



CONSIDERAȚII GENERALE PRIVIND ASISTENȚA MEDICALĂ ÎN PENITENCIARE

Veaceslav GUMANIUC,
doctorand

Summary

A very important and specific aspect of the XX-th century is the medicalization of society, related to the improving of health as a supreme value of the society. This opens the perspectives to a new humanism, in sphere of which the contribution of mental hygiene is essential for living conditions and human activity improvement, of the humanity progress to a higher level of civilization. The providing of medical care in the prison, reflect a formal concern of the states for ensuring addressability, accesibiliti and its equivalence in the prison system. The most important and most vulnerable aspect of detention life is phisical and mental health of captives.

Keywords: medical assistance, health of prisoners, „healthy” penitentiary.

Rezumat

Un aspect deosebit de important și specific sec. XX îl reprezintă medicalizarea societății, legată de statuarea sănătății ca valoare supremă în societate. Aceasta deschide perspectivele unui nou umanism, în sfera căruia aportul igienei mentale este esențial pentru ameliorarea condițiilor de viață și activitate umană, pentru progresul umanității către un nivel superior de civilizație. Acordarea asistenței medicale în penitenciare reflectă o preocupare mai mult formală a statelor pentru asigurarea adresabilității, accesibilității și echivalenței ei în sistemul penitenciar. Cel mai important și cel mai vulnerabil aspect al vieții din închisoare este sănătatea fizică și mintală a deținuților.

Cuvinte-cheie: asistență medicală, sănătatea deținuților, penitenciar „sănătos”.

Referințe bibliografice

1. Ciobanu A. *Drept penal și procesual penal*. București: Editura Monitorul Oficial RA, 2009.
2. Fletcher G. P., Dolea I., Blanaru D. *Concepte de bază ale justiției penale*. Chișinău: Editura Arc, 2001.
3. Mrejeru B. *Participanții în procesul penal*. București: Editura Universul Juridic, 2011.
4. Neagu I. *Drept procesual penal*. București: Editura Universul Juridic, 2010.
5. Oancea I. *Drept penal. Partea generală*. București: Ed. didactică și pedagogică, 1971.
6. Păvăleanu V. *Drept procesual penal. Partea generală*. București: Ed. Lumina Lex, 2002.
7. Pinteau A. *Drept procesual penal. Partea generală și specială*. București: Ed. Lumina Lex, 2002.
8. Pinteau A. *Procedura începerii, efectuării și terminării urmăririi penale (ediție revizuită și adăugită)*. București: Ed. Lumina Lex, 2006.
9. Udroui M. *Procedura penală. Parte generală. Parte specială*. București: Editura CH Beck, 2011.

Introducere. Un stat de drept garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritate fizică și psihică. În țara noastră, acest drept este expres stipulat în Constituția Republicii Moldova (art. 24) [1]. Nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante.

În acest scop, îngrijirile medicale au o importanță primordială; deci sănătatea deținuților trebuie să fie prioritară în închisoare. Nivelul îngrijirii sănătății într-o închisoare trebuie să fie cel puțin echivalent cu cel din societate. Asistența medico-sanitară este reglementată de art. 249 din Codul de executare al RM [2] și de art. 501-518, secțiunea 41 din Statutul executării pedepsei de către condamnați nr. 583 din 26 mai 2006 [3].

Astfel, în locurile de detenție pentru condamnați sînt organizate instituții curativ-profilactice necesare, iar pentru tratarea și întreținerea persoanelor care suferă de boli contagioase penitenciare asistența curativ-profilactică și sanitar-epidemiologică se organizează și se acordă în conformitate cu legislația ocrotirii sănătății. Administrația penitenciarului este obligată să îndeplinească cerințele sanitar-igienice și antiepidemice, să asigure ocrotirea sănătății condamnatului care, la rîndul său, este obligat să respecte regulile de igienă personală și generală de sanitarie.

Rezultate obținute și discuții. Organizarea serviciilor medicale se referă la asigurarea asistenței primare (de medicină generală), a celei de specialitate, inclusiv stomatologice și psihiatrice și a asistenței spitalicești.

