventivă, cu o rotație mult mai mare a deținuților și o frecvență mult mai mare a timpului petrecut cu examinările medicale la admitere, vor avea nevoie de o disponibilitate mai mare a personalului de asistență medicală primară decât în instituțiile pentru persoanele condamnate; nivelul de pregătire profesională și competențele medicilor și ale asistenților sau ale infirmierilor diferă considerabil de la o țară la alta – de exemplu, în unele țări, medicii generalişti au cunoștințe solide în materie de îngrijire a sănătății mentale, în timp ce în alte țări nu au o astfel de pregătire, sau asistenții medicali sau felcerii sunt calificați să preia responsabilități medicale extinse care ar putea fi inacceptabile în alte țări. Cu toate acestea, există cerințe minime stabilite, prezentate în recomandările internaționale. Regulile penitenciare europene și comentariul acestora⁵¹ subliniază:

50. Consiliul Europei – Statistici penale anuale, <http://wp.unil.ch/space>

51. Regulile penitenciare europene 2006, Consiliul Europei, regula 2. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25

Comentariu la Recomandarea R(2006)2 a Comitetului de Miniștri către statele membre cu privire la Regulile penitenciare europene. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966

Toate serviciile medicale, chirurgicale și psihiatrice necesare, inclusiv cele disponibile în comunitate, trebuie să fie puse la dispoziția deținutului în acest scop. Fiecare penitenciar trebuie să dispună de serviciile a cel puțin un medic generalist calificat. Trebuie să se ia măsuri pentru a se asigura în orice moment că un medic calificat este disponibil fără întârziere în cazuri de urgență. În cazul în care penitenciarele nu dispun de un medic cu normă întreagă, un medic cu jumătate de normă efectuează vizite regulate. Fiecare deținut trebuie să aibă la dispoziție serviciile unor dentiști și opticieni calificați. În penitenciarele mari, trebuie să fie numit un număr suficient de medici cu normă întreagă. În orice caz, un medic ar trebui să fie întotdeauna disponibil pentru a se ocupa de problemele de sănătate urgente. Serviciul medical al penitenciarului trebuie să asigure tratamentul psihiatric al tuturor deținuților care au nevoie de un astfel de tratament și să acorde o atenție deosebită prevenirii sinuciderii.

Regulile Nelson Mandela⁵² stipulează:

Serviciul de asistență medicală este format dintr-o echipă interdisciplinară cu suficient personal calificat, care acționează în deplină independență clinică și care dispune de suficientă expertiză în psihologie și psihiatrie. Fiecare deținut trebuie să aibă la dispoziție serviciile unui dentist calificat. Toate penitenciarele trebuie să asigure accesul prompt la asistență medicală în cazuri urgente. Deținuții care necesită tratament specializat sau intervenție chirurgicală trebuie să fie transferați în instituții specializate sau în spitale civile. În cazul în care un serviciu penitenciar dispune de propriile instituții spitalicești, acestea trebuie să fie dotate cu personal și echipament adecvat pentru a oferi deținuților internați tratamentul și îngrijirea corespunzătoare. Medicul sau, dacă este cazul, alt personal medical calificat trebuie să aibă acces zilnic la toți deținuții bolnavi, la toți deținuții care se plâng de probleme de sănătate fizică sau mentală sau de leziuni și la orice deținut care necesită în mod special atenția lor.

Numărul necesar de personal medical pentru fiecare penitenciar este cel mai bine determinat printr-o evaluare continuă a nevoilor, realizată de profesioniștii din domeniul sănătății, cu documentația respectivă (cel mai bine asigurată de gestionarea electronică a datelor medicale) privind volumul de muncă, frecvența și durata consultațiilor și nevoile pacienților, atât în ceea ce privește asistența medicală primară, cât și cea secundară. De exemplu, în cazul personalului medical din asistența medicală primară, trebuie să se ia în

52. Regulile minime standard ale Națiunilor Unite pentru tratamentul deținuților (Regulile Nelson Mandela). www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

considerare sarcinile care necesită mult timp pentru examinarea medicală la admitere, cum ar fi: obținerea și înregistrarea istoricului medical al pacientului, efectuarea unui examen fizic complet, depistarea tulburărilor mentale, a tendințelor suicidare, a consumului de droguri, a simptomelor de sevraj, a bolilor contagioase, a dizabilităților mentale sau fizice, a semnelor/înregistrărilor de violență și rele tratamente, precum și oferirea informațiilor referitoare la organizarea serviciilor medicale în penitenciar, independența și confidențialitatea profesională a echipei medicale și limitările acestora, drepturile și responsabilitățile deținuților, riscul de răspândire a bolilor transmisibile și măsurile disponibile de reducere a riscurilor în penitenciar.

Serviciile ambulatorii de asistență medicală secundară oferite de specialiști se desfășoară cel mai eficient pe un model bazat pe policlinică, adică specialiști contractați care vizitează și consultă pacienții în unitatea medicală a penitenciarului în mod regulat și/sau la nevoie.

Multe state membre se confruntă cu dificultăți considerabile în ceea ce privește recrutarea de personal medical care să lucreze în penitenciare, astfel că multe posturi rămân vacante. Pentru a depăși această situație, mai multe state membre recurg la diverse stimulente pentru recrutarea personalului medical, cum ar fi, bunăoară, salarii atractive, comparabile cu cele din comunitate, acordarea unui bonus de pericolozitate, stabilirea unei colaborări cu școlile de medicină și oferirea de stagii, plata costurilor de formare pentru pre-angajarea în activitatea din penitenciare pentru un anumit număr de ani, pensionare anticipată sau beneficii sociale.

Având în vedere că sănătatea în penitenciare este o parte importantă a sănătății publice,⁵³ autoritățile de sănătate publică ar trebui să își recunoască responsabilitatea de a sprijini administrațiile penitenciare în rezolvarea problemei recrutării personalului medical care se ocupă de persoanele deținute.

De asemenea, sunt necesare eforturi comune pentru a explica publicului și factorilor de decizie că acordarea asistenței medicale în penitenciare este un serviciu important pentru sănătatea publică a comunității. Cunoștințele de specialitate ale personalului medical care fac față tuturor formelor particulare de patologie din penitenciare, precum și competențele și experiența necesare pentru a le gestiona în condițiile impuse de mediul penitenciar, sunt subestimate pe scară largă, atât de societate, cât și de colegii medici.

