

CONSIDERAȚII ETICE PRIVIND ASISTENȚA MEDICALĂ ÎN CENTRELE DE REȚINERE ȘI AREST PREVENTIV

Dr. Daniel PETRESCU, drd. șt. med.

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”

CONTEXT

Varietatea și calitatea serviciilor medicale care pot fi furnizate în cadrul unui sistem social de sănătate sunt determinate de resursele umane, materiale și financiare disponibile; un rol important îl are managementul unităților sanitare furnizoare de servicii - indiferent de tipul acestora. În mod firesc, satisfacția pacienților este influențată atât de formarea corespunzătoare a resurselor umane, cât și de cultura organizațională [1], iar unitățile sanitare performante atrag numărul cel mai mare de pacienți.

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate trebuie să garanteze calitatea serviciilor pentru toți beneficiarii asistenței medicale. În cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate există subsisteme finanțate și administrate similar, care au însă performanțe diferite. Astfel, printre unitățile sanitare de prestigiu care furnizează servicii medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate se numără centrele de excelență. La polul opus se situează unitățile care furnizează servicii medicale pentru populația carcerală [2]; acestea furnizează preponderent servicii din domeniul asistenței primare, oferind însă și acces la serviciile medicale specializate [3].

SCOPUL acestei abordări științifice este de a identifica și ilustra discrepanțele existente între acest subsistem și sistemul public în ansamblu analizând exemplul asistenței medicale pentru persoanele private de libertate în centrele de reținere și arest preventiv, denumite în continuare *centre*. Totodată, vom avansa o soluție de îmbunătățire a asistenței medicale acordate acestei categorii de pacienți [4], care însă nu provine din domeniul activității medicale.

REZULTATE

Particularități privind furnizarea îngrijirilor medicale de tip penitenciar, în România.

Prin sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt furnizate serviciile incluse în pachetul de bază sau în cel minimal - pentru persoanele neasigurate. Anterior încarcerării numeroase persoane introduse în *centre* nu au statutul de asigurat al sistemului public de asigurări de sănătate, în unele cazuri neavând nici medic de familie; persoanele introduse în *centrele* din subordinea Poliției Române sunt luate de îndată în evidența medicului de familie, devenind asigurați ai CASAOPSNAJ din data încarcerării și beneficiind astfel de asistență medicală în aceleași condiții precum personalul din cadrul MAI. Astfel, pacienții din *centre* beneficiază de asistență medicală în condiții

CONTEXT: Este nevoie de îmbunătățirea unor aspecte etice și, de asemenea, furnizării serviciilor medicale. Din cauza lipsei de resurse, ar trebui luate în considerare abordări alternative.

METODE: Principiul menționat mai sus este ilustrat prin utilizarea unui exemplu de strategie menită să îmbunătățească furnizarea de îngrijiri medicale în centrul de detenție.

REZULTATE: Argumentele pro și contra sunt analizate și se evidențiază beneficiile care ies în evidență.

CONCLUZII: Pentru a fi benefică, brainstormingul pentru soluții de îmbunătățire a furnizării de servicii medicale ar trebui să fie efectuat în grupuri extinse de factori de decizie și, cel mai important, ar trebui să urmărească, mai întâi, îmbunătățirea aspectelor etice în furnizarea de servicii medicale.

Cuvinte cheie: medicină comunitară; unități de corecție; personalul instituțiilor de corecție; asistență medicală primară; medicină paliativă; medicină preventivă; Sănătate Publică; accesibilitatea serviciilor de sănătate.

avantajoase: nu sunt nevoiți să achite contribuția personală la achiziționarea medicamentelor recomandate, întrucât aceasta se suportă din fondurile proprii ale MAI. În perioada deținerii în *centru* persoanelor private de libertate le sunt asigurate toate serviciile medicale necesare pentru prevenirea, diagnosticul și tratamentul afecțiunilor cronice și al episoadelor acute de boală, precum și serviciul de management de caz în situațiile medicale deosebite - adicții sau alte afecțiuni psihiatrice, urgențe epidemiologice, îngrijiri paliative [5]. În virtutea unor protocoale încheiate cu unitățile sanitare teritoriale persoanele private de libertate în *centre* beneficiază de prioritate în cazul programării la servicii medicale - chiar dacă nu poate fi facilitat accesul la tehnologiile medicale avansate [6]. Primirea în unitățile sanitare a persoanelor din *centre* creează deseori întârzieri în activitatea furnizorilor de servicii medicale; totodată, numeroși pacienți acuză disconfortul generat de proximitatea persoanelor încătușate și a escortei de poliție. Numărul insuficient al polițiștilor alocați escortării persoanelor din *centre* și obligația respectării normelor privind asigurarea confidențialității datelor personale ale persoanei private de libertate sunt factori care întrețin o permanentă stare de anxietate în rândul lucrătorilor din *centre*, cu consecințe negative asupra stării de sănătate individuale.