Practica europeană actualmente cunoaște trei modele de organizare a serviciilor medicale în penitenciare:

a) responsabilitatea pentru organizarea și finanțarea serviciilor medicale, precum și personalul medical aparțin administrației penitenciare;

b) responsabilitatea pentru organizarea și finanțarea serviciilor medicale, precum și personalul medical aparțin Ministerului Sănătății și organelor sale teritoriale;

c) modelul mixt între primele două.

• Prima variantă este comună în țările Europei Centrale și de Est și în țările fostei URSS. Problemele pe care le ridică acest sistem sînt legate de costurile mari pe care le suportă administrația penitenciară și de insuficiența personalului.

• A doua variantă cîștigă teren în țările occidentale. Deocamdată, singura țară în care Ministerul Sănătății răspunde în totalitate de coordonarea, finanțarea și asigurarea asistenței medicale din penitenciare este Norvegia, în celelalte țări există diverse forme de asigurare a asis-



tenței medicale penitenciare integrate sistemului public.

• A treia variantă presupune răspunderea administrației penitenciare pentru organizarea și finanțarea serviciilor medicale. Asistenții și personalul auxiliar [5] fac parte din personalul penitenciar. Medicii, inclusiv unii specialiști, privați sau din sistemul public, vin în penitenciare și acordă servicii medicale potrivit unui program, cu normă întreagă sau parțială, fixat de director. Directorul răspunde de amenajarea, dotarea și asigurarea personalului, potrivit nevoilor deținuților din penitenciar și standardelor general valabile, stabilite de administrația centrală.

Această ultimă variantă prezintă avantajul reducerii cheltuielilor, mai ales că Europa Occidentală are penitenciare mai mici, unde prezența medicilor cu normă întreagă nu se justifică. Cel mai mare avantaj al acestei variante este scoaterea personalului medical de sub administrația penitenciară, cu urmări evidente privind creșterea calității profesionale a medicilor și evitarea izolării și marginalizării acestora de către colegi [6].

Condamnații primiți în instituțiile penitenciare sînt supuși supravegherii și examenului medical, în scopul aplicării terapiei raționale și determinării capacității lor de muncă. Rezultatele examenului, care conțin date privind starea lor psihică și somatică, se înregistrează în fișa de consultație. Deținuții care suferă de boli sau deficiențe psihice se iau la evidență și se tratează în instituțiile curative specializate, sub supravegherea strictă a medicilor.

Există unele particularități în condițiile de detenție a condamnaților bolnavi de tuberculoză de gradele I și II în instituțiile curative penitenciare. Regimul intern în aceste instituții curative include, pe lângă măsurile educative, de culturalizare, și proceduri de tratament. Controlul prezenței condamnaților se efectuează de 2 ori pe zi. În lipsa medicamentelor necesare, ele pot fi recepționate de la rude, cu permisiunea și sub controlul serviciului medical al instituției.

Condamnații care violează grav și sistematic disciplina sînt externați din instituția curativă și transferați la locul de deținere numai în cazurile în care aceste acțiuni nu sînt susceptibile să periclitze viața și sănătatea bolnavului sau ale celorla ce îl înconjoară. În conformitate cu art. 251 al. (5) din Codul de execu-

re, față de condamnații la privațiune de libertate și afectați de alcoolism, narcomanie, toxicomanie, tuberculoză activă, boli venerice, SIDA, instituțiile penitenciare aplică măsuri medicale coercitive, inclusiv tratamentul forțat, stabilit în sentința judecătii [4].

Deținuții care sînt infectați cu HIV, bolnavii de SIDA, tuberculoză, boli venerice, hepatită sau de alte boli transmissibile sînt considerați adesea un pericol pentru ceilalți deținuți sau pentru personal. Prin urmare, prima soluție care se recomandă în asemenea situații este de a informa deținuții și personalul despre aceste boli, despre riscul real de infecție și cum pot fi evitate. O altă măsură necesară poate fi deținerea separată a acestor deținuți.