53. Declarația de la Moscova a OMS privind sănătatea în închisori ca parte a sănătății publice. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>

CPT sugerează că particularitățile acordării asistenței medicale în mediul penitenciar pot justifica introducerea unei specialități profesionale recunoscute atât pentru medici, cât și pentru asistenți medicali, pe baza unei formări postuniversitare și a unei formări continue regulate.⁵⁴ O recunoaștere mai largă a acestor cerințe profesionale ar putea crește reputația profesională și socială a personalului medical care se ocupă de pacienții deținuți și ar putea încuraja recrutarea.

54. Consiliul European. Standardele CPT: Secțiuni substanțiale ale rapoartelor generale ale CPT, Extras din cel de-al treilea raport general 1993, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>

Asistența medicală primară

În conformitate cu OMS, asistența medicală primară (AMP) se referă mai curând la îngrijirea persoanelor decât la tratarea unor boli sau afecțiuni specifice. Asistența medicală primară este, de obicei, primul punct de contact cu sistemul de asistență medicală. Aceasta include un spectru de servicii, de la prevenire la depistare, identificare și gestionare a afecțiunilor acute și cronice și îngrijire paliativă. Asistența medicală primară în penitenciare nu este diferită; aceasta este doar un cadru special pentru asistența medicală primară. Serviciul de asistență medicală primară ar trebui să cunoască nevoile pacienților la admitere, în special în ceea ce privește sănătatea mentală, problemele de dependență și infecțiile, cele mai frecvente în penitenciar, să îi îngrijească pe durata detenției și să îi ajute să se pregătească de eliberare.⁵⁵ Pentru un număr considerabil de persoane deținute, la care, înainte de detenție, serviciile de asistență medicală comunitară nu aveau cum să ajungă, fie din cauza condițiilor sociale nefavorabile sau a unui stil de viață haotic ale acestora, serviciile de asistență medicală primară în penitenciar ar fi o primă ocazie pentru deținuți de a beneficia de o evaluare medicală care să cuprindă depistarea, diagnosticarea și tratarea dereglărilor de sănătate mentală și/sau fizică.

Pe lângă depistarea stării de sănătate mentală și fizică, examinarea medicală la admitere trebuie să depisteze, de asemenea, semnele de leziuni și rele tratamente care ar fi putut avea loc înainte de admiterea în penitenciar. Este important să se înregistreze alegerile, să se observe și să se documenteze leziunile, să se tragă concluzii cu privire la compatibilitatea alegerilor și a leziunilor observate și să se raporteze cazurile în conformitate cu recomandările

55. OMS Europa: Prisons and Health, 2014. Promovarea sănătății în închisori: o abordare bazată pe cadre p. 180–184. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>

CPT⁵⁶ și cu Protocolul de la Istanbul.⁵⁷ Același lucru trebuie urmărit după fiecare eveniment de violență avut loc în timpul detenției.

Echipa de asistență medicală de bază ar trebui să fie formată dintr-o echipă interprofesională, cu cunoștințe solide și formare actualizată în domeniul asistenței medicale generale sau al medicinei de familie, al îngrijirii sănătății mentale și al medicinei dependențelor și ar trebui să includă, de asemenea, un dentist sau un stomatolog calificat și un farmacist pentru gestionarea profesională a medicamentelor. În penitenciarele în care sunt deținute femeile, mame cu copii sau minori, echipa de asistență medicală primară ar trebui să aibă o pregătire și competențe suficiente pentru a răspunde nevoilor speciale ale acestora, astfel încât să asigure asistență ginecologică, asistență obstetricală și îngrijire de către un pediatru. Dreptul la medicamente contraceptive și la întreruperea voluntară a sarcinii (IVG) ar trebui să fie același ca și pentru femeile din comunitate. În cazul în care femeilor li se permite să aibă copii mici cu ele, ar trebui să existe o îngrijire pediatrică regulată, în care pediatrul să vadă copilul în prezența mamei, în condiții de confidențialitate.

Cu excepția urgențelor medicale, asistența medicală primară în penitenciare ar trebui să fie practică în cabinete de consultații și intervenții dotate și proiectate în mod corespunzător, într-o unitate medicală, pentru a asigura intimitatea și confidențialitatea medicală, cu depozitarea sub cheie a dosarelor medicale confidențiale. Pentru intervențiile stomatologice, este necesară o sală de chirurgie stomatologică echipată în mod adecvat. Ar trebui să fie disponibile încăperi suplimentare pentru consultații ale specialiștilor contractați care vizitează penitenciarul și pentru ședințe ale echipei de personal medical. Asistența medicală primară poate include și îngrijirea temporară a pacienților într-o infirmerie sau într-un staționar de zi din cadrul penitenciarului.

Serviciile de asistență medicală primară din penitenciare, la fel ca și cele din comunitate, pot juca un rol important de santinelă pentru asistența medicală secundară, reducând utilizarea necorespunzătoare a spitalelor costisitoare și a altor instituții de asistență medicală secundară. Servicii medicale eficiente în infirmerii și/sau staționare de zi din penitenciare bine echipate pot fi oferite nu numai pentru îngrijirea și tratamentul deținuților cu infecții minore sau alte afecțiuni acute minore, ci și pentru multe afecțiuni cronice care nu necesită

56. CPT: Documentarea și raportarea dovezilor medicale de rele tratamente. Extras din cel de-al 23-lea Raport general al CPT, publicat în 2013. CPT/Inf(2013)29-part.

57. Protocolul de la Istanbul OHCHR <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

îngrijire spitalicească, sub supravegherea personalului de asistență medicală primară și/sau sub îndrumarea specialiștilor. Ar trebui să se stabilească o comunicare și o cooperare eficientă cu instituțiile spitalicești din comunitate, pentru a transfera cu promptitudine pacienții care au nevoie de îngrijiri spitalicești și/sau de alte servicii de asistență medicală secundară sau terțiară indisponibile în penitenciar. La fel ca toate celelalte unități medicale, infirmeriile din penitenciare trebuie să fie autorizate pentru scopul lor de către autoritățile sanitare din țară.