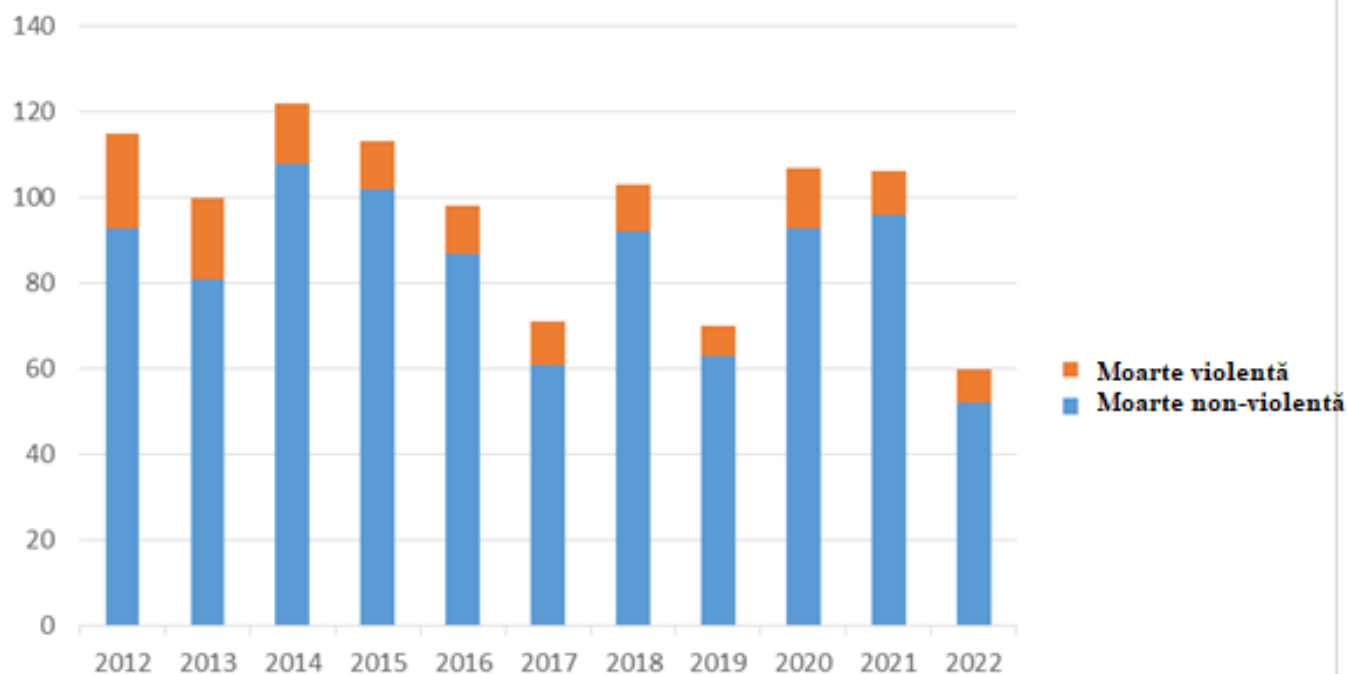
În pofida beneficiilor menționate, numeroase persoane private de libertate și-au manifestat nemulțumirea față de modalitatea asigurării asistenței medicale în *centre*; puncte de vedere critice au fost exprimate însă și de către alte categorii de asigurați ai sistemului public, de prestatorii de servicii medicale, precum și de lucrătorii din escorta poliției. Astfel, pacienții din *centre* acuză faptul că nu pot să-și aleagă furnizorul de servicii medicale - așa cum le-ar da dreptul legislația din domeniul sănătății -, însă această situație este consecința măsurilor dispuse de organele judiciare și nu trebuie interpretată ca o limitare a dreptului la asistență medicală; de cealaltă parte, unul dintre motivele de nemulțumire îl reprezintă percepția de inechitate în privința accesului la servicii medicale.