Un doctor de închisoare acționează precum un doctor personal al unui pacient. Astfel, doctorului nu trebuie să i se ceară să certifice că unui deținut trebuie să i se aplice o pedeapsă. Cu atât mai mult el nu trebuie să facă cercetarea sau examinările corporale cerute de către o autoritate, cu excepția urgențelor la care nu poate veni alt doctor. Trebuie, de asemenea, notat că libertatea profesională a medicului de închisoare este limitată de închisoarea în sine: el nu-și poate alege liber pacienții, iar deținuții nu au decît o singură opțiune medicală la dispoziție. Chiar dacă pacientul nu ține cont de regulile medicale și recurge la amenințări sau violență, doctorul trebuie să-și îndeplinească datoria lui profesională.

Medicii din închisori trebuie să fie deplin calificați, pentru a face față problemelor medicale specifice ale pacienților lor: forme specifice de patologie – violență și depresie, tulburări de personalitate, autoagresioni și ingestie de corpuri străine; boli cu transmitere sexuală, tuberculoză, HIV/SIDA, parazitoze și alte boli infecțioase; simulări și chiar stadii terminale ale unor boli grave, și toate acestea la minori, tineri și adulți, femei și bărbați.

Asigurarea cu personal medical este un criteriu important pentru accesul deținuților la servicii medicale. În condițiile indicatorilor privind procentul de personal medical din totalul personalului, personal de supraveghere și rata personalului medical la 1000 de deținuți, scăzut în multe țări, este clar că deținuților fie nu li se asigură servicii medicale suficiente, fie acestea sînt calitativ necorespunzătoare.

Declarația Consiliului Internațional al Asistenților (Singapore, 1975) stabilește că rolul asistenților medicali este „de a întreține sănătatea, de a preveni îmbolnăvirile, de a reface sănătatea și de a alina suferințele bolnavilor” [7]. Sarcinile profesionale ale asistenților sînt în principal legate de asistare a medicului în demersurile sale de diagnostic și terapeutice și uneori chiar de a-1 înlocui. Prin urmare, activitatea lor trebuie să fie guvernată de aceleași norme etice privind consimțămîntul și confidențialitatea.

Asistenții fac parte din personalul de penitenciare și se subordonează directorului. Din acest motiv, independența lor profesională pare a nu fi deplină. Totodată, activitatea lor trebuie condusă și coordonată de medicul închisorii. Statutul lor este și mai delicat în situația în care în penitenciar nu activează nici un medic. Asistenții trebuie instruiți periodic, cu scopul de a recunoaște bolile și de a interveni, în limita competențelor lor profesionale. De asemenea, ei pot fi de mare ajutor medicului din penitenciar în prevenirea și stăpînirea bolilor infecțioase.

Numărul insuficient de asistenți medicali impune angajarea sau folosirea personalului auxiliar, adeseori recrutat chiar din rîndul personalului de supraveghere. Acest personal trebuie instruit să acorde primul ajutor, să nu-și depășească rolul și, mai ales, să nu acorde îngrijiri care să dăuneze. Cunoștințele acestui personal trebuie verificate și împrăpătate mereu, după modelul protocoalelor terapeutice, care trebuie respectate pas cu pas și să nu fie depășite.

E necesar ca cel puțin o parte din personalul de supraveghere să fie instruit să depisteze toate situațiile care ar trebui semnalate personalului medical, să recunoască manifestările de depresie, de uz și abuz de substanțe psihoactive și să le raporteze personalului medical calificat. Deținuții nu ar trebui folosiți la acordarea îngrijirilor medicale, pentru a evita accesul lor la medicamente și la informații medicale confidențiale, precum și pentru a evita contaminarea lor accidentală.

Cel mai important rol al medicului este acela de a fi medicul pacientului său. Acest rol înseamnă că medicul își examinează și tratează pacientul deținut ori de cîte ori acesta are nevoie sau crede el, medicul, că este necesar și că toată activitatea sa are ca scop apărarea sănătății deținutului.