Echipa de asistență medicală primară din penitenciar are, de asemenea, responsabilitatea de a asigura conduita optimă a asistenței medicale în caz de urgențe medicale, aceasta presupunând disponibilitatea unei formări actualizate a întregului personal în domeniul primului ajutor, organizarea tratamentului medical de urgență la fața locului, sprijin pentru echipa de asistență medicală primară din partea serviciilor de urgență externe și o disponibilitate rapidă a transportului cu ambulanța profesionistă pentru îngrijiri spitalicești de urgență.

Asistența medicală secundară și asistența spitalicească

Îngrijirile medicale secundare cuprind toate îngrijirile medicale care necesită expertiză medicală de specialitate, fie în ambulatoriu, fie în spital. Îngrijirea în centrele spitalicești de referință cu înaltă specializare este considerată ca fiind îngrijire medicală terțiară. O mare parte din asistența medicală secundară poate fi oferită în afara spitalului, cu implicarea specialiștilor, evitându-se astfel tratamentul spitalicesc costisitor.

Asistența medicală secundară ambulatorie pentru deținuți poate fi asigurată de specialiști angajați în penitenciare, de specialiști contractați care vin în penitenciar (structură policlinică) sau prin escortarea deținuților la specialiști din afara penitenciarelor, de exemplu, la secțiile de ambulatoriu ale unităților de asistență medicală comunitară. Modelul policlinicii, și anume specialiști angajați sau contractați care își desfășoară activitatea în cabinete medicale dotate în penitenciare, în cadrul unor vizite programate sau la cerere, este preferat atât din punct de vedere al securității, cât și al rentabilității. Acest lucru este deosebit de important pe termen lung, chiar dacă echipamentele de diagnosticare specializate și neportabile, cum ar fi echipamentele de ecografie și ecocardiografie, trebuie să fie achiziționate în urma unei evaluări a nevoilor atent calculate în cooperare cu specialiștii contractați. O bună parte din tratamentele conservative (adică neoperatorii) care rezultă din serviciile de diagnosticare de specialitate pot fi aplicate în siguranță ca tratament ambulatoriu în penitenciar sau în infirmerii/staționare de zi din penitenciar sub îndrumarea specialiștilor, așa cum s-a subliniat mai sus. În plus, îngrijirea preoperatorie și postoperatorie care nu necesită îngrijire spitalicească poate

fi efectuată sub supravegherea specialiștilor și în cooperare cu centrul chirurgical din infirmeria penitenciarului, reducând astfel durata de ședere a acestor pacienți în spitale costisitoare.

În principiu, asistența spitalicească pentru deținuți poate fi asigurată în spitale penitenciare sau în spitale comunitare. Studiul Consiliului Europei menționat mai sus a arătat că doar 29 din 45 de sisteme penitenciare aveau spitale penitenciare. Raportul de capacitate ale paturilor disponibile în spitalele penitenciare/numărul de deținuți, numărul de persoane deținute spitalizate și durata internării în spitalele penitenciare și în spitalele civile au fost cele prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1: Sisteme penitenciare cu și fără spitale penitenciare

Sisteme penitenciare cu spitale penitenciare: 29/45		
	medie	interval
raportul de capacitate paturi/deținuți:	1/54	1/7–1/3381
deținuți spitalizați/an:	11%	1–39%
durata internării, zile:	30	1–424
spitalizați în instituții civile	7%	1–20%
Sisteme penitenciare fără spitale penitenciare: 16/45		
Spitalizați în instituții civile/an:	7%	6–16%
Durata internării, zile:	4	2–22

Atunci când se analizează avantajele spitalelor penitenciare în comparație cu faptul că toate îngrijirile spitalicești sunt organizate în instituții comunitare, cel mai frecvent argument în favoarea spitalelor penitenciare este siguranța și securitatea deja stabilite.

În ceea ce privește tratamentul medical și aspectele etico-medicale, spitalele penitenciare prezintă puține sau chiar niciun avantaj în comparație cu serviciile spitalicești oferite deținuților în spitalele comunitare. În ceea ce privește intervențiile chirurgicale majore, există dovezi științifice conform cărora frecvența scăzută a intervențiilor chirurgicale majore în spitalele penitenciare în comparație cu spitalele civile mari este dezavantajoasă pentru pacienți din cauza unei relații clare între un volum chirurgical mai mare și o mortalitate postoperatorie mai mică în spitalele mari. În plus, expertiza profesională și echipamentele necesare pentru a garanta același nivel de siguranță

și calitate a intervențiilor chirurgicale ca în spitalele comunitare sunt rareori, sau chiar niciodată, accesibile în sistemul penitenciar, de exemplu, în cazul în care devine necesară o unitate de terapie intensivă (UTI) postoperatorie.⁵⁸ Acest lucru este valabil și pentru intervențiile medicale intensive nechirurgicale care necesită expertiză și echipamente specializate, cum ar fi în cazul bolilor coronariene acute, al bolilor vasculare cerebrale acute etc. Nerespectarea acestor argumente poate duce la încălcarea principiului etic al echivalenței îngrijirii.

Înființarea unor secții separate și securizate pentru pacienții din penitenciare în cadrul serviciului clinic al spitalelor comunitare, cu intrare separată și delimitată de pacienții civili și păzită de o mică echipă de agenți de securitate, permite o îngrijire clinică echivalentă și evită contradicțiile cu partea comunitară a spitalului. Utilizarea resurselor umane, a spațiilor și a echipamentelor comune atât pentru pacienții civili, cât și pentru cei din penitenciare, într-o mare unitate spitalicească comunitară, fie că este privată sau de stat, este mai eficientă din punct de vedere al costurilor pentru stat decât să aibă spitale penitenciare separate pentru un număr comparativ mai mic de pacienți din penitenciare care au nevoie reală de îngrijire spitalicească.

Atunci când se planifică numărul necesar de paturi pentru îngrijirea spitalicească a deținuților, ar trebui să se asigure că fiecare caz de urgență poate fi internat imediat, în timp ce pentru intervențiile spitalicești planificate, cum ar fi intervențiile chirurgicale selective, ar trebui să se stabilească o listă de așteptare transparentă. Lista de așteptare electronică pentru internările în spital, organizată de sistemul penitenciar georgian, poate servi drept exemplu de bună practică în această privință, deoarece previne preferințele nejustificate ale anumitor deținuți. De asemenea, durata șederii pacienților în spital trebuie să fie stabilită și documentată exclusiv pe baza unor motive medicale identificabile, menținându-se astfel capacitatea necesară pentru cazurile de urgență și pentru a se evita șederile nejustificate în spital.