Tabelul 1 - Numărul anual de decese în sistemul penitenciar

An	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Numărul de persoane închise	45989	49299	47260	43907	40797	38727	34112	32829	31621	33064	28927
Numărul de decese de orice cauză	115	100	122	113	98	91	103	70	107	106	60
Numărul anual de decese din cauze violente											
Spânzurare	22	18	11	10	10	8	10	6	12	10	7
Abuz de substanțe	0	1	2	0	1	1	1	1	2	0	0
Autoagresiune	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1
Total	22	19	14	11	11	10	11	7	14	10	8

Grafic 1 - Numărul anual de decese în sistemul penitenciar



În urma dobândirii statutului european țara noastră și-a asumat obligația respectării consecvente a drepturilor persoanelor private de libertate; pentru reglementarea modului de acordare a asistenței medicale pentru persoanele din *centre* au fost emise numeroase acte normative, însă nemulțumirile persistă. Cea mai facilă explicație ar putea lega neplăcerile existente de starea generală a economiei, iar datele de sănătate publică ar putea susține acest punct de vedere. Totuși, niciun indicator nu se referă la perioada de timp pe care o persoană privată de libertate o petrece în *centre*: în prezent, în cazul cercetării penale, limita prevăzută de legislația națională este de maximum 180 de zile. Astfel, întrucât nu se poate anticipa o creștere pe termen scurt a resurselor financiare disponibile în sistem, recomandăm luarea în considerație a reducerii duratei medii de încarcerare în *centre* [7]. În favoarea acestei propuneri argumentăm cu faptul că sistemul penitenciar se dovedește mai sigur pentru custodia persoanelor private de libertate decât *centrele* (v. Tabelul 1 și Graficul 1 Numărul

anual de decese în mediul penitenciar; sursa: Administrația Națională a Penitenciarelor). Astfel, persoana arestată la domiciliu ori aflată sub control judiciar ar putea beneficia de alegerea furnizorului de servicii medicale, iar în cazul în care aceasta ar rămâne încarcerată ar beneficia de continuitatea asistenței oferite de același furnizor de servicii medicale. Totodată, propunerea ar aduce beneficii și în ceea ce privește modul de organizare, funcționare și administrare a sistemului penitenciar, Astfel, întrucât sistemul penitenciar dispune de unități spitalicești proprii, s-ar reduce numărul de polițiști însărcinați cu escorta și supravegherea persoanelor încarcerate pe perioada internării [8].

DISCUȚII ȘI CONCLUZII

Deși se raportează la cadrul general de executare a măsurilor privative de libertate, soluția propusă vizează optimizarea supravegherii medicale pentru persoanele aflate sub incidența măsurilor respective. Această

abordare va necesita cu siguranță investiții pentru implementarea infrastructurii logistice necesare monitorizării persoanelor urmărite penal, precum și pentru creșterea capacității de deținere a structurilor penitenciare, însă, prin beneficiile pe care le-ar aduce, ar determina scăderea gradului de insatisfacție în rândul tuturor actorilor implicați și ar contribui la îmbunătățirea imaginii țării în plan internațional.

Toate obiectivele stabilite în domeniul politicilor de sănătate trebuie să urmărească dezideratul asigurării echității sociale în condițiile garantării eticii profesionale, iar atingerea acestora poate solicita uneori aportul mai multor instituții, dintre care unele neimplicate tradițional în măsuri de sănătate publică.

Exemplul prezentat, care a propus o modalitate de îmbunătățire a stării de sănătate a populației prin adoptarea unor măsuri din domeniul conexe (de ordin legislativ și administrativ) poate fi aplicat chiar la o scară mai extinsă; pentru aceasta însă este necesară înscrierea problemelor de sănătate publică pe agenda de lucru a decidenților din mai multe instituții - strategie bazată atât pe urmărirea îmbunătățirii unor indicatori statistici de performanță și eficiență a sistemului, cât și - mai ales - pe respectarea unor principii etice.

Bibliografie

1. Lloyd, JE, Delaney-Thiele, D, Abbott, P, et al. The role of primary health care services to better meet the needs of Aboriginal Australians transitioning from prison to the community. *BMC Fam Pract* **16**, 86 (2015). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0303-0>
2. Solell, P, Smith, K. If we truly cared: understanding barriers to person-centered nursing in correctional facilities. *International Practice Development Journal*. 2019 Nov 1; 9 (2).
3. European Health Committee. The organisation of health care services in prisons in European member states. Strasbourg, Council of Europe, 1998
4. Health promoting prisons: a shared approach. London Department of Health, 2002. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsand_statistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006230
5. Clinical governance audit framework. Edinburgh, Scottish Prison Service, 2005
6. Hayton, P, Boyington, J. Prisons and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:1730–1733.
7. Puglisi, LB, Kroboth, L, Shavit, S. Reentry and the Role of Community-Based Primary Care System. In: Greifinger, R.B. (eds) *Public Health Behind Bars*. Springer, New York, NY. (2022). Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-0716-1807-3_29
8. Karaminia, A, et al. Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners – 1988–2002: a data linkage study. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:310–316.