Medicul are datoria să inspecteze cu regularitate așezămîntul penitenciar, să verifice și să sfătuiască directorul cu privire la cantitatea, calitatea, prepararea și distribuirea alimentelor, igiena și curățenia așezămîntului și a deținuților, starea instalațiilor sanitare, de încălzire și iluminare. Important este că directorul este obligat să țină seama de recomandările medicului, iar în caz că nu este de acord cu propunerile acestuia, să trimită raportul, împreună cu justificările neaplicării măsurilor, la autoritatea superioară.

Medicul este obligat să supravegheze respectarea prevederilor privind mișcarea și exercițiile în aer liber ale deținuților. De asemenea, trebuie să avizeze scoaterea la muncă a deținuților, prin stabilirea aptitudinii pentru muncă, în funcție de prezența sau absența unor afecțiuni, precum și de natura sau gravitatea acestora. Aptitudinea pentru muncă trebuie corelată cu cea pentru activități sportive sau exerciții în aer liber.

Deținuții trebuie să fie informați asupra problemelor lor de sănătate și să aleagă, pe cît posibil, activități fizice și o muncă adecvată capacității lor de efort, precum și asupra riscurilor la care se expun, în cazul nerespectării recomandărilor medicale. Ei au dreptul să solicite, în continuare, să muncească sau să facă sport, dar numai cu condiția să declare, sub semnătură, că au fost informați despre riscurile la care se expun.

Medicul trebuie să se deplaseze periodic la locurile în care muncesc deținuții și să verifice condițiile igienice, precum și respectarea normelor de protecție a muncii, valabile în stat. Este de datoria medicului să protejeze fiecare deținut în parte, precum și colectivitatea în ansamblu, de boli cronice și de boli infecțioase. Pentru atingerea acestui scop, trebuie promovate programe de educație pentru sănătate, generale și specifice sistemului penitenciar, eventual unui așezămînt anume. Programele de educație pentru sănătate trebuie să se adreseze atît deținuților, cît și personalului, dar mai ales grupurilor vulnerabile și să fie desfășurate într-o manieră accesibilă.

Este important ca informațiile furnizate să încurajeze dezvoltarea unor stiluri de viață sănătoase, utile atît în timpul pedepsei, cît și după liberare. În cazul programelor care se adresează bolilor infecțioase, este necesar ca atît personalul, cît și deținuții să fie informați asupra rolului depistării active și

al respectării normelor igienice anti-epidemice.

Aceeași procedură este obligatorie la producerea unei violențe în închisoare sau la readmitere, după ce poliția a ridicat deținutul pentru cercetări. Orice incident, bătaie sau pedeapsă fizică petrecute între deținuți, sau între personal și deținuți, trebuie anunțate de îndată personalului medical. Acesta este obligat să examineze imediat pe toți cei care au participat și să consemneze rezultatele în fișele medicale personale ale acestora. Este de preferat ca examinarea să fie făcută de un medic independent și trebuie permisă și o a doua părere.

Există situații cu totul speciale, care permit medicului raportarea unui eveniment, fără obținerea consimțămîntului celui care a suferit vătămarea, dacă el consideră că aceasta reprezintă un adevărat pericol pentru deținutul în cauză și pentru ceilalți. Deținuții care se simt amenințați sau care au suferit acte de violență, inclusiv de natură sexuală, din partea celorlalți deținuți sau a personalului vor beneficia de protecție deplină din partea personalului de supraveghere.

Izolarea de familie și societate, lipsa de perspectivă și încredere în viitor pot conduce la suicid sau la acte de parasuicid (automutilare, autoagresiune, ingestie de corpuri străine). Prevenirea suicidului presupune existența unor proceduri funcționale de depistare și tratament. Pentru depistarea timpurie a celor cu risc crescut pentru suicid, toate persoanele nou depuse ar trebui examinate de un medic-psihiatru sau de un generalist care are cunoștințe în psihiatrie. Personalul de supraveghere poate fi de mare ajutor, dacă este instruit să recunoască manifestările celor cu risc. Este important de știut că perioadele situate imediat după depunere, înainte și după proces, precum și cea de dinainte de liberare sînt cele în care riscul de suicid este cel mai mare.