58. Urbach DR. Angajamentul de a elimina intervențiile chirurgicale cu volum redus. *N Engl J Med* 2015; 373:1388–1390.

Asigurarea îngrijirilor de sănătate mentală acordate deținuților

Asigurarea îngrijirilor de sănătate mentală acordate persoanelor aflate în penitenciar reprezintă o provocare. Obiectivul, adesea declarat, este de a oferi îngrijiri echivalente cu cele disponibile în comunitate și în spitalele comunitare. Această echivalență este rareori realizată.

Recomandarea R(98)7 a Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei prevede ca *„Administrația penitenciarelor și ministerul responsabil de sănătatea mentală să coopereze în organizarea serviciilor psihiatrice pentru deținuți”*, recomandare doar rareori respectată.

„Penitenciarele sunt dăunătoare pentru sănătatea mentală” – este concluzia tranșantă a unei fișe informative comune a OMS și a CICR privind asistența medicală pentru sănătatea mentală a deținuților.

Într-adevăr, după cum se arată în secțiunea privind jurisprudența CtEDO, mediul penitenciar este aproape întotdeauna toxic pentru persoanele cu tulburări de sănătate mentală. Mulți factori sunt responsabili, inclusiv:

- ▶ pierderea mecanismelor de sprijin social;
- ▶ supraaglomerarea;
- ▶ utilizarea frecventă a izolării deținuților cu probleme de sănătate mentală care manifestă un comportament perturbator, amenințări cu sinuciderea sau automutilare;
- ▶ relații conflictuale cu alți deținuți (astfel de deținuți se află adesea pe ultima treaptă a ierarhiei penitenciare);
- ▶ abuzul endemic de substanțe;
- ▶ stresul legat de procedurile penale;
- ▶ expunerea la stigmatizare și discriminare.

Ca urmare, autoagresiunea, sinuciderea, violența între deținuți, tulburările de comportament și conflictele violente cu personalul penitenciarului sunt frecvente în rândul deținuților cu probleme de sănătate mentală.

Un psihiatru care lucrează în penitenciare a observat: „Există rapoarte îngrijorătoare cu privire la deținuți, în special la cei cu boli mentale grave, care sunt hărțuiți, exploatați și izolați, cu șanse mici de a fi sprijiniți sau protejați și cu o creștere a numărului de autovătămări și agresioni.”

Mai mult ca atât, efectul negativ al mediului penitenciar asupra sănătății mentale dă naștere unui grad ridicat de suferință, legat de agravarea simptomelor psihiatrice și de eșecurile în reabilitare și reintegrare la momentul eliberării.

Prevalența tulburărilor mentale este mult mai mare în penitenciare decât în comunitate în general. Experții au avertizat de mult timp despre creșterea nivelului de boli mentale în rândul populației penitenciare, iar situația pare să se înrăutățească, o estimare sugerând că aproximativ un sfert din totalul populației penitenciare suferă de tulburare bipolară, depresie sau tulburări de personalitate. Alte studii arată că aproximativ un sfert dintre femeile și 15% dintre bărbații din penitenciar au raportat episoade psihotice. Rata în rândul populației generale este de aproximativ 4%.

Unii observatori au afirmat că penitenciarele sunt uneori folosite ca loc de „deversare” a persoanelor cu tulburări mentale, în loc ca acestea să fie redirecționate către sistemul de sănătate mentală. Acest obiectiv s-a dovedit a fi nerealist. Multe persoane care suferă de tulburări mentale și care intră în penitenciar au avut contacte anterioare cu servicii externe de sănătate mentală, dar nu și-au continuat tratamentul din cauza unor circumstanțe sociale nefavorabile. Un alt factor care sporește problema în interiorul penitenciarelor este faptul că serviciile de sănătate mentală din comunitate sunt frecvent suprasolicitate, existând o lipsă cronică de paturi în spitale. Se poate spune că penitenciarele sunt adesea victimele eșecurilor din asistența medicală comunitară. Serviciile comunitare de sănătate mentală eșuează adesea atunci când problemele de sănătate mentală sunt combinate cu probleme sociale: sărăcie, lipsa de adăpost, străini ilegali, șomaj. Astfel de persoane ajung adesea în penitenciar. Mulți deținuți cu probleme de sănătate mentală nu au primit îngrijiri adecvate în comunitate, iar profilul problemelor de sănătate mentală descoperite în penitenciar este deosebit de complicat.

Ca rezultat, atât administrațiile penitenciare, cât și serviciile de sănătate din penitenciare, trebuie să trăiască cu realitatea că o proporție semnificativă a populației penitenciare suferă de tulburări mentale. Mai mult, morbiditatea psihiatrică este adesea deosebit de dificil de gestionat și tratat: tulburări de

personalitate borderline și antisociale, tulburări bipolare și o serie de tulburări complicate de abuzul de substanțe, care pot continua și în detenție.

Prin urmare, în fiecare penitenciar ar trebui să existe acces la tratament și îngrijire adecvată a sănătății mentale ca parte integrantă a serviciilor de sănătate generală disponibile pentru toți deținuții. Practic, acest lucru înseamnă că medicii de îngrijire primară au competențele necesare pentru a detecta tulburările mentale. Aceștia ar trebui să fie susținuți de prezența regulată a psihiatrilor și a altor profesioniști în domeniul sănătății mentale și de disponibilitatea sprijinului psihosocial și a medicamentelor psihotrope prescrise în mod rațional. Este nevoie de o echipă dedicată pentru a-i ajuta pe consumatorii de substanțe să se ocupe de problemele lor, cu acces la terapia de întreținere, atunci când aceasta este disponibilă în comunitate.

Nevoile deținuților ar trebui să fie incluse în politicile și planurile naționale de sănătate mentală.

Există o nevoie evidentă de a diagnostica problemele de sănătate mentală la admiterea în penitenciar, în special în cazul riscului de sinucidere. Persoanele cu tulburări psihotice netratate pot fi plasate în izolare atunci când riscul de auto-agresiune sau sinucidere este ridicat. Abuzul de substanțe care duce la simptome de sevraj ce necesită tratament este frecvent. Deținuții vulnerabili pot dezvolta depresie reactivă și anxietate.

De asemenea, este nevoie de o linie telefonică directă între serviciile medicale din penitenciare și serviciile comunitare de sănătate mentală, pentru a identifica pacienții cărora li se administrau deja medicamente psihotrope înainte de detenție, pacienții care urmează o terapie de întreținere pentru abuz de substanțe și persoanele care nu au contact cu serviciile comunitare de sănătate mentală, dar despre care se știe că au probleme de sănătate mentală.

În timpul aflării în penitenciar, îngrijirea ambulatorie a sănătății mentale ar trebui să fie asigurată de o echipă multidisciplinară formată din psihiatri, asistenți medicali de sănătate mentală, psihologi și psihoterapeuți. Ar trebui să fie disponibilă aceeași gamă de medicamente psihotrope ca în comunitate, fără costuri pentru deținut.

Programele speciale pentru deținuții cu tulburări de personalitate necesită implicarea activă atât a profesioniștilor din domeniul sănătății mentale, cât și a personalului penitenciarului, fiind demonstrat că această implicare reduce fenomenul automutilării și comportamentul antisocial în penitenciar.

Unii deținuți vor prezenta stări acute ale tulburărilor lor mentale (depresie severă, psihoză decompensată, risc suicidal acut), care nu pot fi tratate în penitenciar. Prin urmare, ar trebui să fie posibilă transferarea rapidă a acestor deținuți la un spital de psihiatrie, dacă este cazul, în aceeași zi în care apare necesitatea. Tratarea unor astfel de situații prin plasarea în izolare în cadrul penitenciarului este inacceptabilă.

Cu toate acestea, spitalizarea psihiatrică este adesea considerată ca fiind un risc de evadare. Prin urmare, autoritățile judiciare sau administrative pot interveni pentru a se opune transferului la spital. O altă consecință negativă a riscului perceput de evadare este faptul că deținutul este imediat plasat în izolare și, uneori, sub constrângere fizică la sosirea la spital, fiind menținut în astfel de condiții pe toată durata spitalizării, fără acces la o gamă completă de activități terapeutice.

CPT a atras în mod repetat atenția asupra acestei situații inacceptabile. Problema spitalizării psihiatrice a deținuților în condiții care corespund „echivalenței îngrijirilor” rămâne nerezolvată în majoritatea statelor membre ale Consiliului European. Două inițiative specifice merită, prin urmare, să fie menționate:

- ▶ În Franța, au fost deschise „Unități spitalicești special adaptate” (UHSA) ca parte integrantă a spitalelor publice de boli mentale. Psihiatrii, asistenții, psihologii, terapeuții sunt recrutați și plătiți de serviciile publice de psihiatrie. Standardele de îngrijire sunt aceleași ca și în alte unități spitalicești. Securitatea perimetrală, intrarea/ieșirea și vizitele se află sub autoritatea serviciului penitenciar. Este un exemplu excelent de colaborare de succes între administrațiile din domeniul sănătății și penitenciare, care implică investiții de capital și costuri de funcționare substanțiale, dar care conduce la o îmbunătățire considerabilă a îngrijirii sănătății mentale a deținuților cu tulburări mentale grave.
- ▶ În Olanda, autoritățile penitenciare au luat inițiativa de a crea patru „Centre psihiatrice penitenciare” (CPP), care oferă 620 de locuri de îngrijire psihiatrică în cadrul penitenciarelor. Îngrijitorii de primă linie sunt ofițeri de penitenciare cu o formare de doi ani în îngrijirea pacienților psihiatrici. Psihiatrii sunt angajați de Institutul de Psihiatrie Legală din Olanda.

CPT a vizitat recent atât UHSA, cât și PPC și a evaluat în general favorabil ambele modele, foarte diferite, de îngrijire.

Întrebări cheie pentru organizarea și managementul asistenței medicale în penitenciare – listă de verificare

Organizare, cadru juridic și administrativ

1. Este asistența medicală în penitenciar responsabilitatea directă a unui minister (și nu responsabilitatea exclusivă a directorului penitenciarului)?
2. Legislația națională în domeniul sănătății include (implicit sau explicit) asistența medicală în penitenciare?
3. Reglementările legale privind asistența medicală în penitenciare sunt pe deplin conforme cu legislația națională în domeniul sănătății?
4. Există un comitet interministerial pentru colaborarea intersectorială a managementului asistenței medicale în penitenciare?
5. Este bugetul pentru sănătate separat de bugetul general al penitenciarului?
6. Există standarde naționale scrise pentru îngrijirea sănătății în penitenciare și/sau POS pentru anumite scenarii critice în domeniul îngrijirii sănătății în penitenciare?

Spații

7. Există o supraveghere regulată și structurată a condițiilor de viață sănătoase pentru deținuți (adică spațiu, igienă, salubritate, hrană, apă, încălzire, iluminat și eliminarea în siguranță a deșeurilor) din partea unor organisme externe competente, cum ar fi Ministerul Sănătății sau alte autorități de sănătate publică?

8. Sunt spațiile, echipamentele și calificarea profesională a serviciilor de asistență medicală din penitenciare supuse aceluiași proceduri de autorizare și acreditare necesare pentru serviciile de asistență medicală din comunitate?

9. Îndeplinesc spațiile pentru asistența medicală primară cerințele necesare în materie de spațiu, accesibilitate fără bariere, intimitate și confidențialitate?

Personalul medical

10. Sunt ocupate toate posturile din normativele de personal medical din penitenciare?

11. Sunt salariile personalului medical din penitenciare la același nivel sau mai mari decât salariile personalului medical din domenii comparabile din comunitate?

12. Personalul medical care lucrează în penitenciare este supus aceluiași programe de FMC-AMP ca și colegii lor care lucrează în comunitate?

13. Sunt profesioniștii din domeniul asistenței medicale primare în număr necesar și instruiți în modul corespunzător pentru efectuarea unei examinări medicale detaliate la admitere?

14. Personalul de asistență medicală primară din penitenciare are competența deplină a unui medic generalist, sau a unui medic de familie, sau a unei asistente medicale? Are o bună cunoaștere a eticii medicale în penitenciare și a tuturor acelor dereglări de sănătate care sunt predominante în special în penitenciare, cum ar fi tulburările de sănătate mentală, dependența de droguri, bolile transmisibile și depistarea, documentarea și raportarea profesională a violenței?