Practic, în cadrul evaluării multidisciplinare inițiale, din perioada de după depunere, și al reevaluărilor ulterioare, ar trebui să existe și o procedură pentru evaluarea riscului suicidar. Majoritatea programelor terapeutice și a celor de prevenire a suicidului se caracterizează printr-o abordare pluridisciplinară: medic, psiholog, sociolog, personal de supraveghere. În funcție de gradul de risc constat, deținuții trebuie incluși în programe terapeutice specifice.

Echipa terapeutică este compusă, practic, din toate persoanele care intră în contact cu deținutul și nu doar din cei implicați în tratamentul strict medical al cazului. Deținuții predispuși suicidului trebuie supravegheați îndeaproape. Ei nu trebuie izolați, întrucît izolarea accentuează depresia. Fișele de evaluare a riscului pentru suicid trebuie să însoțească deținutul la transfer, pentru ca și penitenciarul care primește deținutul să fie avertizat.

Cel mai important aspect al formării profesionale a personalului de supraveghere este conștientizarea de către aceștia a faptului că nicio abordare terapeutică nu poate avea succes, dacă nu se asigură un comportament adecvat din partea tuturor celor care intră în contact cu deținutul respectiv [8].

Medicul din penitenciar trebuie să lupte pentru prelungirea programelor terapeutice din închisoare în afara zidurilor acesteia. Și o poate face cu succes, mai ales în cazul deținuților cu nevoi speciale, pentru că și persoanele aflate în condiții similare, dar în afara închisorii, sînt, de cele mai multe ori, excluse și marginalizate. Cheia succesului în aceste condiții este să se adreseze organizațiilor și asociațiilor terapeutice care au ca obiect de activitate apărarea intereselor handicapaților, toxicomanilor, alcoolizilor, pentru ca acestea să preia o parte din activitățile programelor terapeutice pentru deținuți. În acest fel, este mai ușor ca deținuții să se adreseze organizațiilor respective și după liberare.

Puține programe terapeutice ce se adresează deținuților sînt strict medicale. De cele mai multe ori, doar tratamentul medical nu rezolvă problema. Așa cum în determinismul multor afecțiuni se întîlnesc factori complecși biologici, psihologici și sociali, așa și abordarea terapeutică a acestora trebuie să fie pluridisciplinară. Totodată, este important angajamentul societății în recuperarea deținuților. Gunoscîndu-i problemele și încercînd să „le repare”, comunitatea îl va primi pe deținut mai bine după liberare și va încerca să-l ajute.

Unul din marile dezavantaje ale lipsei de transparență privind viața din închisoare este că societatea cunoaște doar faptele antisociale care au dus la pedepsirea deținuților și, eventual, evenimentele negative din timpul ispășirii pedepsei. Nu este de mirare că în aceste condiții societatea privește programele



terapeutice ce se adresează deținuților ca fiind discriminare pozitivă.

Orice sancțiune disciplinară din cadrul penitenciarului trebuie administrată de către personalul de supraveghere. Relația de încredere medic – pacient este grav afectată de participarea medicului la procedurile disciplinare, fie în instrumentarea constatării abaterii, fie în administrarea pedepsei. Acesta este cel mai puternic argument în favoarea includerii normelor de igienă și sănătate în regulamentul de ordine interioară, la a cărui respectare veghează personalul de supraveghere, în toate etapele procedurii disciplinare: constatare, abatere, propunere și administrare a sancțiunii.

Certificarea de către medic sau alt personal medical, precum și participarea acestuia la certificarea aptitudinii unui deținut, din punct de vedere al stării de sănătate, pentru aplicarea unei pedepse la regim restrictiv, la izolare sau la reducerea hranei, contravin normelor de etică și deontologie medicală. Justificarea acestei poziții rezidă în aceea că un medic nu poate autoriza o formă de regim sau o pedeapsă care ar putea avea efecte negative asupra stării de sănătate fizică sau psihică a pacientului său, fie el și deținut. De asemenea, nu este etic ca medicul să se implice în autorizarea sau folosirea forței împotriva deținuților.