15. Personalul medical care lucrează în penitenciarele pentru deținuți de sex feminin și minori are calificările adecvate pentru a răspunde nevoilor deținuților?

16. Personalul medical integrat în personalul penitenciar în uniformă este informat că nu ar trebui să poarte uniforme atunci când acordă asistență medicală deținuților?

Asistență medicală primară

17. Examinarea/consultarea medicală la admitere sau la cererea unui deținut este efectuată fără întârziere și niciodată mai târziu de 24 de ore de la internare sau de la cerere?

18. Este garantată confidențialitatea cererii de consultație medicală și fără preselecție din partea personalului non-medical?

19. Serviciile de sănătate sunt disponibile gratuit sau deținuții trebuie să plătească (oficial sau neoficial) din buzunarul lor?

20. Există un acces ușor la o îngrijire adecvată a sănătății mentale ca parte integrantă a serviciilor de sănătate generală disponibile pentru toți deținuții?

21. Este disponibil gratuit în fiecare penitenciar un dentist calificat și spații adecvate pentru îngrijirea dentară?

22. Este echipa de îngrijire medicală informată imediat cu privire la persoanele plasate în izolatoarele disciplinare?

23. Este asigurată o continuitate fără întreruperi a îngrijirii persoanei deținute după eliberare prin cooperarea cu structurile de sprijin din comunitate?

Asistență medicală secundară și spitalicească

24. Este garantat accesul la servicii medicale specializate suplimentare – în regim ambulatoriu și/sau în spital – fără întârzieri nejustificate, ori de câte ori este nevoie?

25. Este disponibil un psihiatru/psiholog clinic în fiecare penitenciar și este disponibilă fără întârziere, la nevoie, asistența psihiatrică în regim de internare într-o unitate de îngrijire a sănătății mentale adecvată?

26. Sunt disponibile în mod regulat îngrijiri ginecologice, obstetricale și pediatrie pentru femeile deținute și mamele cu copii?

27. Există un acces facil la instituțiile medicale civile, fără întârzieri nejustificate, ori de câte ori unitățile medicale din penitenciare nu pot acorda serviciile de sănătate necesare?

28. Toate intervențiile chirurgicale majore și toate intervențiile medicale intensive nechirurgicale operate deținuților care necesită expertiză și/sau echipamente de înaltă specializare sunt efectuate în instituții medicale civile?

29. Există o listă de așteptare transparentă pentru intervenții medicale selective în spitale care să prevină preferințele nejustificate ale deținuților și să permită intervenții imediate în cazuri urgente din punct de vedere medical?

Prevenirea și promovarea sănătății

30. Sunt persoanele deținute incluse în toate inițiativele naționale de sănătate?

31. Există strategii definite pentru prevenirea bolilor transmisibile, cum ar fi tuberculoza, HIV/SIDA, hepatita B/C, inclusiv măsuri de reducere a riscurilor, în toate penitenciarele și sunt acestea în conformitate cu recomandările UNODC/OMS/OIM/UNAIDS?

32. Sunt aceste strategii în conformitate cu și/sau integrate în strategiile naționale de prevenire și de reducere a riscurilor pentru aceste boli transmisibile?

33. Există în fiecare penitenciar un program sau o inițiativă definită de promovare a sănătății interprofesionale – inclusiv promovarea sănătății mentale?

Documentația privind îngrijirea sănătății

34. Documentația medicală și dosarele medicale/înregistrările medicale electronice din penitenciare îndeplinesc aceleași cerințe ca și documentația medicală din comunitate și sunt compatibile între ele?

35. Dosarele medicale sunt păstrate în mod confidențial și în spații încuiate, cu acces doar pentru personalul medical și pentru pacient, cu singura excepție a permisiunii explicite a pacientului sau a unui ordin judecătoresc de divulgare a unor date medicale definite legate de pacient?

36. Este folosită documentația codificată CID de către tot personalul medical care lucrează în penitenciare?

37. Există o raportare regulată și structurată a datelor epidemiologice obținute în penitenciare către autoritățile de sănătate publică sau către Ministerul Sănătății?

Medicamente și echipamente de îngrijire a sănătății

38. Este utilizată o listă actualizată de medicamente esențiale în conformitate cu Lista model de medicamente esențiale a OMS⁵⁹ de procurare a medicamentelor pentru deținuți în asistența medicală primară?

39. Sunt disponibile toate medicamentele necesare pentru asistența medicală primară conform listei actualizate a medicamentelor esențiale (OMS)?

59. Modelul OMS de listă de medicamente esențiale. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

40. Gestionarea, depozitarea și înlocuirea medicamentelor este supravegheată și controlată la nivel central și la toate nivelurile periferice de către farmaciști instruiți și certificați?

41. Există o listă actualizată a echipamentelor medicale minim necesare pentru asistența medicală primară și este garantată repararea/înlocuirea acestora?

Etica asistenței medicale

42. Este personalul medical din penitenciare implicat exclusiv în îngrijirea, sănătatea și starea de bine a deținuților (și nu se așteaptă ca acesta să servească și pentru intervenții medicale în interesul unor terțe părți)?

43. Sunt agenții de penitenciare informați că, în timpul consultației/examinării medicale a deținuților, de regulă, trebuie să rămână în afara sălii de consultație și să nu fie văzut și auzit pentru a respecta secretul medical?

44. Este respectat consimțământul pacientului și dreptul de a refuza toate intervențiile medicale din penitenciare, inclusiv în cazul examinării medicale la admitere și al persoanelor aflate în greva foamei?

45. Tratamentul coercitiv al pacienților cu incapacitate mintală se efectuează exclusiv în spitale de boli mintale și numai la ordinul explicit al unei instanțe?

46. Deciziile clinice și intervențiile medicale ale personalului medical sunt luate în condiții de independență profesională absolută și nerestricționată, fără influențe nejustificate din partea administrației penitenciarului sau a altor părți terțe?

47. Există aranjamente legale și administrative care să permită pacienților deținuți aflați în stare terminală să moară în libertate și demnitate?

48. Este fiecare caz cunoscut de victimă a violenței, înainte de și în timpul detenției, adus imediat în atenția personalului medical pentru examinare/consultare și pentru înregistrarea și raportarea profesională, în conformitate cu recomandările CPT și cu Protocolul de la Istanbul?

49. Sunt consemnate în registrele de evidență respective toate evenimentele legate de restricții fizice, leziuni, violență și presupuse rele tratamente, auto-agresuni, tentative de suicid și sinucideri, greve ale foamei?

50. Procedurile de segregare din motive medicale sunt în conformitate cu procedurile din comunitate?

51. Sunt plângerile deținuților legate de asistența medicală aduse la cunoștința specialiștilor independenți din domeniul sănătății?

52. Personalul medical din penitenciare este supus aceluiași proceduri disciplinare ca și personalul medical din comunitate și deținuții pot depune o plângere direct la organul disciplinar și pot fi audiați de acesta?

Referințe

- ▶ Asociația Medicală Mondială (2008) Declarația de la Seul privind autonomia profesională și independența clinică. Extras din: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>
- ▶ Asociația Medicală Mondială (2017) Declarația privind perchezițiile corporale ale deținuților Extras din: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-body-searches-of-prisoners>
- ▶ Asociația Medicală Mondială (2017) Declarație privind izolarea. Extras din: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement>
- ▶ Asociația Medicală Mondială. Codul internațional de etică medicală. Extras din: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>
- ▶ Biroul Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului (1982) Principii de etică medicală relevante pentru rolul personalului medical, în special al medicilor, în protecția reținuților și deținuților împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Accesat la: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>
- ▶ Biroul Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului. Protocolul de la Istanbul. Extras din: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>
- ▶ Clasificarea statistică internațională a bolilor și a problemelor de sănătate conexe (2016) a 10-a revizuire (ICD-10). Extras din: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
- ▶ Comentariu la Recomandarea R(2006)2 a Comitetului de Miniștri către statele membre cu privire la Regulile penitenciare europene. Extras din: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680795966
- ▶ Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale și culturale (2000) Comentariul general nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de

sănătate posibil E/C.12/2000/4. Extras din: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

- ▶ Consiliul Europei, Statistici penale anuale. Extras din: <http://wp.unil.ch/space>
- ▶ Constituția Organizației Mondiale a Sănătății. Extras din: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- ▶ Convenția Europeană a Drepturilor Omului. Accesat la: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
- ▶ CPT (2013): Documentarea și raportarea dovezilor medicale de rele tratamente. Extras din cel de-al 23-lea Raport general al CPT. CPT/Inf(2013)29-part.
- ▶ Curtea Europeană a Drepturilor Omului, Raport tematic – Aspecte legate de sănătate în jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului, 2015. Extras din: http://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf
- ▶ Dolan, K, Wirtz, A. L, Moazen, B et al. (2016) Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*, 388, p. 1089–1102
- ▶ Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert J-F, Seron P. (2017) Modele de organizare a serviciilor de asistență medicală în închisori în patru țări. Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centrul belgian de cunoștințe în domeniul asistenței medicale (KCE). Rapoarte KCE 293. D/2017/10.273/69
- ▶ Fazel S, Baillargeon J. (2011) The health of prisoners. *Lancet*; 377, p. 956–65
- ▶ Fazel S, Danesh J. (2002) Tulburări psihice grave la 23 000 de deținuți: o analiză sistematică a 62 de studii. *Lancet*; 359, p. 545–50
- ▶ Foucault Michel (1975), *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- ▶ Goffman, Erving (1961). *Asilii: eseuri despre situația socială a bolnavilor mintal și a altor deținuți*. Anchor Books
- ▶ Harding T. W. SIDA în închisoare. *Lancet* 330, i8570, 1260–1263, 198
- ▶ Hayton P, Gatherer A, Fraser A. (2010) Pacient sau prizonier: contează ce minister este responsabil pentru sănătatea deținuților? Un document de informare pentru o reuniune a rețelei, Copenhaga; Organizația Mondială a Sănătății, Biroul Regional pentru Europa, EUR/10/05.
- ▶ Kintz, Kimberly E. (2013) „Quality measures in correctional health care”. *Arhiva cercetărilor*. 990.

- ▶ Leaman J, Richards AA, Emslie L și O'Moore EJ (2017) Îmbunătățirea sănătății în închisori – de la dovezi la politici și la implementare – experiențe din Marea Britanie. *International Journal of Prisoner Health*, 13, p. 139–147
- ▶ Lehtmetts, A și Pont, J (2014) Prison Health Care and Medical Ethics. Un manual pentru lucrătorii medicali și alte categorii de personal penitenciar cu responsabilități în ceea ce privește starea de bine a deținuților. Extras din: <https://rm.coe.int/publication-prison-healthcare-rom/16806ab9b4>
- ▶ Lines R. (2006) De la echivalența standardelor la echivalența obiectivelor: Dreptul deținuților la standarde de îngrijire a sănătății mai ridicate decât cele din afara închisorilor. *International Journal of Prisoner Health*, 2, p. 269–280.
- ▶ OMS Europa (2014) Prisons and Health. Promovarea sănătății în închisori: o abordare bazată pe cadre, p. 180–184. Extras din: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>
- ▶ OMS, Asistența medicală primară. Preluat din: <http://www.who.int/primary-health/en/>
- ▶ OMS, Carta de la Ottawa pentru promovarea sănătății. Extras din: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- ▶ OMS, Declarația de la Moscova privind sănătatea în penitenciare ca parte a sănătății publice. Din: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/pre-2005/moscow-declaration-on-prison-health-as-part-of-public-health>
- ▶ OMS, Model de listă de medicamente esențiale. Extras din: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- ▶ OMS/UNODC: Buna guvernare pentru sănătatea în penitenciare în secolul XXI. Un rezumat al politicii privind organizarea sănătății în penitenciare. Extras din: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf
- ▶ ONU: Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale. Extras din: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- ▶ Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P (2018) Dansul schimbării în îngrijirea în penitenciare: cosmetizarea situației sau o nouă rețetă de îngrijire în penitenciare? *Studi Organizzativi* 2:17-43, 2018 DOI 10.3280/SO2017-0020021
- ▶ Pont J, Enggist St, Stover H, Williams B, Greifinger R, Wolff H (2018) Guvernanța asistenței medicale în penitenciare: garantarea independenței clinice. *American Journal of Public Health*, 108(4), p. 472–476