Atât Ansamblul de Reguli Minime al Națiunilor Unite, cât și Regulile Europene pentru Penitenciare [9] stabilesc că mijloacele de constrângere fizică pot fi aplicate exclusiv în următoarele situații:

- pe perioada transportului, pentru a preveni evadările;
- din motive medicale și la indicația medicului;
- la ordinul directorului, dacă celelalte mijloace de a stăpîni un deținut au eșuat;
- pentru a preveni autoagresiunile, precum și eventualele pagube.

Dar medicul, ca și în cazul altor proceduri disciplinare, nu poate fi implicat în procedurile vizînd aplicarea mijloacelor de constrângere fizică, dacă ele sînt declanșate din alte motive decît cele medicale.

Regula 33 c) din Ansamblul de Reguli Minime pentru Tratatamentul Deținuților, precum și Regula 39 c) din Regulile Europene pentru Penitenciare [10] sînt depășite din punct de vedere etic prin implicarea medicului în decizia de a se aplica unui deținut mijloace de constrîn-

gere, din alte motive decît cele medicale. Aceste reguli sînt acceptabile doar dacă pot fi interpretate în sensul consultării medicului, pentru ca el să decidă dacă există motive medicale care să justifice aplicarea mijloacelor de constrîngere.

În orice caz, potrivit celor 10 Principii de bază ale Legii de Sănătate Mintală, elaborate de Organizația Mondială a Sănătății în 1994, procedura trebuie să prevadă reevaluarea periodică a necesității menținerii lor (de exemplu, din 30 în 30 de minute) [11].

În toate documentele sale, Comitetul pentru Prevenirea Torturii subliniază că deținutul trimis la un spital public pentru tratament nu trebuie legat fizic de pat sau de alte obiecte de mobilier și recomandă găsirea altor soluții de securitate. Una dintre soluțiile propuse este crearea unor secții, unități speciale pentru deținuți în spitalele publice și amenajarea corespunzătoare a acestora.

Potrivit Declarației Asociației Internaționale a Medicilor privind percheziția deținuților (1993), participarea medicului la orice formă de percheziție este neconformă cu principiile de etică medicală [12]. Medicul poate efectua un examen intim numai atunci cînd există un motiv de natură medicală.

Un deținut aflat în greva foamei are dreptul să decidă asupra propriei sănătăți, iar medicul trebuie să-i respecte autonomia. Medicul este obligat să încerce să convingă deținutul să renunțe, prezentîndu-i efectele negative ale deciziei luate asupra propriei sănătăți și posibila evoluție a acesteia, în cazul menținerii hotărîrii. Dacă acest demers nu reușește, atunci medicul trebuie să-i ceară deținutului permisiunea de a-l examina și de a-i administra un eventual tratament. Dacă refuzul de alimente este manifestarea unei tulburări psihice, deținutul va primi îngrijiri psihiatrice, într-o unitate adecvată.

O situație mai delicată pentru medic este aceea cînd refuzul de hrană este protestatar, deținutul imaginîndu-și că prin această formă extremă de protest îi va fi satisfăcută revendicarea, care, de cele mai multe ori, este de natură juridică. În această situație, se pot exercita presiuni asupra medicului, pentru a interveni împotriva voinței deținutului, așa cum a fost practica internațională pînă în anul 1975, cînd a apărut Declarația de la Tokio a Asociației Internaționale a Medicilor privind greva foamei, reiterată

în Declarația din Malta, din 1992 [13]. Intervenția medicului împotriva voinței deținutului va putea avea loc doar cînd dezechilibrele metabolice vor fi atît de importante, încît deținutul va avea discernămintul abolit și nu-și va putea exprima consimțămîntul sau refuzul.

Potrivit Recomandării Consiliului Europei R (98) 7 [14] privind aspectele etice și organizaționale ale practicii medicale penitenciare, nu este etic ca medicul să examineze deținutul și nici să facă un raport medical la solicitarea directorului, a unei alte autorități, de pildă procuror, sau chiar a apărătorului său legal, cu excepția situației în care există o solicitare scrisă a deținutului în acest sens sau a instanței de judecată.

Medicul din penitenciar nu trebuie să desfășoare activități care sînt de competența unui medic-legist, nici chiar dacă îi sînt cerute de către deținut și, cu atît mai puțin, dacă persoana în cauză este reținută sau arestată preventiv. Implicarea medicului din penitenciar, în calitate de „expert”, în procesul judiciar este în contradicție cu statutul său de medic al deținutului.

Cercetarea medicală nu poate fi efectuată decît dacă deținutul a consimțit în scris. Înainte de a i se cere acordul, deținutul trebuie să fie informat asupra naturii, scopului și riscurilor cercetării respective, precum și asupra faptului că își poate retrage consimțămîntul oricînd pe parcursul cercetării. Declarația Asociației Internaționale a Medicilor (Helsinki, 1975) este limitativă în privința riscurilor la care poate fi expusă persoana supusă cercetării: „Riscul asumat de subiect trebuie să fie proporțional cu importanța obiectivului, pentru ca cercetarea să poată fi justificată” [15].

Deținuții, prin statutul lor legal, pot fi mai ușor manipulați decît o persoană liberă. Ca să evite orice situație de acest gen, Codul de Principii Etice pentru Protecția Persoanelor Arestate sau Deținute împotriva Torturii sau altor Tratamente Crude, Inumane sau Degradante – adoptat de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite în 1982 – este mai restrictiv. Astfel, Principiul 22 interzice cercetările medicale care dăunează sănătății deținutului, chiar dacă acesta și-a dat consimțămîntul. Înainte de a obține consimțămîntul subiectului, cercetătorul trebuie să se asigure că acesta se află în deplină capacitate fizică, psihică și legală de a lua o astfel de hotărîre. Tot-



odată, cercetătorul este obligat să respecte dreptul subiectului de a-și apăra integritatea fizică, mai ales dacă acesta este dependent de cercetător. [16] Avînd în vedere problemele de interpretare juridică a celor două prevederi anterioare, în cazul în care subiectul cercetării este deținutul, Comitetul pentru Prevenirea Torturii recomandă, în cel de-al 3-lea Raport General, ca cercetarea deținuturilor să fie avizată de un comitet de etică independent [17].

Informațiile cu caracter personal, obținute despre subiect în timpul cercetării, se supun principiului general al confidențialității asupra datelor medicale. Principiul 34 – din Ansamblul de Principii pentru Protecția tuturor Persoanelor supuse unei forme oarecare de detenție sau încarcerare – prevede efectuarea unei anchete judiciare în cazul decesului unui deținut. Ancheta judiciară este ordonată din oficiu sau la cererea unui membru de familie, apărător etc. Potrivit aceluiași principiu, raportul asupra anchetei judiciare ar trebui pus la dispoziția celor interesați, cu excepția situației în care acest lucru ar compromite o instrucție criminalistică, aflată în curs de desfășurare [18].

În România, decesul unui deținut este considerat moarte suspectă. Directorul așezămîntului penitenciar este obligat să anunțe decesul deținutului atît procurorului care supraveghează executarea pedepselor, cît și autorității administrative superioare. Medicul așezămîntului penitenciar este obligat să întocmească dosarul deținutului decedat. Dosarul cuprinde certificatul constatator al morții, copii după documentele medicale ale deținutului decedat (fișa medicală, foaia de observație clinică, dacă este cazul etc.), precum și un raport asupra producerii decesului. Dosarul se înaintează autorității administrative superioare.

Ca în orice moarte suspectă, și în cazul decesului unui deținut este obligatorie efectuarea necropsiei medico-legale. Certificatul constatator al morții este eliberat de medicul-legist care efectuează necropsia. Ulterior, în termen de 60 de zile de la producerea decesului, este elaborat raportul medico-legal care, prin coroborarea rezultatelor examenelor de microscopie, efectuate cu prilejul necropsiei, cu examenele histopatologice din

tesuturile prelevate, precum și a celor toxicologice va stabili diagnosticul cauzelor de deces și mecanismul de producere a acestuia. Pe baza acestui raport medico-legal și a dosarului de deces, o comisie formată din medici-specialiști analizează cauzele care au produs decesul deținutului, precum și modalitatea în care i-a fost acordată asistența medicală. La nevoie, o comisie de specialiști din Direcția Generală a Penitenciarelor se deplasează la penitenciar, pentru a verifica împrejurările în care s-a produs decesul deținutului.

Concluzii. Dincolo de aceste aspecte, găsim o serie de elemente profunde, a căror importanță pentru „penitenciarul sănătos” este evidentă. Avem în vedere, în primul rînd, amenajarea mediului de viață, astfel încît să asigure maximum de protecție fiecărui deținut și fiecărui membru al personalului. Acest lucru este condiționat de echilibrul dintre siguranță, control și spiritul de dreptate vizibil pentru întreaga populație carcerală. Aceluiași scop îi servește și existența unor raporturi destinate între personal și deținuți, ca urmare a valorii morale recunoscute a personalului, a condițiilor decente de trai și a faptului că sînt încurajate legăturile cu familia și comunitatea. Și nu în ultimul rînd, penitenciarul sănătos este cel în care deținuții sînt incluși, pe toată durata pedepsei, în programe educative și terapeutice care să le amelioreze spiritual și să prevină recidiva.

Doar atunci cînd managerii vor duce o politică deschisă spre valorizarea activității personalului și îmbunătățirea condițiilor lor de muncă, doar atunci cînd ambianța în care trăiesc deținuții va fi cea mai bună posibilă în condițiile existente, atunci vor fi create premisele pentru penitenciarul sănătos.

Consider un penitenciar sănătos din punct de vedere instituțional atunci cînd organizarea sa corespunde funcțiilor constitutive, iar rolurile și normele sînt adecvate acestora; cînd există un consens al personalului asupra obiectivelor și mijloacelor stabilite formal; cînd distribuția puterii nu creează tensiuni; cînd există mecanisme adecvate de rezolvare a conflictelor interne și cînd climatul psihologic este fondat pe împărtășirea valorilor organizatorice și pe respectul reciproc. Desigur, factorii culturali pot aduce nuanțe specifice unui penitenciar.

Referințe bibliografice

1. *Constituția Republicii Moldova*, art. 24.
2. *Codul de executare al RM*, nr. 443-XV din 24.12.2004, art. 249.
3. *Statutul executării pedepsei de către condamnați*, nr. 583 din 26 mai 2006, art. 501-518, secțiunea 41.
4. *Codul de executare al RM*, nr. 443-XV din 24.12.2004, art. 251, alin. (5).
5. Bălan A., Stănișor E., Mincă M. *Penologie*. București, 2003, p. 165-166.
6. *Declarația Consiliului Internațional al Asistenților* (Singapore, 1975), în a 36-a Adunare Internațională a Medicilor.
7. *Declarația Consiliului Internațional al Asistenților* (Singapore, 1975).
8. Bălan A., Stănișor E., Mincă M. *Penologie*. București, 2003, p. 170.
9. *Ansamblul de Reguli Minime al Națiunilor Unite*. Rezoluție adoptată la 30 august 1955, art. 33.
10. *Regulile Europene pentru Penitenciare*, adoptate la 12 februarie 1987. Regula 39.
11. *Proiectul Legii de Sănătate mintală* din 1997, cele 10 principii.
12. *Declarația Asociației Internaționale a Medicilor*, 1993.
13. *Declarația de la Tokio a Asociației Internaționale a Medicilor*, din 1975, adoptată de a 29-a Adunare a Medicilor.
14. *Recomandarea adoptată de Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei*, 8 aprilie 1998, nr. R(98)7.
15. *Declarația Asociației Internaționale a Medicilor*, de la Helsinki, adoptată în iulie 1975.
16. *Codul de Principii Etice pentru Protecția Persoanelor Arestate sau Deținute împotriva Torturii sau altor Tratamente Crude, Inumane sau Degradante* 1982.
17. Comitetul European pentru Prevenirea Torturii, cel de-al 3 Raport General [CPT/Inf(93)12].
18. *Ansamblul de Principii pentru Protejarea Tuturor Persoanelor Supuse unei Forme Oarecare de Detenție sau Încarcerare*, a 76-a sesiune plenară, 9 decembrie 1988.