- ▶ Public Health England, Health and Justice Annual Review 2016/17.
- ▶ Public Health England. Examinarea rapidă a dovezilor privind impactul asupra rezultatelor în materie de sănătate ale serviciilor de sănătate comandate de NHS pentru persoanele aflate în medii de detenție și de siguranță pentru a informa viitoarele intervenții în domeniul sănătății și stabilirea priorităților în Anglia.
- ▶ Recomandarea R(2006)2 a Comitetului de Miniștri către statele membre privind Regulile penitenciare europene. Extras din: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d8d25
- ▶ Recomandarea R(98)7 a Comitetului de Miniștri către statele membre privind aspectele etice și organizatorice ale asistenței medicale în penitenciare. Extras din: <https://rm.coe.int/09000016804fb13c>
- ▶ Regulile minime standard ale ONU pentru tratamentul deținuților (Regulile Nelson Mandela). Extras din: www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf
- ▶ Standardele CPT. Secțiuni substanțiale ale rapoartelor generale ale CPT, extras din cel de-al treilea raport general din 1993. Extras din: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>
- ▶ UNODC, OMS, UNAIDS, ILO: Sumar al politicilor, actualizat 2020. Tratatamentul, îngrijirea și prevenirea HIV în penitenciare și alte instituții de tip închis: un pachet comprehensiv de intervenții. https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf
- ▶ Urbach D. R. (2015) Angajamentul de a elimina chirurgia cu volum redus. *The New England Journal of Medicine*. 373, p. 1388–1390

Anexa 1: Documente internaționale privind organizarea și managementul asistenței medicale în penitenciare

Consiliul Europei:

- ▶ Convenția europeană a drepturilor omului. Accesat la: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
- ▶ Recomandarea R(2006)2 a Comitetului de Miniștri către statele membre privind Regulile penitenciare europene. Extras din: <https://rm.coe.int/european-prison-rules-978-92-871-5982-3/16806ab9ae>
- ▶ Recomandarea R(93)6 a Comitetului de Miniștri către statele membre cu privire la aspectele penitenciare și criminologice ale controlului bolilor transmisibile, inclusiv SIDA și problemele de sănătate conexe în penitenciare. Extras din: <https://rm.coe.int/16804d7777>
- ▶ Standardele CPT (1993) Secțiuni substanțiale ale rapoartelor generale ale CPT, extras din cel de-al treilea raport general. Extras din: <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-standards-inf-1993-12-part-en-1>
- ▶ CoE/OMS (2014), Concluziile de la Strasbourg privind închisorile și sănătatea, 2014. Extras din: <https://rm.coe.int/strasbourgconclusions-on-prisons-and-health-final-draft-20-june-2014/168075f56c>

Organizația Națiunilor Unite:

- ▶ Biroul Înaltului Comisariat pentru Drepturile Omului (1982). Principii de etică medicală relevante pentru rolul personalului medical, în special al medicilor, în protecția prizonierilor și deținuților împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. Accesat la: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx>
- ▶ Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

OMS/UNODC:

- ▶ OMS (2013) Buna guvernare a sănătății în penitenciare în secolul XXI: un rezumat de politică privind organizarea sănătății în penitenciare. Extras din: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf

Anexa 2: Lecturi suplimentare

- ▶ Biroul regional al OMS pentru Europa (2010) Recomandarea de la Madrid: Protecția sănătății în penitenciare ca parte esențială a sănătății publice. Copenhaga. Extras din: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf?ua=1
- ▶ Biroul regional al OMS pentru Europa (2009). Sănătatea femeilor în închisoare. Corectarea inegalității de gen în ceea ce privește sănătatea în penitenciare. Copenhaga. Accesat la: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf?ua=1
- ▶ Biroul Regional OMS pentru Europa (2007). Declarația de la Trencin privind închisorile și sănătatea psihică. Copenhaga. Extras din: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf?ua=1
- ▶ Murdoch, J., Jiricka V (2016): Combaterea rețelilor de tratament în închisoare. Un manual pentru personalul penitenciar cu accent pe prevenirea rețelilor de tratament în închisoare, Consiliul European. Extras din: <https://rm.coe.int/combating-ill-treatment-in-prison-2-web-en/16806ab9a7>
- ▶ OMS (2014) Închisorile și sănătatea. Accesat la: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf
- ▶ Pont, J, Stover, H, Wolff, H (2012): Loialitate dublă în îngrijirea medicală în penitenciare. *American Journal of Public Health*, 102(3): p. 475–480. Extras din: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487660/
- ▶ UNODC (2011) Regulile de la Bangkok, Regulile privind tratamentul femeilor deținute și măsurile neprivative de libertate pentru femeile infractoare. Accesat la: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/women_and_imprisonment_-_2nd_edition.pdf

Această publicație își propune să ofere îndrumări factorilor de decizie și funcționarilor instituțiilor relevante pentru a se asigura că politica de sănătate în penitenciare este integrată și compatibilă cu politica națională de sănătate. Publicația Consiliului Europei „Asistența medicală în penitenciare și etica medicală” – un manual pentru lucrătorii medicali și alte categorii de personal penitenciar cu responsabilități în ceea ce privește starea de bine a deținuților – poate fi utilizată ca un ghid complementar cu informații practice privind acordarea asistenței medicale în penitenciare. Aceste Linii directoare sunt rezultatul unei reuniuni multilaterale privind organizarea și managementul asistenței medicale în penitenciare, care a avut loc la Strasbourg în luna octombrie 2017, ca parte a activităților de cooperare ale Consiliului Europei în domeniul penitenciar, implementate de Unitatea de cooperare în materie de drept penal. Textul este, de asemenea, disponibil online la adresa: <https://www.coe.int/en/web/criminal-law-coop>

RON

www.coe.int

Consiliul Europei este cea mai importantă organizație pentru drepturile omului de pe continent. Acesta cuprinde 47 de state membre, inclusiv toți membrii Uniunii Europene. Toate statele membre ale Consiliului Europei au aderat la Convenția europeană a drepturilor omului, un tratat menit să protejeze drepturile omului, democrația și statul de drept. Curtea Europeană a Drepturilor Omului supraveghează punerea în aplicare a Convenției în statele membre.

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE