



Until we are all equal

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România

Situația actuală și traiectorii viitoare

2024

Cuprins

Acronime	3
Rezumat Executiv	4
Introducere	7
Contextul	9
Metodologie	11
Provocările și oportunitățile actuale pentru SRHR în România	14
Situația Sănătății sexuale și reproductive și a drepturilor aferente: Cadrele legislative și lacunele de implementare	14
Asistența medicală	20
Populațiile marginalizate	26
Implementarea și implicarea politicilor guvernamentale	29
Provocările socio-culturale românești	31
Situația monitorizării și raportării datelor privind SRHR în România	34
Concluzie	35
Mulțumiri	36
Bibliografie	37

Acronime

AG	Altamont Group
SIDA	Sindromul imunodeficienței dobândite
AMI	Asociația Moașelor Independente
COVID-19	Boala Coronavirus 2019
OSC	Organizație a societății civile
SIME	Sistem de informații privind managementul educațional
UE	Uniunea Europeană
DGT	Discuție grup tematic
VBG	Violență bazată pe gen
MG	Medic Generalist
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane
HPV	Virusul papiloma uman
DIU	Dispozitiv intrauterin (sterilet)
IIC	Interviu cu informatorul-cheie
LGBTQIA+	Persoane lesbiene, homosexuale, bisexuale, transgen, queer, intersexuale, asexuale și altele
MS	Ministerul Sănătății
ONG	Organizație neguvernamentală
PI	Plan International
SRHR	Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente
ITS	Infecție cu transmitere sexuală
BTS	Boală cu transmitere sexuală
ODS	Obiectiv de Dezvoltare Sustenabil
UNHCR	Oficiului Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului
UNESCO	Organizația Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură
UNFPA	Fondul ONU pentru Populație
OMS	Organizația Mondială a Sănătății

Rezumat Executiv

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente (SRHR) în România a avut numeroase evoluții de la căderea regimului comunist în 1989. În democrația emergentă de la sfârșitul anilor 1990 și începutul anilor 2000, România a înregistrat progrese semnificative în domeniul SRHR, cu diverse entități internaționale influente, cum ar fi agențiile ONU, Fondul Global, USAID, FONUP și Corpul Păcii al SUA, implicate activ în îmbunătățirea accesului la servicii și bunuri de sănătate sexuală și reproductivă. Această finanțare a continuat în mod constant până la scurt timp după ce România a intrat în Uniunea Europeană în 2007, iar țara nu mai era eligibilă pentru asistență pentru dezvoltare externă, iar fondurile UE au fost redirecționate către alte priorități de dezvoltare. În această perioadă, a existat o educație sexuală cuprinzătoare consistentă în școli, acces la servicii de planificare familială și servicii de avort.

Cu toate acestea, în ultimii 10 ani, finanțarea nu numai că a fost mai limitată, dar serviciile care anterior erau accesibile prin finanțare publică au fost reduse, deși drepturile la aceste servicii există încă atât în legislația și reglementările UE, cât și în cele naționale. Implicarea statului român în SRHR a scăzut semnificativ, forțând organizațiile sprijinite de comunitate și organizațiile neguvernamentale să intensifice și să îndeplinească rolurile sociale și politice necesare în îmbunătățirea SRHR pentru populațiile din România. În timp ce cadrele legislative protejează SRHR și accesul la servicii, realitatea relevă lacune structurale în furnizarea acestor servicii. Organizațiile societății civile din România care lucrează în SRHR au urmărit cu mare dificultate această reducere a serviciilor și consecințele aferente, din cauza lipsei de informații disponibile public și a investițiilor în cercetarea SRHR.

Din cauza lipsei de informații disponibile și a necesității de a evidenția lacunele în implementare, cercetarea calitativă privind SRHR a fost contractată către Plan Internațional România în colaborare cu Grupul Altamont. Douăzeci și două de interviuri cu informatori-cheie și grupuri tematice din societatea civilă românească și părți interesate din sectorul public au fost realizate față în față și online în ianuarie 2024. Aceste discuții, împreună cu analiza literaturii de specialitate și consultările cu părțile interesate, au condus la următoarele constatări:

- **Accesul la serviciile și informațiile SRHR a scăzut în România ca urmare a politicilor guvernamentale actuale:** Există cunoștințe și înțelegeri limitate despre SRHR, în special în ceea ce privește avortul.
- **În ciuda faptului că avortul este legal,** mulți medici refuză să-l efectueze în clinicile publice și, de asemenea, nu oferă trimiteri, așa cum sunt obligați prin lege să facă. Uneori, acest lucru este din convingeri religioase autentice, dar există multe exemple de medici care citează motive religioase ca pretext, dar apoi se oferă să efectueze avortul într-o clinică privată contra cost.
- **Lipsa unui plan strategic coerent** pentru prevenirea și eradicarea transmiterii HIV/ SIDA este evidentă prin rata scăzută a testării HIV, lipsa datelor și alocarea bugetară insuficientă la Ministerul Sănătății pentru strategiile de prevenție și tratament.

Educația sexuală cuprinzătoare limitată contribuie la rate ridicate de sarcini la adolescente:

- În prezent, educația sexuală cuprinzătoare acordată tinerilor în școlile publice din România este la nivel foarte scăzut sau deloc, în ciuda realizărilor anterioare în acest domeniu
- Educația inadecvată privind sănătatea sexuală contribuie la rate ridicate de sarcini la adolescente (aproximativ 35-40 de nașteri la 1.000 au fost de la femei cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, ceea ce este de două ori mai mare decât media europeană, UNICEF, 2021) și la o conștientizare limitată a drepturilor reproductive și a opțiunilor contraceptive în rândul tinerilor.
- Tinerii primesc majoritatea informațiilor despre sex de la familii, rețelele sociale, internet și colegi.
- Dezinformarea și miturile despre sex sunt răspândite în cultura tinerilor din România din cauza influenței supradimensionate a rețelelor sociale și a pornografiei disponibile

la prima mână pe internet.

- Părinții sunt reticenți în a le vorbi copiilor despre aspectele de sănătate sexuală și reproductivă.

Există provocări structurale și de societate în sistemul medical românesc care împiedică și mai mult accesul la SRHR: SRHR în România este împiedicat în continuare de atitudini conservatoare, obstacole birocratice și un sistem de sănătate subfinanțat, împiedicând accesul la contracepție și avort, precum și la sănătatea reproductivă holistică, inclusiv îngrijirea prenatală, intranatală și postnatală.

- Constrângerile financiare fac ca accesul la servicii de sănătate reproductivă, inclusiv la avort, să fie prohibitiv de costisitor pentru multe persoane, exacerbând disparitățile socio-economice.
- Stigmatizarea socială în domeniul asistenței medicale afectează accesul femeilor la serviciile de reproducere, medicii de sex masculin lipsiți de înțelegere și penuria de medici femei complică și mai mult îngrijirea, mai ales pentru problemele sensibile.
- Sprijinul prenatal și postpartum necorespunzător și medicalizarea nașterii și lipsa îngrijirilor pentru mamă scot în evidență nevoia de reforme cuprinzătoare pentru îmbunătățirea educației lucrătorilor din domeniul medical și furnizarea de îngrijire centrată pe pacient.

Populațiile marginalizate din România se confruntă cu bariere suplimentare în accesarea serviciilor SRHR:

- Există o discriminare semnificativă în ceea ce privește SRHR o și marginalizare a grupurilor precum refugiați, romi, LGBTQIA+, populațiile din mediul rural și persoanele cu dizabilități.
- Acest lucru este deosebit de relevant pentru asistența medicală, unde accesul la servicii și discriminarea activă în cadrul serviciilor de asistență medicală sunt semnificative.
- Populațiile marginalizate se confruntă și ele cu violență sexuală și violență bazată pe gen la rate ridicate.
- Nu se cunosc multe informații despre persoanele cu dizabilități și discriminarea SRHR, care vorbește per se despre marginalizarea acestui grup de populație.

- În timp de OSC și ONG-urile din România furnizează servicii pentru populațiile marginalizate, multe dintre acestea nu dispun de o planificare specifică. Dacă planificarea este concentrată pentru întreaga populație, poate să nu fie suficientă pentru a combate discriminarea semnificativă și sistematică a grupurilor vulnerabile.

Provocările care evaluează SRHR sunt simptomatice pentru normele de gen din ce în ce mai conservatoare din societatea românească:

- Violența și discriminarea bazate pe gen sunt omniprezente și alimentate de o mentalitate socio-culturală de „blamare a victimei” care are ramificații și în sistemul judiciar.
- Există o discriminare bazat pe gen înrădăcinată, evidențiată de disparitățile socio-economice, normele culturale și barierele sistemice care afectează femeile în mod disproporționat, inclusiv mamele adolescente și comunitățile marginalizate.
- Ratele ridicate ale sarcinilor la adolescente reflectă obstacolele ample la nivel de societate și accesul limitat la serviciile de educație sexuală cuprinzătoare și sănătate reproductivă, perpetuând ciclurile sărăciei.
- Convingerile normative de gen în jurul rolului tradițional al femeilor în societate, mai ales în rândul și față de comunitățile de romi, spre exemplu, joacă un rol în restricționarea autonomiei femeilor și a abilităților acestora de a face alegeri în afara așteptărilor tradiționale.
- Grupurile de militanți și reformele juridice joacă roluri esențiale în contestarea ideologiilor discriminatoare, promovând conștientizarea și militând pentru politici inclusive și mecanisme de sprijin menite să abordeze discriminarea bazată pe gen și să asigure exercitarea drepturilor reproductive pentru toate persoanele din România.
- Organizațiile SRHR descriu că prevalența viziunilor tradiționale pe teme precum contracepția, avortul și rolurile de gen în familie și societate își au sorgintea în influența instituțiilor religioase. Această influență se extinde la o militanță politică, care utilizează finanțarea externă pentru a modela legislația și politicile publice în conformitate cu propriile valori. Aceasta poate fi o provocare, dar și o oportunitate de a colabora cu organizațiile religioase pentru a influența schimbarea.

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România:

Situația actuală și traiectorii viitoare

Recomandări

În lumina provocărilor menționate mai sus, se propun următoarele recomandări, elaborate împreună cu organizațiile societății civile din România, în vederea îmbunătățirii chestiunii de sănătate sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România:

- **Guvernul României să asigure exercitarea deplină a SRHR în acord cu legislația românească și cu standardele europene**, inclusiv în legătură cu asistență medicală adecvată și acces la avort.

- **Să se asigure acces liber la contracepție**, mai ales pentru grupurile marginalizate, cu scopul de a preveni ratele ridicate de sarcini nedorite inclusiv în rândul tinerelor adolescente.

- **Îmbunătățirea îngrijirii respectuoase acordată mamei, inclusiv a îngrijirii pre-, intra- și post-natale**, inclusiv reforme în materie de educație și instruire, cu scopul de a asigura îngrijiri cuprinzătoare, respectuoase și centrate pe pacient

- **Elaborarea de orientări și instruirii acordate lucrătorilor din domeniul medical pe probleme de sănătate sexuală și reproductivă și drepturile aferente**, inclusiv în legătură cu îngrijirea VBG centrată pe supraviețuitor și cu managementul clinic al violului

- **Autoritățile responsabile cu educația din România să implementeze predarea educației sexuale cuprinzătoare (ESC), relațiile respectuoase și prevenirea violenței bazate pe gen** de la vârste timpurii ca elemente standard din cadrul programei școlare. ESC trebuie să fie văzută ca o componentă integrantă a prevenției sarcinilor nedorite, avorturilor și scăderii ratei bolilor cu transmitere sexuală. Cursurile de educație sexuală cuprinzătoare reprezintă o oportunitate și de a oferi adolescenților informații despre cum să se protejeze de riscurile de exploatare și abuz sexual atât online, cât și față în față.

- **Educația sexuală cuprinzătoare trebuie să abordeze și orientarea sexuală și identitatea de gen**, pentru a facilita studenților LGBTQIA+ să afle informații importante despre sănătatea sexuală și despre cum să își păstreze sănătatea, dar și pentru a promova incluziunea și conversațiile respectuoase, precum și egalitatea de gen, identitatea de gen și orientarea sexuală.

- **Inițierea și sprijinirea proiectelor care se axează specific pe populațiile marginalizate.** Este necesară o abordare bazată pe echitate și justiție socială pentru a lucra în mod specific cu grupurile marginalizate, cu scopul de a acoperi inechitățile sistemice

- **Este necesară o strategie de colectare a datelor** pentru a asigura colectarea centralizată, colaționarea, diseminarea, colaborarea și aplicarea datelor referitoare la SRHR în România.

- Guvernul României, furnizorii de servicii SRHR și societatea civilă să conlucreze pentru a **spori diseminarea informațiilor faptice despre SRHR**, cu scopul de a se asigura că publicul român are acces facil la informații bazate pe fapte și informații bazate pe drepturi. Aceasta ar include accesul online gratuit și confidențial online, telefonic, pe rețelele sociale și accesul personal la informațiile SRHR. Să fie disponibile portaluri de informare online care să vizeze atât tinerii, cât și informații pentru părinți cu privire la modul în care să discute cu copiii lor despre sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente.

Introducere

Starea actuală a sănătății sexuale și reproductive și drepturilor aferente (SRHR) în România este una caracterizată de resurse necorespunzătoare, o lipsă de conștientizare și un grad ridicat de dezinformare și discriminare. O privire de ansamblu asupra politicilor și inițiativelor guvernamentale actuale cu privire la SRHR în România arată că țara are legi care protejează drepturile reproductive și accesul la serviciile de sănătate reproductivă. Aceste legi includ prevederi pentru planificarea familială, contracepție, avort și îngrijire medicală a mamei. Cu toate acestea, în comparație cu restul Uniunii Europene, România are rate foarte ridicate ale sarcinilor la adolescente,¹ infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) sunt insuficient raportate,² violență bazată pe gen și violență sexuală ridicată,³ și dificultăți adânc înrădăcinate în ceea ce privește contracepția, accesul la asistență medicală și primirea educației sexuale adecvate.

După cum subliniază Oficiul Înaltului Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului, SRHR este o chestiune excepțional de importantă, în special pentru tineri, deoarece nu numai că ar putea însemna diferența dintre viață și moarte, dar lipsa SRHR poate limita semnificativ oportunitățile personale, sociale și economice pe care o persoană le poate realiza în viața sa.⁴ Prin urmare, este esențial să înțelegem mai bine statutul SRHR în România, provocările cu care se confruntă, modul în care datele și indicatorii sunt colectate și aplicate, precum și programarea viitoare care poate sprijini dezvoltarea SRHR.

Acest studiu de cercetare a fost comandat de Plan International-România (PI-România) și efectuat în colaborare de Altamont Group (AG). Cercetarea a fost realizată, iar acest raport au fost elaborat de Dr. Matthew Schuelka și Dr. Adela Fofiu în numele Altamont Group. PI-România a fost interesată de starea și lacunele actuale privind SRHR în România, dar și de modul în care părțile interesate pot folosi acest raport pentru a continua sprijinirea progresului SRHR în România.



- 1 România este pe locul al doilea în Uniunea Europeană la rata nașterilor la adolescente: aproximativ 35–40 de nașteri la 1.000 au fost de la femei cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani, care este de două ori media la nivel european (UNICEF, 2021).
- 2 Ratele exacte ITS din România variază major și există o lipsă a datelor globale disponibile și screening-ului pentru ITS. Geretti et al. (2022) raportează că ITS au crescut în toată Europa. Un studiu a constatat că, atunci când se efectuează screening activ pentru ITS în România, rata prevalenței a fost mult mai mare decât statisticile „oficiale” ale populației (Grad, et al., 2020).
- 3 Deși există o lipsă de date cuprinzătoare actuale privind VBG, România se situează în prezent pe ultimul loc în UE în ceea ce privește Indicele Egalității de Gen, iar experiențele legate de VBG sunt subraportate (Robayo-Abril, et al., 2023).
- 4 (UNOHCHR, 2018)

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România:

Situația actuală și traiectorii viitoare

Obiectivele cercetării

Obiective acestei cercetări sunt următoarele:

- 1. Înțelegerea situației actuale a SRHR în România, cu referire specifică la:**
 - Tineri
 - Populația refugiată în România, cum ar fi refugiații ucraineni
 - Populația romă
 - Persoanele cu dizabilități
 - Alte grupuri marginalizate
- 2. Înțelegerea lacunelor, provocărilor și oportunităților pentru SRHR din perspectiva:**
 - Sectorului educației
 - Sectorului medical
 - Sectorului societății civile
 - Politicii guvernamentale
- 3. Înțelegerea modului în care datele SRHR sunt colectate și defalcate în România.**
- 4. Aplicarea lecțiilor învățate în domeniul SRHR în România, pentru a evidenția intervențiile de succes care ar putea fi scalate și propunerea unei Teorii a Schimbării, pentru a intensifica programarea SRHR în România.**

Întrebări care stau la baza cercetării

În baza obiectivelor cercetării, au fost formulate următoarele întrebări:

- 1. Care sunt provocările, punctele de intrare și oportunitățile scalabile pentru a îmbunătăți SRHR în România?**
 - a. În sectorul educației și pentru tineri?
 - b. În sectorul medical?
 - c. Pentru populațiile marginalizate și minoritare, cum ar fi refugiați, romi, LGBTQIA+, populațiile din mediul rural și persoanele cu dizabilități?
- 2. Care este situația colectării, compilării, coordonării și diseminării datelor SRHR în România? Datele sunt defalcate pe categorii de identitate, cum ar fi gen, vârstă, locație, romi, refugiați, LGBTQIA+, dizabilitate?**



Contextul

Evoluția sănătății sexuale și reproductive și a drepturilor aferente în România reprezintă o schimbare considerabilă de la politicile restrictive din timpul regimului comunist la o abordare mai liberalizată de după Decembrie 1989. Această tranziție, marcată de introducerea unor programe de planificare familială și educație sexuală, a avut un rol esențial în îmbunătățirea sănătății și autonomiei reproductive a femeilor, îmbunătățind semnificativ tabloul sănătății și drepturilor femeilor din țară.⁵

În ultimii 30 de ani, au fost adoptate inițiative cuprinzătoare pentru a promova aceste drepturi, abordând diverse fațete ale sănătății sexuale și reproductive a femeilor. Aceste eforturi includ îmbunătățirea accesului la servicii medicale pentru femeile migrante și solicitantelor de azil, lansând campanii de conștientizare privind violența domestică, și înființând programe de sprijin pentru victime. Aceste inițiative sunt expresia unei abordări holistice către a asigura acces la servicii medicale, educație și prevenirea violenței, esențiale pentru susținerea sănătății și drepturilor femeilor în societatea românească.⁶ Spre finalul anilor '90 și la începutul anilor 2000, România a înregistrat un progres semnificativ pe tema SRHR, pe măsură ce a făcut tranziția către democrație. Diferite entități internaționale, cum ar fi Agențiile ONU, Fondul Global, USAID, FONUP și Corpul Păcii al SUA au fost implicate activ în acest demers. Deși este nevoie de date concrete privind evoluțiile legislative din această perioadă, startul acestor organizații internaționale pentru accesul României la UE a marcat o întrerupere a acestor eforturi. Asistența oferită de aceștia a contribuit la stabilirea unei legislații robuste și a unor cadre de livrare a serviciului în colaborare cu ONG-urile locale. Reformele legislative de la începutul anilor 2000 a reprezentat o piatră de hotar în acest domeniu, în vreme ce legile adoptate în consecință sunt încă în vigoare. Cu toate acestea, colectarea datelor și furnizarea ajutorului au încetat în timp. În anul 2001, Ministerul Educației și Ministerul Sănătății au colaborat pentru a introduce educația sexuală în sistemul de învățământ obligatoriu, sprijinite de organizații internaționale și naționale. Deși inițial a avut succes, inițiativa a eșuat din cauza diminuării resurselor financiare.

5 (Drăghici, 2017)

6 (Anais, 2021)

7 (EC, fără dată)

8 (EP, 2024)

O privire de ansamblu asupra politicilor și inițiativelor guvernamentale actuale cu privire la SRHR în România arată că țara are legi care protejează drepturile reproductive și accesul la serviciile de sănătate reproductivă. Aceste legi includ prevederi pentru planificarea familială, contracepție, avort și îngrijire medicală a mamei. Prin lege, aceste servicii de sănătate reproductivă sunt asigurate prin sistemul de sănătate public, inclusiv prin consiliere de planificare familială, metode contraceptive, îngrijire postnatală și servicii de sănătate pentru mamă. Programele de educație sexuală sunt pe ordinea publică pentru a fi integrate în programa școlară cu scopul de a furniza tinerilor informații exacte despre sexualitate, sănătatea reproductivă și relații. Legislația din România asigură accesul la o varietate de metode contraceptive, inclusiv la prezervative, contraceptive orale, dispozitive intrauterine (DIU) și contracepție de urgență. Aceste metode ar trebui să fie disponibile în clinicile și farmaciile de sănătate publică. Similar, avortul este legal în România și reglementat prin lege. Femeile au dreptul să accese servicii de avort sigure și legale în condiții specifice, cum ar fi situația în care sarcina reprezintă un risc pentru sănătatea sau viața femeii, în cazuri de anomalii ale fătului sau în cazurile de viol sau incest. Guvernul României are politici care vizează îmbunătățirea rezultatelor privind sănătatea mamei inclusiv îngrijirea prenatală, asistența calificată la naștere și îngrijirea postpartum.⁷ Este important de notat faptul că decalajele dintre politicile declarate și practicile actuale și alocarea resurselor în România sunt semnificative. Se remarcă faptul că legislația privind protecția copilului, mai ales în domeniul de educație pentru sănătate s-a confruntat cu provocări în perioada recentă. Un exemplu al acestui decalaj este acordarea educației sexuale cuprinzătoare în școli în structura legală, dar pentru că nu este obligatorie și nu există finanțare publică pentru aceasta, nu este acordată în mod unitar. Deși România a semnat numeroase convenții, inclusiv Convenția de la Istanbul,⁸ ele nu au fost transpuse corespunzător în legislația națională sau există o lipsă de aplicare în contextul național.

Implicarea Uniunii Europene a fost la nivel instrumental, cu introducerea de politici și hotărâri menite să intensifice accesul la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă. Accentuarea promovării contracepției, a accesului la avortul legal, creșterea sensibilizării

și integrarea sănătății sexuale și reproductive și a drepturilor aferente în strategiile de sănătate publică reflectă angajamentul UE pentru servicii SRHR de înaltă calitate în la nivelul tuturor statelor membre.⁹ Adoptarea Raportului Matic de către Parlamentul European marchează un pas semnificativ spre asigurarea drepturilor privind sănătatea reproductivă în toată Uniunea Europeană. Este subliniată importanța accesului universal la educația sexuală și la serviciile de avort legal, reprezentând o abordare cuprinzătoare a SRHR.¹⁰

După căderea regimului comunist în anul 1989, inițiative precum legalizarea avortului ilustrează un progres substanțial în peisajul drepturilor reproductive din România. Aceste schimbări, care au avut loc în ciuda recentelor provocări, indică o schimbare considerabilă a abordării națiunii pe tema de sănătate reproductivă.¹¹ Cu toate acestea, este extrem de important de remarcat faptul că aceste inițiative sunt conduse în mare parte de societatea civilă, cu un oarecare sprijin din partea guvernului român. Așa cum indică datele noastre, implicarea statului român în SRHR a scăzut semnificativ în ultimii 10 de ani, forțând organizațiile sprijinite de comunitate și organizațiile neguvernamentale să intensifice și să îndeplinească rolurile sociale și politice necesare în îmbunătățirea SRHR pentru populațiile de pe teritoriul României. În ciuda existenței unui Grup de Lucru pentru Educația pentru Sănătate în cadrul Ministerului Sănătății, acesta nu s-a întrunit niciodată din cauza absenței unui ordin executiv semnat, subliniind o barieră politică. Există încă provocări precum accesul limitat la servicii în zonele rurale, stigmatizarea sexualității și a contracepției și disparitățile în ceea ce privește accesul la îngrijire în rândul populațiilor vulnerabile. Eforturile de abordare a acestor provocări necesită militare, educație și colaborare continuă între agențiile guvernamentale, organizațiile societății civile, furnizorii de servicii medicale și comunități.

Eforturile de abordare a nevoilor refugiaților în materie de SRHR, în special în timpul crizelor precum conflictul din Ucraina, s-au concentrat pe asigurarea disponibilității avortului medicamentos, a îngrijirii supraviețuitorilor violenței sexuale și a serviciilor de asistență medicală incluzive. Aceste inițiative subliniază rolul esențial al răspunsului la situații de criză și al ajutorului umanitar în abordarea cuprinzătoare a nevoilor SRHR.

9 (Marques-Pereira, 2023)

10 (Filia Center, 2021)

11 (Benavides, 2021)

12 (Radu et al., 2022)

13 (Radu et al., 2022)

14 (Radu et al., 2022)

15 (Filia Center, 2021; Nemeș & Crișan, 2022)

Provocările legate de SRHR în România sunt complexe și dinamice. În primul rând, riscurile materne, la naștere și perinatale sporite asociate cu creșterea ratelor sarcinilor la adolescente, în special în rândul minorelor sub 15 ani, subliniază necesitatea unui management și a unei intervenții specializate pentru a atenua complicațiile și pentru a asigura bunăstarea mamei și a copilului. Acest lucru evidențiază și mai mult intersecționalitatea discriminării de gen și a accesului la asistență medicală, subliniind imperativul intervențiilor specifice.¹² În al doilea rând, lipsa unei educații cuprinzătoare privind sănătatea sexuală în ceea ce privește ITS timpurii, sarcina și contracepția exacerbează aceste provocări, necesitând o atenție urgentă pentru dezvoltarea unor programe educaționale specifice.¹³ În cele din urmă, o lacună legislativă notabilă împiedică integrarea deplină a moașelor în sistemul de sănătate, în special în ceea ce privește abordarea sarcinii în rândul minorilor și furnizarea de consiliere și produse în materie de planificare familială, mai ales în comunitățile rurale și dezavantajate, unde asistența medicală primară este limitată. Acest decalaj împiedică furnizarea de servicii SRHR cuprinzătoare grupurilor vulnerabile, indicând un domeniu crucial pentru intervenția politică în vederea asigurării accesului echitabil la serviciile de sănătate reproductivă.¹⁴

Accesul limitat la contracepție și servicii de sănătate reproductivă, rezistența la educația pentru sănătate reproductivă, constrângerile financiare care afectează accesul la serviciile de avort și prevalența violenței bazate pe gen, care afectează în special grupurile marginalizate, sporesc provocările din peisajul SRHR.¹⁵ Deși a fost înregistrat un progres, în special după 1989, există, de asemenea, o automulțumire generală și chiar o revenire care a avut loc în ultimul deceniu, atât conform literaturii de specialitate, cât și participanților la acest studiu. Progresul inițial, investițiile și energia care au venit odată cu perioada post-comunistă și post-dictatură, și cu aderarea la Uniunea Europeană, s-au atenuat treptat, iar acum România se află într-un loc de creștere a politicii conservatoare. Acest lucru nu este unic doar pentru România, deoarece o mare parte din Europa a experimentat, de asemenea, această înclinație anti-progresistă. Se va arăta că acest lucru are un efect profund asupra progresului în materie de SRHR în România.



Metodologie

Acest studiu a utilizat un model de cercetare calitativă concurrent care a colectat date de la și din următorii participanți/surse:



Cunoștințele tinerilor în materie de SRHR în România, cum ar fi activiști tineri și lideri școlari

(definiți ca vârste cuprinse între 13 și 18 ani)



Adulți tineri cu cunoștințe în materie de SRHR în România, cum ar fi activiști tineri și lideri școlari

(definiți ca vârste cuprinse între 19 și 24 de ani)



Adulți cu cunoștințe și experiență profesională în materie de SRHR în România, cum ar fi medici

(cu vârste de peste 24 de ani)



Părți interesate precum organizații ale societății civile (OSC) / organizații neguvernamentale (ONG)

(definite ca acele organizații non profit care au desfășurat cel puțin o activitate în sectorul SRHR în România)



Întâlnire de consultare a părților interesate organizată de Plan Internațional România

(PI-România) în octombrie 2023



Literatură

(guvernamental, neguvernamental, academic, mass-media)

Această cercetare a fost triangulată folosind următoarele metode:

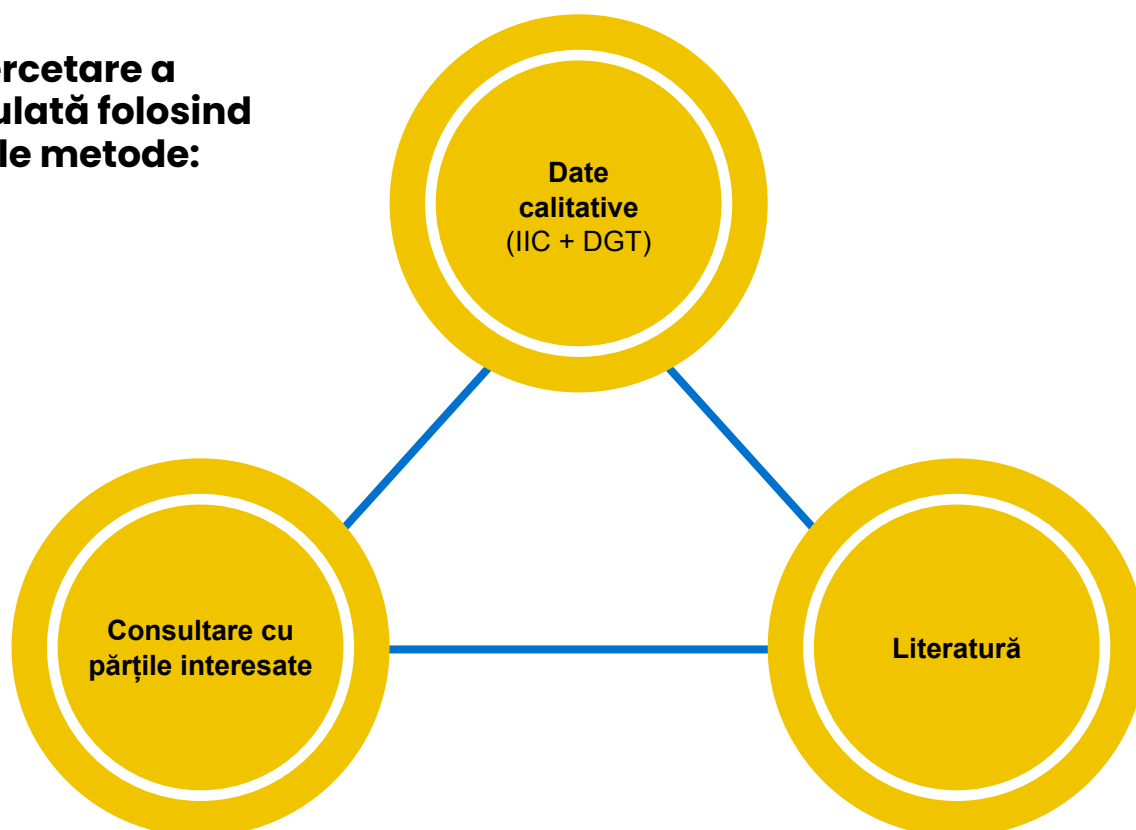


Figura 1: Strategia de triangulare a datelor

Numărul participanților și numărul activităților de colectare a datelor sunt notate în tabelul de mai jos:

Grupul de participanți	Tipul de colectare a datelor	Numărul de activități de colectare a datelor	Nr. de participanți
Tineri (13–18)	Discuție grup tematic(DGT)	1	12
Adulți tineri (19–24)	Discuție grup tematic(DGT)	1	2
Adulți	DGT	2	12
OSC/ONG	Interviu cu informator-cheie (IIC) ¹⁶	18	20
Total		22	46

Participanții au fost localizați și contactați de biroul PI-România. În octombrie 2023, s-a organizat o activitate preliminară de consultare cu partea interesată, pentru a elabora întrebările cercetării. Acest lucru a implicat cele mai mari părți interesate ale OSC-urilor și ONG-urilor relevante SRHR din România. PI a folosit această activitate de consultare pentru a pregăti o listă cu participanții inițiali. Majoritatea activităților de colectare a datelor s-au axat pe cei care lucrează în OSC-urile locale. Datorită numărului limitat de inițiative SRHR din România, OSC-urile intervievate reprezintă aproape toate organizațiile din România care lucrează în prezent în spațiul SRHR.

Datele au fost colectate pe parcursul unei luni (ianuarie 2024), atât prin DGT și IIC online, cât și prin munca de teren în persoană a personalului Grupului Altamont din țară. Exemple de protocoale de interviu utilizate pentru cercetare pot fi găsite în anexe. Intervipurile și discuțiile grupurilor tematice au fost oferite atât în limba română, cât și în limba engleză.

¹⁶ Două din IIC au implicat doi participanți dintr-o OSC/ONG.

Datorită preferințelor participanților, majoritatea interviurilor au fost realizate în limba engleză, deși unele au fost efectuate parțial sau integral și în limba română, cu asistența personalului AG din țară. Cel puțin doi membri ai personalului AG au fost prezenți la fiecare activitate de colectare a datelor pentru a asigura fiabilitatea, iar un vorbitor nativ român a fost prezent la fiecare activitate de colectare a datelor.

Au fost respectate toate procedurile standard de etică în cercetare. Participarea a fost voluntară, participanții nu au fost compensați și au avut dreptul să se retragă din procesul de colectare a datelor în orice moment. Participanții și-au dat consimțământul verbal sau scris pentru a fi intervievați și înregistrați, cu asigurări de anonim și dreptul la confidențialitate. Toate datele participanților sunt stocate pe servere securizate și criptate disponibile numai personalului Grupului Altamont implicat în acest proiect. Fișa de informații a participantului și formularul de consimțământ pot fi găsite în anexele acestui raport.

Datele calitative colectate au fost analizate pentru a răspunde la întrebări-cheie de cercetare și pentru a genera recomandări pentru programarea SRHR în România. Principala metodă analitică pentru datele calitative a fost o matrice de analiză tematică care a identificat temele-cheie și concluziile și a evidențiat citate ilustrative relevante pentru întrebările de cercetare. Codurile și temele de analiză au fost în primul rând fundamentate, cu o codificare minimă a priori. Toate citatele participanților sunt prezentate ca transcrieri „textuale inteligente”, în sensul că sunt curățate de umpluturi verbale și repetări, fiind totuși păstrată intenția vorbitorului. În unele cazuri, parantezele [] sunt folosite în interiorul citatelor pentru a indica o interpretare sau o eroare gramaticală.

A doua sursă de colectare a datelor a fost o analiză cuprinzătoare a literaturii de specialitate, care a inclus rapoarte de cercetare, rezumate de politică, cărți albe, literatură gri, rapoarte mass-media și de știri și literatură academică. A fost efectuată o cercetare de literatură atât în limba engleză, cât și în limba română. Putem spune justificat că există o lacună în literatura existentă pe tema Sănătății Sexuale și Reproductive și a Drepturilor aferente (SRHR) în România. Datele din literatura de specialitate au fost utilizate în același mod ca și datele din interviuri și ale grupului tematic: o abordare teoretică fundamentată a fost utilizată pentru

a identifica teme și coduri, cu o activitate suplimentară de căutare a literaturii pentru a completa codurile a priori deja stabilite pentru a răspunde la întrebările de cercetare.

Părțile interesate au oferit validitate și fiabilitate în două momente importante ale acestui studiu. După cum s-a menționat anterior, la începutul proiectului a avut loc o consultare a părților interesate pentru a identifica temele, provocările și oportunitățile cheie. Această consultare a fost utilizată pentru a forma obiectivele și întrebările de cercetare pentru studiu. După colectarea datelor, analiza și sinteza rezultatelor, părțile interesate au fost convocate din nou în martie 2024 pentru a revizui constatările și primul proiect al prezentului raport. Feedback-ul și înțelegerea lor au validat faptul că rezultatele acestui studiu sunt corecte și susținute de propriile experiențe.

În ciuda faptului că oferă o analiză situațională semnificativă a SRHR în România, acest studiu are limitările sale în ceea ce privește numărul de participanți și timpul alocat pentru colectarea datelor, în special de la populația generală a României. Un studiu mai cuprinzător al SRHR în România ar necesita muncă de teren cel puțin 6 luni de colectare personală a datelor în țară pentru a obține un eșantion mai robust din punct de vedere statistic. O astfel de muncă de teren presupune rețele robuste, conexiuni și eșantionarea tip „bulgăre de zăpadă”. Instaurarea unui climat de încredere în cadrul oricărei comunități, în special în zonele rurale și cu populații marginalizate, necesită timp. În plus, cercetătorii nu au reușit să implice părțile interesate guvernamentale în studiu. În ciuda eforturilor, implicarea guvernului s-a dovedit a fi o provocare, după cum reiese în tot raportul din reticența guvernului de a se implica în tema SRHR.

Discuțiile cu OSC-urile au abordat activitatea și provocările cu care se confruntă populațiile marginalizate din România, inclusiv cele din zonele rurale. Cu toate acestea, o mai mare reprezentare a acestor grupuri ar fi fost benefică. Totuși, valoarea interviurilor OSC este primordială. Aceste OSC-uri locale au o acoperire și un impact semnificativ în România, lucrând cu mii de tineri și adulți la programarea SRHR. Prin urmare, acestea servesc ca reprezentanți importanți ai populației românești mai largi.

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România:

Situația actuală și traiectorii viitoare

Provocările și oportunitățile actuale pentru SRHR în România

Situația Sănătății sexuale și reproductive și a drepturilor aferente:

Cadrele legislative și lacunele de implementare

În România, situația Sănătății sexuale și reproductive și a drepturilor aferente reflectă o interacțiune dinamică a politicilor în evoluție, a furnizării de asistență medicală și a atitudinilor sociale, marcată de progres și de provocări persistente. Acest lucru este adesea exacerbat de deficiențele politicilor guvernamentale și ale punerii în aplicare. În ciuda progreselor realizate, provocările persistă, inclusiv disparitățile geografice în ceea ce privește disponibilitatea serviciilor și stigmatele sociale persistente.

Acest lucru este exprimat în mod clar de participanții la studiul nostru:

„[În] ceea ce privește legalitatea sau ceea ce există pe hârtie, România arată de fapt destul de bine. Să luăm exemplul avortului, care este tehnic un drept care este dat femeilor din această țară și există pe hârtie, este consacrat, există de mult timp și România are o istorie specială în acest sens. Totuși, în practică, acest drept nu poate fi exercitat. Există, dar nu este respectat și veți vedea acest lucru în multe alte lucruri.” (IIC15)

România permite avortul până la 14 săptămâni (aproximativ 3 luni), la cerere, și până la 24 de săptămâni (aproximativ 5 luni și jumătate) din motive medicale. Cu toate acestea, consimțământul părinților este necesar pentru adolescentele cu vârsta mai mică de 16 ani, aceasta reflectând provocările în stabilirea unor norme clare pentru accesul tinerilor la serviciile de avort. Accesibilitatea la serviciile de avort rămâne restricționat, existând doar anumite spitale publice care oferă avort la cerere, deși este legal. Barierele financiare și obiecțiile de conștiință ale doctorilor complică accesul și mai mult. Costul mediu al unui avort privat este estimat la 1200 RON (241 €) pentru un avort medical și la 3000 (600 €) pentru un avort chirurgical, prețurile fiind chiar mai mari pe piața serviciilor medicale private.

Istoria comunistă a României include politici pronatalitate stricte, cu interdicții privind contraceptivele și majoritatea avorturilor, cu repercusiuni psihosociale.¹⁷ Unul din informatorii noștri a făcut o referire la modul în care drepturile privind avortul sunt afectate de ideologie sau concepte morale, menționând cazul centrelor de urgență false pentru sarcini din Iași (IIC12). Aceste centre funcționează convingând femeile care doresc să facă un avort să păstreze sarcina, ocolind prevederile legale privind dreptul la avort. Efectele acestor atitudini

17 (Iepan, 2005)

istorice și morale sunt încă vizibile pe agenda publică și în atitudinile față de avort, educație sexuală și planificare familială.

Potrivit unui raport recent al AMI [Asociația Moașelor Independente din România],¹⁸ doar 4% din spitalele publice oferă servicii de avort medical sau chirurgical, și doar 15% au oferit orice fel de servicii de întrerupere a sarcinii. Dar, cele care au oferit servicii de întrerupere a sarcinii și de consiliere se ocupă avorturi doar până la un număr limitat de săptămâni de sarcină, un număr mai mic de săptămâni decât este prevăzut în orientările medicale recomandate și în cere din legislația națională. Cifrele pentru clinicile private sunt doar puțin mai bune. Cifra de mai jos arată nivelul accesului la serviciile de avort la nivelul României.

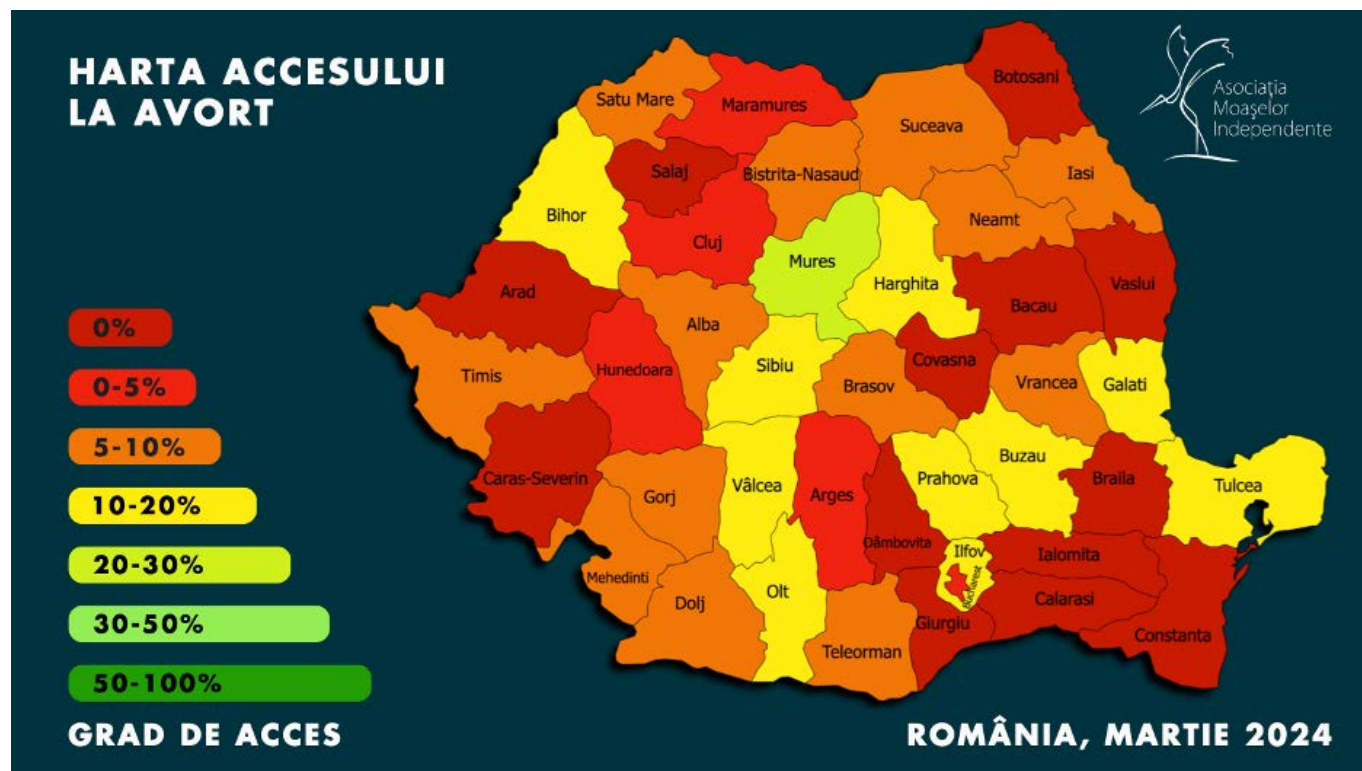


Figura 2: Nivelul de acces la serviciile de avort în România
Scala indică gradul de acces la serviciile de avort exprimat în procente, în luna martie 2024¹⁹

Inițiativele guvernului eșuează frecvent în abordarea diverselor nevoi ale populațiilor, în special în comunitățile rurale și marginalizate, unde accesul la serviciile SRHR rămâne limitat. În momentul de față, Ministerul Sănătății nu asigură acces liber și universal la metode contraceptive, contracepție de urgență și protecție; guvernul nu a alocat fondurile necesare pentru aceste servicii în Bugetul pentru anul 2024. ONG-urile din România preocupate de chestiunea SRHR au solicitat alocarea acestor fonduri, de 10,000,000 lei, potrivit Strategiei Naționale de Sănătate, considerând că banii pot fi încă alocați pentru anul în curs în cadrul rectificării bugetare sau din Fondul Bugetar de Rezervă.²⁰ În plus, obstacolele birocratice, constrângerile legate de resurse și atitudinile învechite din instituțiile guvernamentale stânjenesc eforturile de a asigura accesul liber la contracepție și servicii de avort în siguranță. În ciuda sprijinului nominal pentru egalitatea de gen și drepturile femeilor, barierele sistemice perpetuează disparitățile în ceea ce privește accesul la asistență medicală și mențin normele sociale nocive. Discuțiile la nivel de grup tematic din cadrul studiului au arătat în repetate rânduri că legile în materie de SRHR creează adesea confuzie și cad pradă interpretărilor, precum și că conștientizarea și înțelegerea drepturilor de către populație sunt foarte scăzute, mai ales când vine vorba de avort.

18 (AMI, 2024)

19 (AMI, 2024, p. 22)

20 (Coaliția pentru Egalitate de Gen, 2024)

Prevenirea violenței bazate pe gen

Educația și tinerii

Există mai multe proiecte la nivel național care vizează asistarea victimelor violenței domestice, oferirea de consiliere, sprijin juridic pentru ordine de protecție, sprijin psihologic și activități de integrare. Obiectivul de ansamblu este de a crește gradul de conștientizare despre violența bazată pe gen și de a intensifica punerea în aplicare a standardelor privind drepturile omului.²¹ În schimb, datele grupului nostru tematic arată că atitudinile generale din România sunt construite pe înțelegerea greșită a conceptelor de violență sexuală, violență domestică sau viol, întărite de obiceiul de a arunca vina asupra victimei. În general, autoritățile nu furnizează sprijin pentru victimele violenței bazate pe gen și nu sunt de încredere, deoarece adesea „*închid ochii*” (IIC14). Respondenții au observat, însă, că sistemul pentru obținerea ordinelor de restricție împotriva partenerilor abuzivi s-a îmbunătățit. Eforturile de susținere s-au axat și pe modificarea legislației privind violența împotriva femeilor pentru a conduce la modificări sistemice legate de modul în care violența bazată pe gen este abordată la nivel instituțional și cum este percepută de societate.

ONG-urile din România cu activitate în materie de SRHR implementează sesiuni educaționale și formare profesională pentru a crește gradul de conștientizare despre violența bazată pe gen, inclusiv despre violența partenerului intim, drepturile omului și sănătatea sexuală și reproductivă. Materialele informative sunt distribuite în mai multe limbi pentru a răspunde peisajului demografic divers. Această activitate este realizată preponderent de organizații sprijinite de comunitate și de ONG-uri și mai puțin de structuri și agenți guvernamentale.

Accesul restricționat la serviciile de sănătate reproductivă a avut efecte psihosociale profunde asupra femeilor, subminându-le drepturile reproductive și conducând la tragedii personale. Nivelul slab de cunoștințe și înțelegere a subiectului SRHR, așa cum am menționat mai sus, înrăutățește situația pentru femei. Reclamațiile cele mai frecvente raportate de participanții noștri la DGT sunt că bebelușii sunt luați de lângă mamele lor imediat după naștere și că îngrijirea maternă în perioadele prenatal, la naștere și postnatal este foarte problematică, venind sub formă de comentarii respingătoare de la asistenții medicali sau întârzieri în tratamentul durerii.

În România, peisajul educației sexuale pentru tineri este marcat de lacune și provocări semnificative, care reflectă probleme la nivel de societate, culturale și politice mai largi. Sistemul educațional al țării nu furnizează sistematic educație sexuală cuprinzătoare, lăsând un gol în înțelegerea oamenilor a conceptului de sănătate sexuală. Această lacună este potențată și mai mult de rezistența Senatului României de a reanaliza legislația care a propus orele de educație sexuală, condiționate de consimțământul părinților și limitate la o dată pe semestru.²² Participanții la acest studiu au ridicat îngrijorări notabile referitoare la educația pe tema SRHR pentru tinerii din România. Așa cum am menționat mai sus în acest raport, educația sexuală pentru tineri este văzută ca cea mai mare provocare în România, potrivit participanților.

Contextul istoric al educației sexuale în România, mai ales în timpul regimului comunist, a fost caracterizat de restricții severe și secretomanie. Legitimitatea informațiilor limitate privind sănătatea sexuală a contribuit la provocările continue în abordarea sarcinilor nedorite și la asigurarea unei educații sexuale eficiente. Controversa pe tema educației sexuale în școlile din România rezidă din opoziția unor grupuri religioase și conservatoare, ceea ce duce la implementare neunitară și condiționarea de consimțământul părinților. Această situație ilustrează rezistența semnificativă și lipsa consensului privind nevoia de programe de educație sexuală structurate.²³ Un participant a remarcat că în România se crede că educația sexuală va „*învăța copiii să devină perversi*” (IIC12). Mesajele pentru abținerea exclusivă sunt convingătoare și țintite către tineri, pentru că mai există și convingerea că tinerii sunt încurajați să facă sex prin promovarea contracepției.

Actualmente, educația sexuală este un modul opțional redus oferit elevilor de gimnaziu. Școlile din România pot alege dacă să ofere programa, ca mai apoi părinții să decidă dacă să permită copiilor să participe. Și dascălul trebuie să fie deschis să predea programa și poate refuza. Această abordare este radical diferită de modul în care educația sexuală era oferită în România, mai ales în perioada imediat postcomunistă. În elaborarea programei anterioare, aveau loc consultări cu ONG-uri și experți în SRHR din România și din străinătate. În prezent, nu există consultări pe tema programei privind educația sexuală în afara instituției religioase predominante, potrivit unuia din participanții la studiul nostru (IIC13).

21 (Dinu, 2022)

22 (Centrul Filia, 2021)

23 (Dinu, 2022)

Educația sexuală precară care totuși are loc în România are o abordare în principal medicală și științifică. În schimb, atunci când subiectele precum organele sexuale și reproductive sunt întâlnite la orele de anatomie, dascălii tind să treacă total de subiect (IIC06)/. Pe de o parte, orele de anatomie evită mențiunile despre sex, așa cum a menționat un participant:

„Profesoara noastră a spus, „Ar trebui să vă învăț despre ITS, dar sunt sigură că știți totul despre asta, așa că nu o să parcurg partea asta” (IIC10). De cealaltă parte, orele care ar trebui să fie despre sex devin foarte medicale, așa cum a spus acest participant la grupul tematic: „Deci, profesoara ne-a spus ceva de genul cum se întâmplă sau care sunt organele, dar nimic despre bolile specifice pe care le putem lua, nimic despre riscurile la care am putea fi expuși. Deci, și mai era și puțin timidă, deci doar voia să aibă totul făcut ca să putem merge în vacanța de vară” (DGT03).

Nu vrem să se înțeleagă că dascălii nu sunt interesați în materiale și informații mai bune când vine vorba de educație sexuală, dar aceste materiale și informații nu sunt disponibile decât dacă le caută proactiv în societatea civilă.

Cu absența educației sexuale în școli, tinerii își iau informațiile despre SRHR în principal de pe rețelele sociale, internet și alți tineri. Cu toate acestea, alfabetizarea media este o mare problemă în România (IIC18), iar dezinformarea și mitologia sexuală abundă. Potrivit unui din participanții noștri,

„Toți adolescenții români sau adolescenții care trăiesc în România obțin informații, dar nu [din] locurile corecte: nu de la dascălii lor și nu din școală. Merg online, se uită la filme porno, întrebă. Avem [în prezent] mulți adolescenți și tineri care contactează linia de asistență și verifică cu noi ceea ce au discutat cu prietenii lor. Și, desigur, există multă dezinformare și mituri care circulă.” (IIC02)

Potrivit participanților noștri, sursele principale de informare pe tema SRHR pentru tineri includ TikTok, YouTube și pornografie. Influenceri globali precum Andrew Tate (care locuiește în România) - care reprezintă un brand de masculinitate toxică care atrage băieți tineri - sunt populari în România. Sursele online pot disemina mituri sexuale și dezinformare în mod rapid și facil. Potrivit unui participant la un grup tematic,

„Eu însămi m-am uitat la câteva videoclipuri pe TikTok, de exemplu, ale unei persoane care

spune că era medic, dar tot nu a recomandat nicio metodă de contracepție, inclusiv prezervative, pentru că spunea că este voia lui Dumnezeu [dacă rămâi însărcinată] și că ar trebui să păstrezi copilul” (DGT03)..

Alte exemple de dezinformare citate de participanții noștri includ **„două prezervative deodată pentru a fi și mai sigur” (IIC03)** site-urile de știri de propagandă de extremă dreapta, cum ar fi Sputnik, ru care răspândesc convingerea falsă că vaccinul HPV cauzează autism. Pentru a combate această dezinformare, în România există unele OSC care au o prezență online și pe rețelele de socializare semnificativă. De exemplu, o OSC pe care am intervievat-o a relatat că folosesc rețelele de socializare (TikTok, YouTube etc.) pentru a-i învăța pe tineri despre convingerile și practicile SRHR pozitive. Au aproximativ 500.000 de urmăritori și peste 100 de milioane de vizualizări la videoclipuri.

În general, părinții din România sunt reticenți la a vorbi cu copiii lor despre sex – similar motivului din spatele educației sexuale din școli, considerând că discuțiile despre sex cu copiii lor îi va încuraja să fie activi din punct de vedere sexual. În mod similar, tinerii sunt reticenți să vorbească cu părinții lor despre sex și să le adreseze întrebări. În ciuda acestui lucru, părinții și familiile sunt o sursă principală de educație sexuală pentru tineri. Numeroși adulți din România împărtășesc viziuni dezinformate similare despre sex cu tineri este și probabil să aibă viziuni conservatoare și religioase atunci când vine vorba de avort activitate sexuală, contracepție, ITS, menstruație și corpul femeii în general. Cu toate acestea, mai mulți participanți la studiul nostru au remarcat că atitudinile se schimbă ușor pe măsură ce apare o generație mai nouă de părinți cu viziuni mai liberale și cosmopolitane. Într-un sondaj realizat de PI România pe un eșantion de peste 300 de tineri și adulți tineri (vârsta 15–35), s-a raportat că majoritatea (50%) educației sexuale – în special când vine vorba de fete și menstruație – provine din familie.

Provocările de a accesa servicii de sănătate reproductivă evidențiază problemele interconectate de educație sexuală și sănătate reproductivă, afectate de normele culturale și religioase. Aceste bariere aduc în discuție un context mai amplu al obstacolelor care afectează drepturile privind sănătatea sexuală și reproductivă în România. Eforturile de educație informală, chiar dacă sunt vitale, nu sunt suficiente, existând nevoia accentuată de educație sexuală formalizată, sistemică și bazată pe știință în școli, pentru a asigura că informațiile exacte și cuprinzătoare ajung la toate persoanele tinere. Pandemia de COVID-19 a exacerbat vulnerabilitățile existente, inclusiv violența domestică și sexuală, subliniind nevoia

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România:

Situația actuală și traiectorii viitoare

urgentă de educație sexuală accesibilă și servicii de sprijin.²⁴ Multe din OSC-urile intervievate de noi reclamă aceste nevoi răspicat. Un participant implicat în acest tip de activitate ne-a spus:

„Încercăm să îi învățăm pe copii cu vârste cuprinse între 12 și 18 ani despre modul în care să aibă relații respectuoase nu numai cu colegii și relații sentimentale, dar îi învățăm și ce înseamnă granițe sănătoase, cum să le fortifice [și] cum să își dea seama dacă sunt într-o relație abuzivă. Și educația sexuală: cum funcționează corpul lor când ajung la pubertate și la ce să se aștepte, care sunt schimbările pe care le-am remarcat din experiența noastră, dar și pe baza a ceea ce fac colegii. Funcționează mai bine când avem și băieți și fete în aceeași clasă, pentru că și băieții sunt curioși despre cum stau lucrurile la fete.” (IIC04)

Many CSOs that we interviewed are engaged in providing youth with direct sexual education, either through offering workshops in schools or through programming and discussion groups at youth centers. Since CSOs that work in schools must be invited in by the teachers and Principal, their scope is limited. It is harder to reach schools in more remote areas of the country, and especially those in more rural județe [counties] that are more religiously conservative such as in the region of Moldavia.

Multe OSC-uri pe care le-am intervievat oferă tinerilor educație sexuală directă, oferind fie ateliere în școli sau prin programare și grupuri de discuții la centrele pentru tineret. Pentru că OSC care lucrează în școli trebuie să fie invitate de profesori și de director, amplexarea este limitată. Este și mai greu să ajungă la școlile din zonele îndepărtate ale țării, mai ales în județele rurale care sunt mai conservatoare din punct de vedere religios, cum ar fi regiunea Moldovei.

Un sondaj SRHR realizat recent de PI România pe un eșantion de peste 300 de tineri și adulți tineri (vârsta 15–35) a reiterat ceea ce au relatat participanții și s-a constatat din literatura de specialitate. Mai puțin de jumătate din participanții la sondaj au raportat că folosesc contraceptive (43%), iar accesul la contracepție variază foarte multe în funcție de gen, regiune și statut socio-economic. În ceea ce privește educația, rezultatele sondajului indică un procent de doar 25% de fete care au primit orice informație sau sprijin privind menstruația în școli. Așa cum am menționat mai sus, familiile sunt sursa principală a educației sexuale, iar medicii sunt sursa cea mai puțin preferată pentru informații sexuale. Aceste constatări își găsesc ecou într-un studiu asemănător realizat de UNICEF - a se vedea figura de mai jos - care a constatat că familiile, prietenii și mass-media sunt de departe cea mai mare sursă de informare pentru educația sexuală și contracepție, iar școala este de departe cea mai slabă sursă de informare pentru educația sexuală și contracepție.

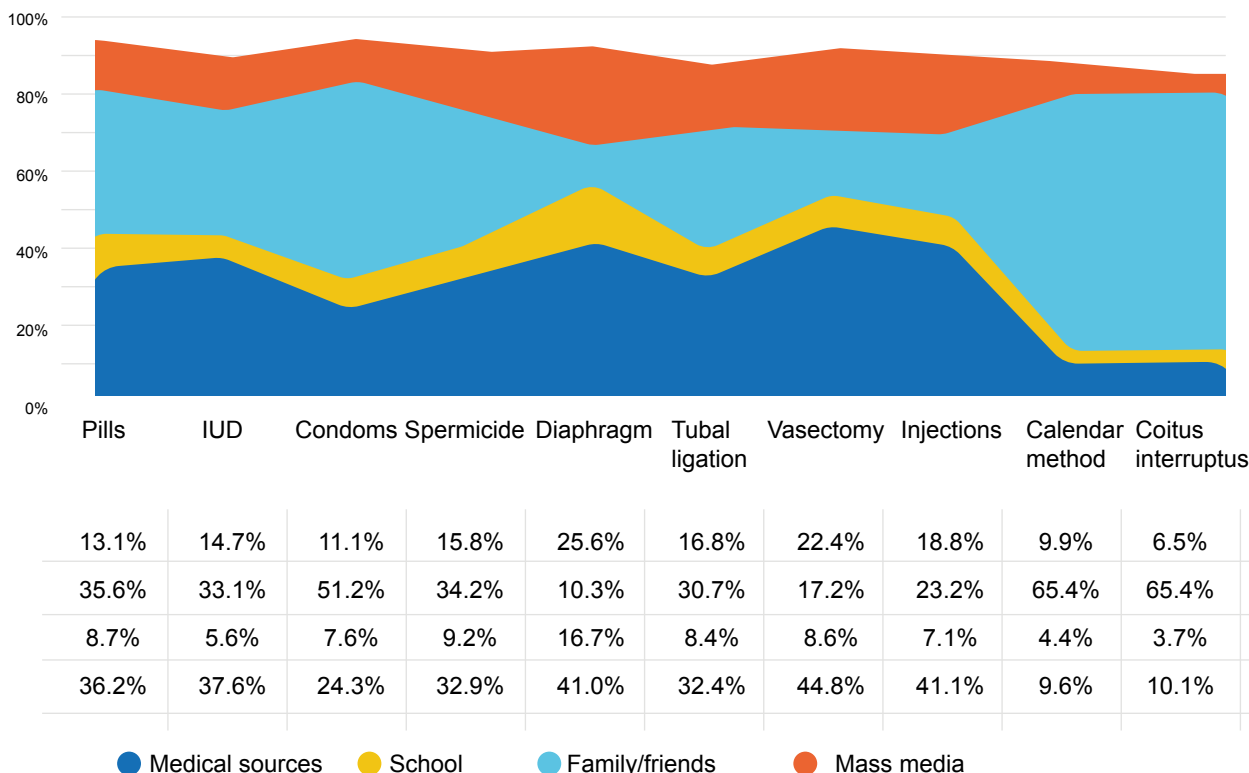


Figura 3: Surse de informare privind metodele de contracepție²⁵

²⁴ (Alexandru, Braga, and Pantel, 2021)

²⁵ (UNICEF, 2021, p. 48)

Consecințele lipsei unei educații sexuale cuprinzătoare și bazate pe știință pot fi văzute și în rezultatele pentru tinerii din România. De exemplu, România are a doua cea mai mare rată a sarcinilor la adolescente din Uniunea Europeană (a se vedea cifrele de mai jos).²⁶ Impactul restrictiv istoric al politicilor pronataliste și tabloul actual al dezinformării și a temerii legate de sexualitate și sănătate reproductivă subliniază efectele psihosociale profunde asupra abilităților persoanelor de a lua decizii cu privire la sexualitatea și sănătatea lor reproductivă. Această situație necesită politici și programe cuprinzătoare pentru a aborda eficient aceste probleme generalizate.²⁷ Acestea ar trebui ghidate de eforturi guvernamentale centralizate, în parteneriat cu experți SRHR și cu OSC-uri care lucrează pe aceste teme, deși climatul politici actual îngreunează foarte mult educația sexuală progresivă și cuprinzătoare.

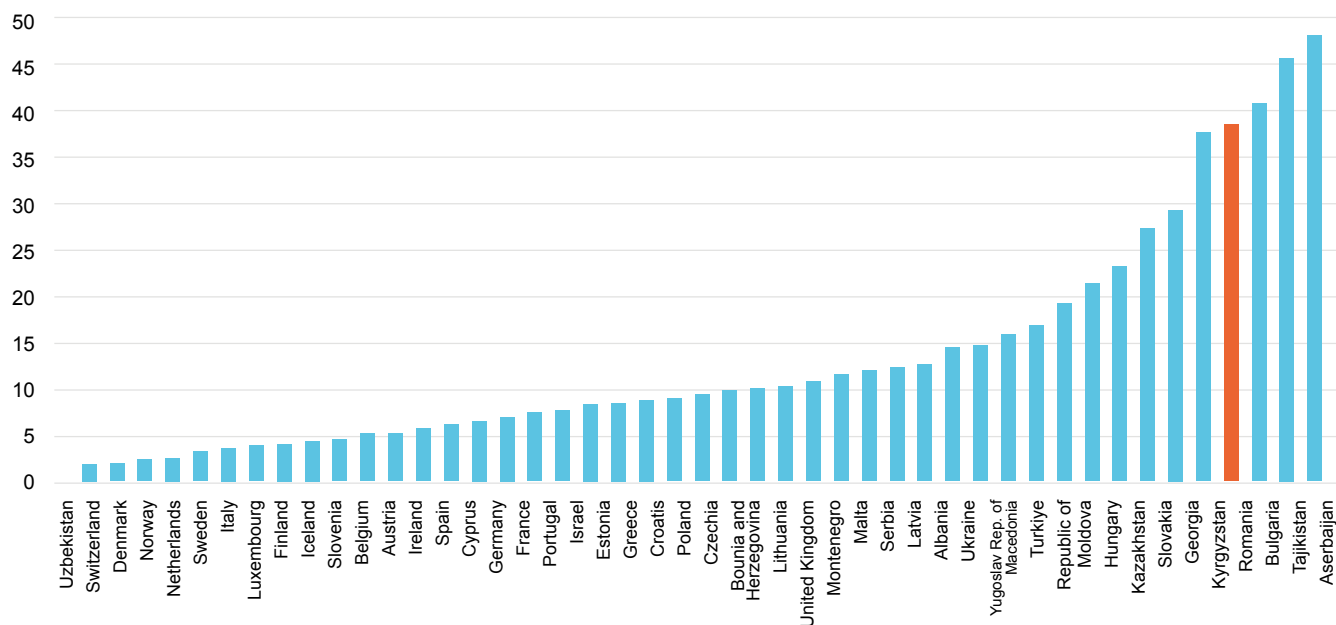


Figura 4: Ratele nașterilor la adolescente (vârste 15–19) în Europa și Asia Centrală, la 1.000 de femei²⁸

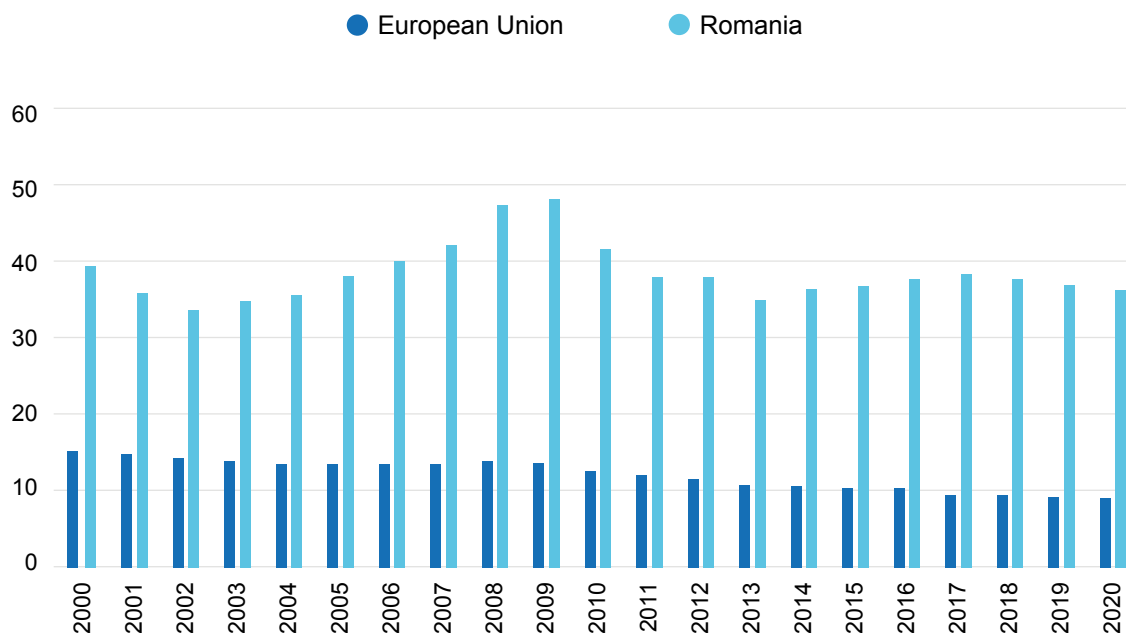


Figura 5: Fertilitatea la adolescenți, România vs. Media UE, 2000–2020²⁹

²⁶ (Radu, et al., 2022)

²⁷ (Baban and David, 1994)

²⁸ (Robayo-Abril, et al., 2023, p. 39)

²⁹ (Robayo-Abril, et al., 2023, p. 39)

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România:

Situația actuală și traiectorii viitoare

Asistența medicală

Asistența medicală în România cu privire la sănătatea sexuală și reproductivă prezintă un tablou marcat de provocări și neajunsuri, care reflectă probleme sociale, culturale și sistemice adânc înrădăcinate. În ciuda prevederilor legale și a angajamentelor internaționale care vizează protejarea drepturilor reproductive, accesul la asistență medicală sexuală cuprinzătoare rămâne limitat și distribuit neuniform la nivel național. România se confruntă cu atitudini conservatoare, obstacole birocratice și un sistem de sănătate subfinanțat, care împiedică accesul persoanelor la servicii esențiale, cum ar fi contracepția, testarea ITS și îngrijirea nașterii sau avortului.³⁰ Stigmatizarea și dezinformarea legate de sănătatea sexuală persistă, exacerbând barierele în calea educației și a accesului echitabil la asistență medicală. Examinând cadrul SRHR al României, devine evident că reformele urgente și creșterea gradului de conștientizare sunt imperative pentru a aborda barierele multiple care subminează sănătatea sexuală și drepturile populației sale.

Eficiența serviciilor de asistență medicală pentru sănătate sexuală în România prezintă un tablou complex marcat de avansuri și, în egală măsură, de provocări persistente. Studii, cum este cel realizat în Ploiești³¹, dezvăluie lacune semnificative în alfabetizarea privind sănătatea în rândul mamelor adolescente, subliniind o un neajuns la nivel național al educației și conștientizării în materie de sănătate sexuală. Deficiența contribuie la ratele ridicate ale sarcinilor la adolescente și ale complicațiilor asociate. Radu și colegii săi relatează că „la adolescentele cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani în România, 5-10% rămân însărcinate anual. Ratele de naștere la aceste adolescente sunt constant în creștere. România se situează pe primul loc în Uniunea Europeană (UE) la numărul de nașteri în rândul mamelor cu vârste mai mici de 15 ani, reprezentând o treime din toate cazurile la nivelul UE, respectiv 676 în 2000”.³² Acest lucru sugerează nevoia urgentă de politici educaționale îmbunătățite și o abordare multidisciplinară pentru a aborda aceste probleme în zonele rurale și urbane. Lipsa programelor de informare și educație exacerbează dificultățile femeilor tinere în accesarea serviciilor de sănătate sexuală, factorii socioeconomi influențând în special accesul la asistență medicală. Sarcinile la adolescente le afectează în mod disproporționat pe cele aflate în condiții sărace, creând un ciclu de supraveghere medicală inadecvată și acces restricționat la servicii vitale de asistență medicală, perpetuând astfel problema în cadrul familiilor și comunităților afectate.³³ În timp ce nașterile-vii ale mamelor sub 15 ani au scăzut, între 2018 și 2019 acestea au crescut în nord-estul și nord-vestul României, după cum se vede în figura de mai jos:

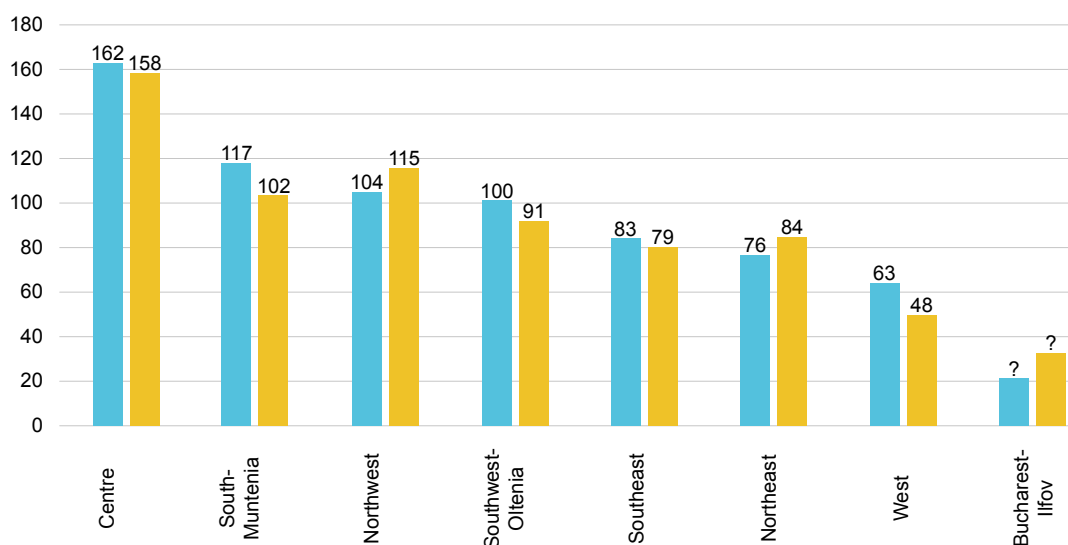


Figura 6: Nașteri vii la mame sub 15 ani în România, 2018–2019³⁴

La nivel național, accesibilitatea la serviciile de planificare familială este limitată, aproape două din o sută șaptesprezece (2 din 117) birouri oferind contracepție gratuită. Lipsa unei strategii naționale coerente pentru metodele contraceptive și obstacolele întâlnite în accesarea serviciilor de avort subliniază și mai mult problemele sistemului. Pandemia de COVID-19 a pus presiune pe sistemul de sănătate, perturbând serviciile de sănătate reproductivă și subliniind

30 (Centrul Filia, 2021)

31 (Radu et al., 2022)

32 (Radu et al., 2022)

33 (Radu et al., 2022)

34 (UNICEF, 2021, p. 13)

necesitatea unui sistem informațional eficient pentru a crea o punte de comunicare între medici și pacienți în mijlocul restricțiilor de mobilitate.³⁵

„Unele spitale au spus că, din cauza COVID, și-au închis toate serviciile electiv pe care le furnizau în ceea ce privește sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente. Astfel că atât în timpul pandemiei, cât și ulterior, până când starea de urgență și starea de alertă au fost oarecum diminuate de guvern și președinție, spitalele nu ofereau servicii electiv în ceea ce privește drepturile de sănătate sexuală și reproductivă.” (DGT03)

Constrângerile financiare, lipsa resurselor, rezistența culturală și a societății, alături de ideologii conservatoare, prezintă bariere semnificative în calea sănătății sexuale. Atitudinile publice și capacitatea de răspuns a sistemului de asistență medicală la nevoile de sănătate reproductivă sunt influențate de stereotipii de gen și viziuni conservatoare, care se împotrivesc educației și serviciilor de educație sexuală.³⁶ România își îndeplinește obligațiile legislative în materie de SEX ED, dar se confruntă cu provocări precum corupția și barierele financiare informale. Identificarea educației SRHR cuprinzătoare ca o nevoie esențială a societății civile evidențiază caracterul urgent de a aborda viziuni culturale și tradiționale care obstrucționează drepturile femeilor și accesul lor la servicii de sănătate sexuală și reproductivă.³⁷

Inechitățile structurale care afectează accesul la servicii de asistență medicală se răsfrâng asupra femeilor, mai ales asupra grupurilor de minorități sau cu nivel de educație scăzut. Exacerbarea acestor provocări de pandemia COVID-19 a împiedicat semnificativ accesul la serviciile medicale esențiale, inclusiv la asistența medicală pentru mame și cea reproductivă pentru femeile din rândul populațiilor rurale și vulnerabile.³⁸ În plus, Centrele de Planificare Familială care au fost create la începutul anilor 1990, după revoluția din 1989, sunt foarte slab finanțate și oamenii fie aleg să nu le acceseze fie nu le pot accesa. Reflectând asupra politicilor pronataliste stricte din perioada comunismului, influența lor durabilă asupra drepturilor reproductive și asupra accesului la servicii de asistență medicală sexuală este evidentă.³⁹ Modificările legislative postdecembriste au favorizat progresul, dar dificultățile de a promova utilizarea metodelor contraceptive moderne continuă să existe, evidențiind

nevoia continuă pentru susținere și eforturi în vederea consolidării statutului femeilor în societate, mai ales în ceea ce privește sănătatea reproductivă.⁴⁰ Contextul istoric al sănătății și educației sexuale, marcat de tabuuri și restricții în timpul regimului comunist, continuă să influențeze atitudini sociale contemporane față de discuții deschise și acces la asistența medicală sexuală și reproductivă. Documentarea cu privire la aspecte precum violența domestică scoate la lumină provocările extinse cu care se confruntă femeile, inclusiv accesul la justiție și la serviciile de asistență medicală, agravate de factori precum nivelurile scăzute de educație și constrângerile economice.⁴¹

Așa cum am menționat, serviciile de sănătate sexuală în România sunt furnizate prin intermediul unei rețele care include acces medical, inițiative educaționale și sisteme de sprijin care vizează să abordeze spectrul nevoilor de sănătate reproductivă. Acest cadru urmărește să prevină sarcinile nedorite, să asigure nașterea în condiții de siguranță, să ofere avort și îngrijire post-avort, precum și planificare familială și consiliere contraceptivă. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, sănătatea sexuală cuprinde o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă în materie sexuală, militând pentru o viață fără constrângere, discriminare și violență. Această definiție largă încadrează domeniul de aplicare al serviciilor furnizate în țară, subliniind prevenirea și tratamentul bolilor sexuale și protejarea drepturilor sexuale.⁴² Accentul pus pe accesul universal la asistență medicală, inclusiv la serviciile de sănătate reproductivă, este susținut de Uniunea Europeană. Acesta promovează furnizarea unei game cuprinzătoare de servicii fără constrângere, permițând indivizilor autonomia de a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la viața lor reproductivă. UE recomandă, de asemenea, punerea în aplicare a unei educații de sănătate sexuală și reproductivă adecvate vârstei, bazate pe dovezi, alături de eforturile de eliminare a barierelor sociale care împiedică exercitarea acestor drepturi privind sănătatea. Accesul la servicii de sănătate sexuală și reproductivă, mai ales pentru femei, include consultații gratuite privind avortul și eforturi pentru îmbunătățirea accesibilității serviciilor și creșterea gradului de conștientizare privind drepturile și serviciile disponibile. Există și o inițiativă care vizează creșterea gradului de conștientizare bărbaților și responsabilizare față de aspectele de sănătate sexuală și reproductivă.⁴³

Cu toate acestea, provocările legate de accesarea

35 (Centrul Filia, 2021)

36 (Centrul Filia, 2021)

37 (Dinu, 2022)

38 (Alexandru, Braga & Pantel, 2021)

39 (Alecă & Băltărețu, 2022)

40 (Baban & David, 1994)

41 (Nemes & Crisan, 2022)

42 (Marques-Pereira, 2023)

43 (Marques-Pereira, 2023)

acestor servicii esențiale persistă, așa cum se vede din numărul limitat de birouri de planificare familială care oferă contracepție gratuită și din lipsa unei strategii naționale privind contracepția. Rezistența guvernului față de elaborarea legislației privind educația sexuală complică și mai mult accesul la resursele educaționale necesare.⁴⁴ Scăderea sprijinului guvernamental pentru serviciile de planificare familială, la care stă mărturie închiderea clinicilor și refuzul ginecologilor de a efectua avorturi din motive de conștiință, indică intensificarea provocărilor legate de acces.⁴⁵ Discuțiile Grupurilor Tematice organizate de noi au evidențiat faptul că medicii refuză să ofere îngrijiri din motive religioase și politice - fie că este adevărat sau nu ori este doar un pretext pentru a trimite femeile către asistență privată unde medicii pot câștiga bani suplimentari - și atunci când oferă îngrijire, cazurile medicale pot deveni dificile și complicate, potrivit mărturiei unuia din respondenții noștri:

„Aproape că am murit la finalul lui octombrie din cauza unei pastile din acelea pentru avort pe care le-am luat în cabinetul medicului... Am stat trei zile în spital aproape moartă cu transfuzie de sânge. Ideea e că doctorii fac așa: îmi prescriu pastila [și spun] „succes, doamnă, du-te acasă”, în fine.” (IIC04)

Această descoperire se aliniază concluziilor AMI din raportul lor recent,⁴⁶ indicând faptul că medicii ezită să-și asume orice riscuri sau potențiale răspunderi din cauza complexității implicate.

În plus, accesul public la servicii de sănătate reproductivă lipsește foarte mult, forțând multe persoane să recurgă la serviciile medicale private dacă au mijloacele financiare necesare. Această discrepanță de acces este ilustrată în mod clar de realitatea că, chiar și în cazurile de viol care necesită îngrijire pentru avort, oamenii trebuie să suporte povara financiară: **„Chiar dacă ai un viol, ai fost violată și ai nevoie de îngrijire pentru avort, trebuie să plătești pentru asta” (IIC02)**. Asigurarea publică asigură doar anumite controale sau proceduri, lăsând multe servicii esențiale de sănătate reproductivă inaccesibile pentru cei care depind de sistemul public de sănătate. În consecință, clinicile private, deși sunt mai eficiente și oferă servicii superioare, sunt adesea inaccesibile din cauza costurilor prohibitive. Din nefericire, privatizarea serviciilor medicale exacerbează discrepanțele, deoarece medicii sfătuiesc frecvent femeile să solicite programări la furnizori privați de servicii medicale, inclusiv la cabinetele private ale acestora, perpetuând și mai mult ciclul accesului inegal la servicii de sănătate reproductivă în România.

Eforturile ONG-urilor din România demonstrează faptul că se urmărește în mod activ îmbunătățirea accesului la asistența medicală sexuală și reproductivă, colaborând cu organizații naționale pentru a oferi alternative celor care nu pot obține servicii de întrerupere de sarcină în România.⁴⁷ Cu toate acestea, refugiații și alte populații vulnerabile se confruntă cu obstacole semnificative, inclusiv bariere financiare și ambiguități legate de politică, care le împovărează accesul la aceste servicii de asistență medicală critice. Mai mulți informatori care lucrează cu refugiați ucraineni au menționat că au gestionat cazuri de SRHR în care medicii au discriminat și au refuzat să acorde îngrijire pentru ucraineni din cauza problemelor lingvistice. De asemenea, există o discriminare persistentă împotriva persoanelor HIV pozitive, a cazurilor de hepatită, a lucrătorilor sexuali sau a cazurilor de viol, medicii refuzând să ofere îngrijirea adecvată de prevenire sau tratament, făcând în continuare presiune pe responsabilitatea și vina de partea victimelor și a pacienților.

„Avem HIV transmis de la mamă la copil pentru că nu primesc îngrijirea de care au nevoie și tratamentul în timpul sarcinii. Avem și multă hepatită. De exemplu, nu avem o [profilaxie] după violul din spitale”. (IIC02)

În România, nivelul de conștientizare și înțelegere a drepturilor la contracepție rămâne scăzut, împiedicat de tabuurile persistente din societate, educația inadecvată și de accesul limitat la informații despre sănătatea sexuală cuprinzătoare. În timp ce contracepția este disponibilă și accesibilă din punct de vedere legal, în special prin intermediul farmaciilor și al furnizorilor de servicii medicale, stigmatizarea culturală și socială atașată discuțiilor despre sănătatea sexuală descurajează adesea oamenii, în special tinerii, să caute informații și servicii.

În plus, educația sexuală cuprinzătoare în școli lipsește, programa școlară ocolind adesea subiecte legate de contracepție, lăsând mulți tineri neinformați cu privire la drepturile lor reproductivă și opțiunile contraceptive. Normele sociale conservatoare și influențele religioase contribuie la perpetuarea miturilor și concepțiilor greșite legate de contracepție, subminând autonomia persoanelor și luarea deciziilor cu privire la sănătatea lor sexuală și reproductivă.⁴⁸ În consecință, în ciuda cadrului legal în vigoare, exercitarea practică a drepturilor la contracepție în România rămâne împiedicată de bariere sistematice și culturale, subliniind nevoia urgentă de campanii cuprinzătoare de educare și conștientizare pentru a promova alegerea informată și accesul la servicii contraceptive.

44 (Centrul Filia, 2021)

45 (Benavides, 2021)

46 (AMI, 2024)

47 (Centrul Filia, 2022)

48 (Cassonet, 2022)

Tranziția de la practicile restrictive din perioada comunistă la provocările din prezent în accesarea serviciilor de contracepție și avort prezintă o narativă complexă în domeniul sănătății sexuale și reproductive a femeilor. Interdicțiile istorice privind contracepția și avortul au evoluat în situații actuale în care cunoștințele despre și accesul la serviciile de sănătate reproductivă variază semnificativ, reflectând influența schimbărilor sociale și politice mai largi. Această evoluție este marcată de o moștenire legată de utilizarea scăzută a metodelor de contracepție și de decalajele notabile în conștientizarea femeilor despre drepturile lor reproductive și opțiunilor în materie de sănătate, o situație exacerbată de scăderea recentă a finanțării guvernamentale și de influența grupurilor conservatoare și religioase.⁴⁹

Accesul la contracepție în România este afectat negativ de mai multe provocări, vizibile în special în zonele rurale, unde furnizorii de servicii medicale sunt și mai reticenți în a oferi servicii contraceptive. Constrângerile financiare fac ca serviciile de contracepție și avort să fie prohibitiv de scumpe pentru mulți, contribuind la ratele ridicate ale sarcinilor la adolescente din țară, printre cele mai ridicate din Uniunea Europeană. Această situație semnaleză o lacună critică în educația SEX ED, împiedicată și mai mult de încetarea subvențiilor guvernamentale pentru contraceptive în 2011 și de eliminarea educației sexuale din programele școlare.⁵⁰ În timp ce utilizarea contracepției a crescut în România, există încă o proporție semnificativă de femei care fie nu folosesc nicio formă de contracepție, fie folosesc o metodă tradițională (abstinență, urmărire ritmică, retragere), spre deosebire de o metodă modernă (pilule orale, implanturi, injectabile, prezervative).

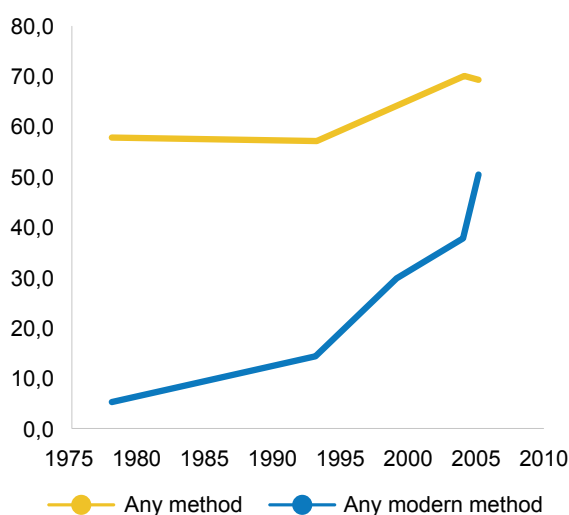


Figura 7: Ponderea femeilor de vârstă reproductivă din România care utilizează contracepția (Orice vs. orice metodă modernă)⁵¹

49 (Bird, 2019; Benavides, 2021; Drăghici, 2017)

50 (Benavides, 2021; Dinu, 2022)

51 (Robayo-Abril, et al., 2023, p. 40)

52 (Benavides, 2021; Dinu, 2022)

Atitudinile conservatoare predominante față de avort și contracepție, exemplificate de comentariile purtătorilor de cuvânt ai guvernului care favorizează sarcinile în detrimentul avorturilor în 2020, reflectă provocările sociale mai largi la adresa drepturilor reproductive. Astfel de atitudini, combinate cu barierele financiare și corupția sistemică din sectorul medical, restricționează accesul la serviciile esențiale de sănătate reproductivă. Reticența de a oferi servicii contraceptive este complicată și mai mult de influența convingerilor conservatoare și religioase,⁵² fapt confirmat și în interviurile noastre:

„O mare cultură a rușinii (shaming) în România ... mulți tineri se tem să-și întrebe părinții despre contracepție ... să ceară bani pentru a cumpăra produse contraceptive ... și părinții vor simți rușine.” (IIC10)

„Probabil din aceleași motive ca stigmatizarea, poate că se tem că oamenii care sunt acolo în farmacie se vor uita ca și cum „o, ești o curvă” sau orice alte nume drăguțe pe care le putem pune lângă contraceptive.” (IIC04)

Costul contracepției este adesea prohibitiv de scump pentru multe persoane, exacerbând discrepanțele socio-economice existente. Stigmatizarea socială din jurul discuțiilor despre sănătatea sexuală împiedică și mai mult accesul, creând o cultură a tăcerii și a dezinformării. Pentru femeile care doresc contracepție orală, există obstacole suplimentare, deoarece necesită o rețetă și pot fi obținute numai cu aprobarea părinților înainte de vârsta de 16 ani. Contracepția de urgență, cum ar fi pilula Plan B/pilula de a doua zi sau pilula de avort, este limitată la persoanele cu vârsta peste 18 ani, adăugând un alt nivel de restricție a accesului la sănătatea reproductivă. Declarațiile din grupul tematic și discuțiile-interviu din această cercetare arată, de asemenea, că medicii refuză să acorde anticoncepționale adolescentelor, pe baza credinței că adolescența este prea tânără. Aceste bariere subliniază nevoia urgentă de reforme și inițiative cuprinzătoare pentru a aborda deficiențele sistemice și pentru a promova accesul echitabil la contracepție pentru toate persoanele din România.

În ciuda faptului că avortul este disponibil în mod legal, refuzul a numeroși medici de a efectua avorturi pe baza obiecțiilor de conștiință evidențiază barierele în calea accesului la servicii de avort sigure și legale. Există cadrul legislativ pentru furnizarea de servicii SEX ED, însă persistă bariere practice în calea accesului la

aceste servicii.⁵³ Găsirea unei clinici sau a unui spital care oferă servicii de avort poate fi o sarcină descurajantă, deoarece numărul spitalelor de stat care oferă avorturi continuă să scadă. Această penurie forțează multe persoane să solicite avorturi la clinici private, unde costurile pot crește până la 800 de Euro. Având în vedere că salariul minim se situează în jurul valorii de 400 Euro pe lună, acest preț abrupt creează o barieră semnificativă în calea accesului pentru cei cu mijloace financiare limitate. Un participant a declarat:

„Adică situația de pe teren nu este atât de grozavă, deoarece există din ce în ce mai puține spitale [publice] care oferă avorturi. De obicei, puteai să faci un avort la clinica privată. [Costurile] se ridică la aproximativ 800 Euro. Dar un salariu minim este, nu știu, cam 400 Euro acum. Da, acest lucru creează cu siguranță o problemă de acces.” (IIC14)

Prin urmare, intersectarea dintre constrângerile financiare, disponibilitatea limitată și reticența furnizorilor subliniază nevoia urgentă de reforme cuprinzătoare pentru a asigura accesul echitabil la servicii de avort sigure și accesibile.⁵⁴ Rata avorturilor a scăzut constant în România în ultimul deceniu, iar acum este sub media UE, după cum se vede în figura de mai jos.

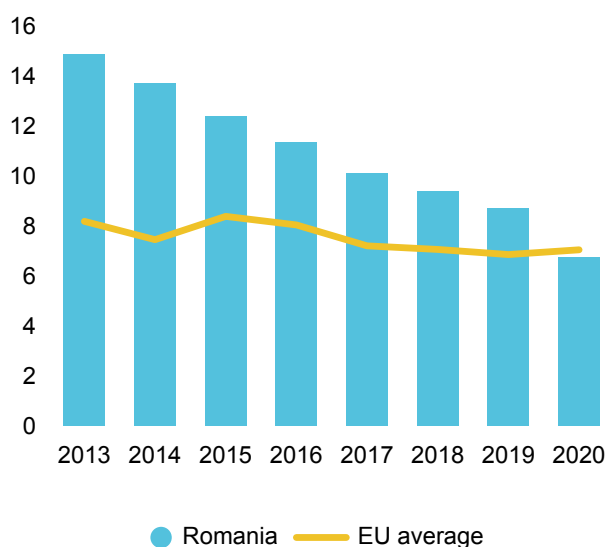


Figura 8: Rata avorturilor (la 1.000 de femei de vârstă reproductivă), România vs. media UE, 2013–2020⁵⁵

Discursul pe marginea infecțiilor și bolilor cu transmitere sexuală (ITS, BTS) dezvăluie o intersectare complexă de lacune de cunoștințe, acces la asistență medicală, stigmatizare socială și deficiențe de educație pentru sănătatea sexuală. În ciuda recunoașterii ITS ca o

preocupare pentru sănătatea publică, datele specifice privind prevalența acestora sunt rare, sugerând lacune substanțiale în educația și conștientizarea sănătății sexuale. Această lipsă de date detaliate indică o problemă semnificativă de sănătate publică care nu este abordată în mod adecvat, incidența ridicată a ITS sugerând provocări fundamentale în eforturile de prevenire și sensibilizare.⁵⁶

Pentru persoanele care suspectează că au o ITS, sistemul de sănătate românesc oferă căi de tratament, deși protocoalele specifice de tratament sau unitățile desemnate pentru gestionarea ITS nu sunt mediatizate pe scară largă. Această omisiune reflectă o deficiență mai amplă a capacității infrastructurii de asistență medicală de a răspunde în mod eficace la ITS, agravând probabil dificultățile legate de gestionarea și limitarea răspândirii acestor infecții. Stigmatizarea socială legată de ITS, dedus din normele sociale conservatoare din România și obstacolele întâmpinate în accesarea educației pentru sănătatea sexuală, agravează aceste provocări. Influența generalizată a ideologiilor conservatoare și religioase, împreună cu educația sexuală redusă, cultivă un mediu în care stigmatizarea și concepțiile greșite despre ITS sunt predominante, împiedicând eforturile de a promova conștientizarea și de a încuraja comportamentele de sănătate sexuală responsabile. ITS prezintă riscuri semnificative pentru sănătatea maternă și neonatală, rapoartele indicând faptul că majoritatea adolescentelor nu solicită sfatul medicului în timpul sarcinii, ratând astfel oportunități esențiale pentru screeningul și tratamentul ITS. Această supraveghere subliniază nevoia critică de a integra educația și screening-ul ITS în cadrul serviciilor de asistență medicală pentru mamă pentru a proteja atât mamele, cât și copiii lor de potențiale complicații de sănătate.⁵⁷

Sprijinul public, în special din partea OSC-urilor specializate în SRHR, pentru îmbunătățirea educației sexuale, cuprinzând prevenirea ITS, semnalează o potențială schimbare către reducerea lacunelor de cunoștințe și îmbunătățirea măsurilor preventive prin educație. Acest sprijin public reflectă o recunoaștere tot mai mare a importanței introducerii unei educații sexuale cuprinzătoare în școli, cu scopul de a aborda deficiențele în ceea ce privește cunoștințele și conștientizarea cu privire la ITS și de a promova practici preventive mai bune.

Navigarea în sistemul de sănătate, în special pentru îngrijirea mamei și a nou-născutului, este încărcată cu provocări care rezidă dintr-o lipsă de înțelegere și cunoaștere în rândul indivizilor. Îngrijirea prenatală, intranatală și post-partum sunt afectate de inadvertențe, multe femei însărcinate consultând un medic doar în

53 (Dinu, 2022)

54 (Centrul Filia, 2021)

55 (Robayo-Abriil, et al., 2023, p. 40)

56 (Radu et al., 2022; Filia Center, 2021)

57 (Radu et al., 2022)

momentul nașterii, subliniind un decalaj îngrijorător în îngrijirea prenatală. Alăptarea este descurajată, iar sprijinul pentru aceasta este minim, contribuind la rate scăzute de alăptare. Doar 3,4% dintre bebelușii sub șase luni sunt alăptați exclusiv la sân în România.⁵⁸

La nivel național	
2.43	Durata medie a alăptării exclusive pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 6 luni, în scădere față de 2004 (3,9 luni).
31.3%	Sugari cu vârsta sub 1 lună alăptați exclusiv la sân Procentul scade treptat odată cu vârsta: <ul style="list-style-type: none"> • 22,7% din sugari cu vârsta sub 2 luni alăptați exclusiv la sân • 3,4% din sugari cu vârsta sub 6 luni alăptați exclusiv la sân
15.4%	Prevalența alăptării exclusive în mediul urban – aproape de două ori mai mare comparativ cu zonele rurale (9,8%).

Figura 9: Statistici privind alăptarea în România⁵⁹

Bebeluşii sunt adesea separați de mamele lor la naștere în sistemul medical, nașterea fiind extrem de medicalizată, subminând procesul crucial de conectare timpurie. Femeile se confruntă cu stigmatizarea și vina atunci când experimentează avorturi spontane, exacerbând suferința emoțională. Rata ridicată a nașterilor prin cezariană subliniază medicalizarea nașterii, reflectând un sistem în care nașterea este tratată ca o procedură clinică, mai degrabă decât ca un proces natural. Nu este un lucru comun ca femeile să solicite îngrijire obstetrică și ginecologică, perpetuând și mai mult lacunele în ceea ce privește accesul și calitatea asistenței medicale pentru mame: „**Multe femei însărcinate nu merg niciodată la medic până la momentul nașterii copilului**” (IIC01). Abordarea acestor deficiențe sistemice necesită reforme cuprinzătoare pentru a promova educația, sprijinul și îngrijirea centrată pe pacient pe tot parcursul procesului de asistență medicală acordate mamei și nou-născutului.

Experiențele femeilor în ceea ce privește îngrijirea prenatală, intranatală și postnatală în România se caracterizează printr-o interacțiune complexă de progrese, provocări continue și domenii semnificative care necesită îmbunătățiri. Țara se confruntă cu dificultăți în asigurarea îngrijirii și educației cuprinzătoare pentru mamele adolescente și combaterea barierelor sociale și culturale care stau în calea educației pentru sănătatea sexuală. Un studiu realizat la Ploiești evidențiază riscurile crescute asociate sarcinilor la adolescente, în special pentru minorele sub 15 ani, inclusiv complicațiile mamei, obstetrice și perinatale crescute.⁶⁰ Aceste constatări indică nevoia pentru management și sprijin specializat pentru mamele tinere, care provin adesea din medii defavorizate și se luptă să aibă acces la îngrijiri medicale adecvate. Lipsa unei supravegheri medicale adecvate exacerbează potențialul complicațiilor care pot fi prevenite, subliniind nevoia urgentă de programe educaționale țintite concepute pentru a preveni sarcinile timpurii și pentru a atenua riscurile de sănătate asociate. Problema ciclică a sarcinilor la adolescente, prevalentă în special în familiile sărace, subliniază disparitățile socio-economice și provocările legate de accesul la asistență medicală în România. Rolul moașelor, în special în comunitățile rurale și dezavantajate, este evidențiat ca fiind esențial pentru asigurarea educației și asigurarea accesului la prestații medicale și sociale. Cu toate acestea, lacunele legislative limitează în prezent integrarea și eficacitatea lor deplină în cadrul sistemului de sănătate.⁶¹

Accesul la serviciile de asistență medicală primară prin intermediul medicilor de familie sau al medicilor generaliști (MG) este o altă provocare semnificativă, în special în zonele rurale, unde se face simțită penuria de personalul medical. Asigurarea unei programări la un furnizor de asistență medicală este adesea o sarcină dificilă, cu timpi de așteptare care se întind până la o lună, exacerbând problemele de sănătate și subminând îngrijirea în timp util.

58 (UNICEF, n.d.)

59 (UNICEF, n.d., p. 10)

60 (Radu et al., 2022)

61 (Radu et al., 2022)

„Dacă trebuie să aștept o programare [care este gratuită], în general durează cel puțin o lună pentru a obține orice fel de programare la un specialist. Fac programări doar de la lună la lună. ... Simt că, în calitate de femeie, trebuie să fii foarte pregătită, să faci o analiză financiară și să ai economii pentru a avea orice fel de experiență de sănătate de calitate.” (IIC06)

Pacienții reclamă calitatea slabă a îngrijirii și de lipsa de empatie pe care medicii o arată, care adesea nu au o pregătire adecvată și un comportament pe măsură față de pacienți. Deosebit de îngrijorătoare este lipsa de înțelegere în rândul medicilor de sex masculin cu privire la nevoile medicale ale femeilor, reflectând o prejudecată sistemică de gen în furnizarea de asistență medicală.

„Dar ceea ce am văzut în alte interviuri este că există și această atitudine patriarhală, mai ales dacă obstetricianul este bărbat, că e vorba despre sexul medicului, nu despre sexul pacientului”. (IIC05)

Atitudinile patriarhale predominante în mediile medicale, în special atunci când medicii de sex masculin se ocupă de pacienții de sex feminin, contribuie la sentimente de disconfort și rușine în rândul femeilor care solicită asistență medicală, descurajându-le și mai mult să acceseze servicii esențiale.

„E ca și cum mama simte rușine când se întoarce la soțul ei după întâlnirea medicală cu medicul, deoarece mama trebuie să se dezbrace în aceeași cameră cu un medic bărbat și apoi să se întoarcă la soțul ei și se simt ca și cum înșală sau ceva de genul acesta.” (IIC05)

Lipsa medicilor de sex feminin exacerbează problema, deoarece femeile consideră adesea că este mai liniștitor să abordeze problemele delicate de sănătate cu medici de același sex. Marginalizarea vocilor femeilor în dezvoltarea serviciilor de sănătate perpetuează aceste disparități, subliniind nevoia urgentă de reforme cuprinzătoare pentru a aborda prejudecățile de gen, pentru a îmbunătăți formarea medicală și pentru a asigura accesul echitabil la asistență medicală de calitate pentru toate persoanele din România.

Populațiile marginalizate

În 2023, unei femei de etnie romă surdă i s-a refuzat îngrijirea într-un spital din România și a fost nevoită să nască pe trotuarul din fața spitalului.⁶² Acest subiect a fost în centrul atenției societății românești și a fost frecvent adus în discuție de numeroși participanți la interviurile și grupurile noastre tematice atunci când s-a discutat despre drepturile privind sănătatea sexuală și reproductivă (SRHR) și populațiile marginalizate. Acest caz se remarcă în special prin intersecționalitatea identităților marginalizate și discriminarea flagrantă pe care o implică, servind ca o ilustrare vie a microagresiunilor cotidiene cu care se confruntă populațiile marginalizate din societatea românească. Acest lucru este evident mai ales atunci când se caută acces la asistență medicală, mai ales atunci când este implicată orice percepție a sexului.

Discriminarea și segregarea împiedică accesul la serviciile de sănătate pentru grupurile marginalizate, cum ar fi femeile rom și femeile cu dizabilități, și sunt înrădăcinate în prejudecăți și stereotipuri societale adânc înrădăcinate.⁶³ În același timp, violența domestică rămâne o problemă generalizată, necesitând cadre juridice și sociale consolidate pentru a sprijini în mod eficace victimele și a combate violența.⁶⁴ Populațiile marginalizate din România, în scopul acestui studiu, includ refugiați (din Ucraina și din alte părți), romi, LGBTQIA+, lucrători sexuali și persoane cu dizabilități.

După cum am ilustrat în exemplul de la începutul acestei secțiuni, grupurile marginalizate se confruntă cu provocări semnificative în accesarea asistenței medicale ginecologice și materne de bază, cu discrepanțe legate de riscuri și acces la îngrijire prenatală care necesită intervenții specifice de asistență medicală.⁶⁵ Pandemia de COVID-19 a exacerbat și mai mult aceste discrepanțe în materie de SRHR, subliniind nevoia urgentă de

62 (ERRC, 2023)

63 (Nemeș and Crișan, 2022)

64 (Nemeș and Crișan, 2022)

65 (Alexandru, Braga & Pantel, 2021)

politici de sănătate favorabile incluziunii și receptive.⁶⁶ Organizațiile neguvernamentale (ONG-uri) și inițiativele societății civile joacă un rol esențial în reducerea acestor lacune prin furnizarea de educație SRHR și sprijin grupurilor marginalizate. Aceste eforturi includ distribuirea de produse de igienă menstruală și organizarea de cursuri de igienă pentru populațiile vulnerabile, în special în zonele rurale. Potrivit participanților, pandemia COVID-19 a afectat în mare măsură serviciile de avort, spitalele publice suspendând serviciile neesențiale, reducând astfel în mod semnificativ accesul și forțând dependența de clinici private scumpe. Influențele culturale și religioase asupra politicilor și practicilor SRHR afectează în mod disproporționat populațiile marginalizate, descurajând adesea femeile să solicite avorturi și împiedicând accesul la informații exacte. Contextul istoric al interzicerii avortului sub regimul comunist Ceaușescu, care a dus la decese materne și la o cultură a fricii, evidențiază nevoia esențială de servicii legale și accesibile de avort pentru a proteja sănătatea și viața femeilor, în special pentru grupurile marginalizate.⁶⁷

Populația romă este discriminată de mult timp în România. Participanții au avut multe povești anecdotice, dar ilustrative, despre discriminarea împotriva femeilor rome. Un participant a vorbit despre o poveste despre o femeie romă care a murit în fața unui spital pentru că au suspectat că a efectuat singură avortul și i s-a refuzat îngrijirea de către medici din motive religioase (IIC02). Un alt participant a citat un caz în care unei femei rome i s-au făcut aproape 24 de avorturi (IIC12). În general, populația romă întâmpină dificultăți în accesarea sistemului național de asigurări de sănătate și i se refuză în mod obișnuit îngrijirea SEX ED. Este mai probabil ca aceștia să se confrunte cu violență sexuală⁶⁸ și discriminare semnificativă în sistemul polițienesc și judiciar, ceea ce îi face mult mai puțin susceptibili să solicite servicii și sprijin SRHR.

Refugiații sunt o altă populație care se confruntă cu un grad ridicat de discriminare în România. În cazul refugiaților din Ucraina, a existat inițial multă simpatie și sprijin din partea României în primele luni ale războiului ucrainean cu Rusia, dar această bunăvoință s-a erodat treptat pe măsură ce războiul din Ucraina durează de peste doi ani. Refugiații ucraineni sunt adesea traumatizați și au nevoie de îngrijire și înțelegere suplimentară, iar **„Refugiații ucraineni se confruntă cu exacerbarea tuturor vulnerabilităților din cauza situației de criză și [din cauza] faptului că statul român nu este capabil”** (IIC15). Potrivit participanților noștri, refugiații ucraineni sunt mai puțin susceptibili să

vorbească despre problemele SRHR și sunt mai puțin susceptibili să apeleze la servicii de asistență medicală. Acest lucru se datorează barierei lingvistice, costurilor și atitudinilor medicilor. Unul dintre participanții noștri ne-a exprimat acest lucru:

„Mamele ucrainene ar spune și că poate [medicul] a simțit că „nu voi înțelege cuvintele pentru că nu vorbesc românește”. Nu vorbesc engleza, este nevoie de prea mult timp pentru ca medicul să folosească traducerea pentru ucraineană, așa că va dura [de două ori mai mult]. Acesta este motivul pentru care, uneori, spitalul nu le oferă suficient timp din cauza traducerii. Dar pentru mamele române, e ca și cum medicul a decis că știe mai bine pentru mine și a refuzat să răspundă. Se prefacă că nu are suficient timp.” (IIC05)

Ca o turnură ironică, au existat mai mulți participanți care au raportat că au auzit despre fenomenul refugiaților ucraineni care se întorc în Ucraina pentru a primi îngrijiri medicale și avorturi, deoarece calitatea și accesul sunt mai bune în Ucraina decât în România.

„Avem o mulțime de oameni care s-au întors în Ucraina pentru a face avorturi sau diferite tipuri de îngrijire SRHR pentru că – credeți sau nu – au un sistem de sănătate publică mai bun decât al nostru, cel puțin din ceea ce am auzit și am învățat de la ei” (KII13).

În contextul României, percepția și tratamentul persoanelor din comunitatea LGBTQIA+ sunt dinamice și cuprind atitudini sociale, moravuri culturale și cadre juridice. De exemplu, directorii de școli pot permite OSC-urilor și grupurilor să ofere o programă de educație sexuală, dar cer ca problemele specifice LGBTQIA+ să nu fie menționate deloc (IIC12). În mod semnificativ, atitudinile societății din România, care reflectă un amestec de ideologii tradiționaliste și conservatoare, pot împiedica accesul la servicii de sănătate sexuală și reproductivă pentru persoanele LGBTQIA+.⁶⁹

România rivalizează cu rate ridicate de violență și discriminare LGBTQIA+ în Uniunea Europeană, potențial exacerbate de măsurile legislative care vizează educația identității de gen.⁷⁰ Adoptarea prospectivă a statutelor care interzic educația de gen în instituțiile de învățământ ridică îngrijorări profunde cu privire la drepturile și perspectivele educaționale

⁶⁶ (Alexandru, Braga & Pantel, 2021)

⁶⁷ (Kligman, 2022)

⁶⁸ (WomanStats Project, 2022)

⁶⁹ (Centrul Filia, 2021)

⁷⁰ (Dinu, 2022)

ale comunității LGBTQIA+. Influențele culturale, în special cele care provin din instituțiile religioase predominante din țară, contribuie la perpetuarea percepțiilor societății conservatoare față de persoanele LGBTQIA+, afectând astfel formularea și implementarea politicilor privind drepturile la sănătatea sexuală și reproductivă.⁷¹ Există mai multe organizații vizibile care conduc inițiative care vizează promovarea drepturilor LGBTQIA+ prin activități de promovare, campanii de conștientizare și programe de sprijin. Aceste entități joacă un rol esențial în catalizarea reformelor juridice, promovarea incluziunii sociale și furnizarea de asistență cohortelor LGBTQIA+ din România.

Potrivit participanților la acest studiu, discriminarea persoanelor LGBTQIA+ în domeniul asistenței medicale este galopantă. Există doar o mână de clinici private care sunt prietenoase cu LGBTQIA+. Pentru astfel de persoane, există puține opțiuni de tratament sau nu există deloc și mulți recurg la cumpărarea de medicamente hormonale de pe piața neagră ilegală. Potrivit unuia dintre participanții noștri cu cunoștințe profunde despre această problemă:

„De exemplu, avem femei lesbiene care nu găsesc un ginecolog prietenos cu LGBTQIA+. Avem femei trans care trebuie să-și cumpere hormonii de pe piața neagră pentru că nu există suficienți endocrinologi care să le prescrie. Cu vreo doi ani în urmă, guvernul român a interzis și testosteronul, deoarece a fost folosit pentru persoanele care merg la sălile de sport. Nu știu exact, dar cu toate acestea, testosteronul pentru bărbații trans nu mai este disponibil pe piața din România. [Această decizie] a avut un impact direct asupra nevoii comunității trans. Decizia guvernului a avut un impact direct asupra unei nevoi fundamentale a comunității trans. (IIC11)

Un alt grup marginalizat care este adesea neglijat este reprezentat de cei care locuiesc în zonele rurale. Așa cum am menționat mai sus, accesul la serviciile de asistență medicală este o provocare specială în România, cu atât mai mult în zonele rurale. Se face prezentă lipsa de medici de familie și medici generalişti (MG) în zonele rurale, și lipsa farmaciilor pentru obținerea tratamentului și a contracepției. Tinerii care locuiesc în zonele urbane și semiurbane din România au, în general, mai mult acces la informații și sprijin, potrivit participanților noștri. Tinerii din zonele rurale își doresc să primească educație sexuală și servicii SRHR, potrivit cercetării efectuate de World Vision (IIC07).

De remarcat în România sunt diferențele și realitățile culturale dintre zonele rurale izolate și zonele urbane.

71 (Dinu, 2022)

72 (Velentza, 2020)

73 (Reinschmidt, 2016)

74 (Departamentul de Stat al Statelor Unite, 2023)

Zonele rurale sunt cu mult mai conservatoare din punct de vedere cultural și religios, iar practicile și convingerile SRHR sunt centrate în jurul acestor viziuni. De exemplu, căsătoriile forțate în copilărie au loc mult mai frecvent în regiunile rurale din România.⁷² În zonele rurale, persistă încă în mare măsură blamarea victimei atunci când vine vorba de violența sexuală. Violența domestică are loc în comunitățile rurale care devine adesea o normă socio-culturală. Mesajul întărit de autoritățile locale este că **„este în regulă dacă soțul tău folosește violența, iar violul nu poate avea loc în cadrul căsătoriei” (IIC08)**. Un participant intervievat (IIC15) a organizat un curs de formare pe tema violenței bazate pe gen (VBG) într-o școală rurală pentru un grup de profesori, și chiar vizavi de fereastra clasei un bărbat își bătea soția. A fost chemată poliția. Profesorii de la curs nu au reacționat deloc. Erau **„nedumeriți pentru că se întâmplă mereu Este un lucru normalizat în zonele rurale” (IIC15)**. Acest participant, cu o experiență profundă de lucru în comunitățile rurale, a continuat: **„Dacă merg să vizitez școlile rurale pe care le am, unde sunt găini în curtea școlii și acei copii nu au haine noi și încerci să vorbești cu ei despre utilizarea prezervativelor, ei nici măcar nu știu ce este prezervativul” (IIC15)**.

S-a menționat foarte puțin despre persoanele cu dizabilități și discriminarea SRHR, mai ales pentru că participanții nu știau suficient de mult pentru a vorbi despre aceste probleme. Aceasta este, în sine, o constatare semnificativă, deoarece participanții noștri reprezintă principalele OSC-uri care lucrează pe probleme de SRHR în România. Faptul că nu aveau cunoștințe despre SRHR pentru persoanele cu dizabilități – în afară de câteva povești anecdotice auzite de la alții – indică un decalaj major de programare și militare pentru un grup extrem de marginalizat.

Și cei implicați în munca sexuală au fost menționați ca fiind discriminați, dar numai în trecere de majoritatea participanților. Munca sexuală – în special, prostituția – a fost doar dezincriminată marginal în 2014, dar vânzarea și solicitarea de sex pentru bani rămân ilegale. Deși în prezent este tratată ca o infracțiune minoră și doar ușor aplicată. Acest lucru plasează România ca o excepție în Europa, unde cea mai mare parte a muncii sexuale a fost complet dezincriminată.⁷³ Traficul sexual ilegal este o problemă mult mai mare în România, în special al copiilor, iar România este un exportator major de lucrători sexuali forțați.⁷⁴ În România, lucrătorii sexuali se confruntă cu discriminare atunci când caută servicii de sănătate sexuală, deoarece medicii refuză în mod obișnuit să acorde tratament lucrătorilor sexuali din cauza profesiei lor.

Aceste provocări există pentru toți românii, așa cum am

subliniat mai sus, dar sunt și mai grave pentru populațiile marginalizate. Pentru aceste populații, provocările și lacunele de bază în educație și asistență medicală sunt exacerbate. Unele din OSC-urile cu care am vorbit au programe specifice grupurilor marginalizate și vulnerabile, dar majoritatea au doar programe generale menite să includă toate identitățile, aceste nefiind țintite

Implementarea și implicarea politicilor guvernamentale

Participanții la cercetare au remarcat lipsa unor politici coerente și a unor planuri de implementare pentru problemele de sănătate publică legate de sănătatea sexuală și reproductivă.

Absența unui plan de strategie coerent pentru prevenirea și eradicarea HIV subliniază o lacună semnificativă în inițiativele de sănătate publică din România. Potrivit unuia din respondenții noștri, ONU recomandă testarea HIV pentru 90% din populație, pe când rata de testare a României rămâne sub 10% (IIC01), indicând o mare diferență între standardele internaționale și eforturile de implementare locale. Agravată de lipsa unei alocări bugetare suficiente la Ministerul Sănătății, țara se confruntă cu provocări formidabile în extinderea programelor sale pentru prevenirea și tratamentul HIV. Fără o finanțare adecvată și o direcție strategică, România se străduiește să abordeze preocupările presante legate de sănătatea publică generate de HIV/SIDA.

În decembrie 2022, ministerul a aprobat o strategie, dar nu există încă un plan național pentru HIV (IIC12). Există o lipsă de finanțare pentru mecanismele de prevenție și nu există programe care vizează creșterea gradului de conștientizare cu privire la HIV, ceea ce duce la o expunere limitată. Spre deosebire de țările vecine cu strategii eficiente de prevenire, România nu a aprobat astfel de măsuri. În timp ce strategia națională conține informații preliminare, medicamentele pentru HIV nu sunt accesibile în farmacii,⁷⁵ determinând persoanele să recurgă la achiziționarea de medicamente din surse online fără prescripție medicală. Deși persoanele cu HIV din România primesc tratament subvenționat de la stat, există o lipsă persistentă de medicamente, necesitând vizite lunare la medic pentru o lună de tratament. Bugetul anual reprezintă doar pacienții existenți, lăsând pacienții noi în incertitudine în așteptarea realocărilor bugetare și a procedurilor de achiziții, care duc adesea la penurii de medicamente de luni de zile. Această situație pune în pericol viața cetățenilor care trăiesc cu HIV, crescând în același timp șansele de transmitere la altele din cauza încărcăturilor virale mai mari.

În plus, marginalizarea problemelor SRHR în agendele guvernamentale reflectă o tendință mai largă de neglijare și supraveghere. Inițiative precum furnizarea de produse de igienă menstruală pentru fete și femei în toaletele școlilor publice întâmpină rezistență și obstacole birocratice în dezvoltarea politicilor, subliniind barierele înrădăcinate în calea politicilor progresive SRHR. Un interviu a propus că implicarea limitată a femeilor în dezvoltarea serviciilor și sistemelor de sănătate ar putea fi o parte a cauzei perpetuării inegalităților sistemice și ar putea submina incluziunea modelelor de furnizare a asistenței medicale. (IIC04) Autoritatea și reprezentarea femeilor în politica și puterea socială românească se confruntă, de asemenea, cu provocări majore; iar România are cele mai mici procente de femei parlamentar din UE.⁷⁶

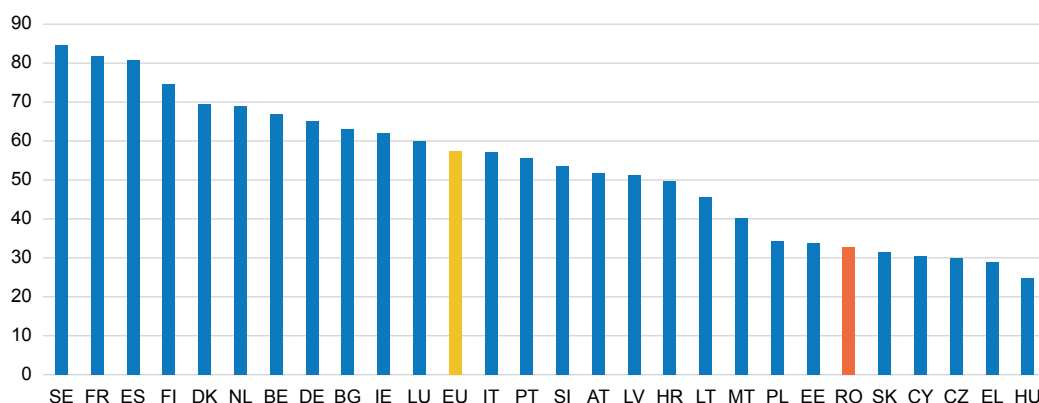


Figura 10: Punctajele domeniului de putere pentru femeile din România vs. Statele membre UE-27, Indicele egalității de gen 2022⁷⁷

⁷⁵ (Correlation, 2021)

⁷⁶ (Robayo-Abril, et al., 2023)

⁷⁷ (EIGE, 2022, cf. Robayo-Abril, et al., 2023, p. 85)

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România:

Situația actuală și traiectorii viitoare

Moașele, în special, se confruntă cu provocări în obținerea recunoașterii din partea guvernului român (DGT01). Din punct de vedere istoric, sistemul de sănătate din România a fost mai centrat pe medic, obstetricienii asumându-și adesea roluri principale în îngrijirea nașterii. Moașele, ca profesie independentă, nu au primit același nivel de recunoaștere sau sprijin. Există complexități birocratice și cadre de reglementare care nu se adaptează în mod adecvat practicii profesiei de moașă. Percepțiile culturale și sociale asupra nașterii și rolurile profesioniștilor din domeniul medical pot influența politicile guvernamentale privind moașele, având în vedere măsura mare în care nașterea este medicalizată în România.

În timpul sesiunii de validare a părților interesate pentru prima schiță a acestui raport, un reprezentant al părților interesate cu cunoștințe și experiență în domeniul moașelor a oferit această perspectivă:

„Cred că profesia de moașă se confruntă cu o provocare diferită în România. Avem o legislație națională care este o reproducere a directivei UE care reglementează profesia noastră. Nu avem contract cu casa națională de asigurări, așa că ne confruntăm cu o problemă de politică, nu legislativă.

De asemenea, percepțiile culturale și sociale sprijină serviciile de îngrijire din partea moașelor, la toate nivelurile. Rolul moașelor privește SEX ED la toate nivelurile de îngrijire: comunități, cabinete medicale în afara spitalelor, îngrijire ambulatorie și îngrijire spitalicească. De asemenea, moașele joacă un rol crucial în planificarea familială, prevenirea sarcinii la adolescente, îngrijirea unei femei care nu dorește copii la un moment dat sau deloc, îngrijirea și educația prenatală, îngrijirea și educația postnatală, îngrijirea intranatală, îngrijirea nou-născutului și îngrijirea maternă.

[Confederația Internațională a Moașelor] și [Organizația Mondială a Sănătății] extind rolul moașelor în toate orientările și programele școlare și avem o reprezentare clară a competențelor noastre și în legislația națională, acoperind planificarea familială și SEX ED la toate nivelurile. Deci, nu recomand limitarea moașelor doar la rolurile intranatale, deoarece este doar o mică parte din competențele și activitățile noastre.

Recomand, de asemenea, consolidarea rolului important al moașelor în prescrierea contraceptivelor și avorturilor medicamentoase, competențe care ar trebui obținute urgent pentru moașele din România.” (Consultarea părților interesate, martie 2024)

După revoluția din 1989, rata avorturilor a fost deosebit de ridicată, împreună cu o prevalență a procedurilor nesigure. Agențiile umanitare au intervenit, introducând contracepția eficientă, planificarea familială cuprinzătoare și educația sexuală temeinică în școli. Inițial, după revoluție, avortul a fost disponibil și gratuit la cerere, în special până la 14 săptămâni (aproximativ 3 luni). Cu toate acestea, odată cu plecarea multor agenții internaționale umanitare, în special după aderarea României la UE, și creșterea influențelor de dreapta, a existat o înăsprire semnificativă a reglementărilor privind SRHR:

„După revoluția din vremea lui Ceaușescu, știți că rata avorturilor a fost atât de mare, avorturile în condiții de nesiguranță au fost atât de mari încât au venit agențiile umanitare și au avut o contracepție bună, o planificare familială foarte bună, o educație sexuală foarte bună în școli. Avortul era gratuit la cerere. Adică, a fost ușor gratuit la cerere până la 14 săptămâni. Dar, pe măsură ce agențiile umanitare au plecat, mai ales când România a aderat la UE și acum că vin mai multe influențe de dreapta, acest lucru este într-adevăr un fel de reprimare a sănătății și drepturilor protejate sexual.” (IIC17)

Pe baza IIC-urilor noastre, alinierea guvernului la perspectivele moderne și progresiste privind SRHR nu răspunde așteptărilor societății. În perioada 1992-1993, guvernul a înființat 13 clinici model de planificare familială în sectorul public. În 2005, au existat discuții privind durabilitatea, ceea ce a dus la o reducere a numărului de medici. În 1994, Banca Mondială a finanțat Ministerul Sănătății pentru a conecta 250 de clinici de planificare familială din întreaga țară, în special în orașele mai mici. Deși a fost înființată o rețea de medici, aceasta s-a diminuat din cauza eșecului Ministerului Sănătății de a furniza resurse. În schimb, au oferit doar consiliere și au trimis pacienții la farmacia pentru a cumpăra contraceptive. În 2015, prima strategie SRHR a propus gratuitatea contraceptivelor. Cu toate acestea, această strategie a expirat fără aprobare suplimentară sau alocare bugetară. În prezent, o nouă strategie SRHR propusă de Ministerul Sănătății rămâne neaprobată, lăsând România fără o strategie oficială privind SRHR pusă în aplicare (IIC07). Potrivit unuia dintre participanții noștri, calendarul pentru elaborarea politicii SRHR a fost următorul:

„... 2001 – a succedat un protocol semnat cu ministerele privind o programă școlară la nivel național privind educația pentru sănătate, aprobat până în 2004-2005. Educația sexuală a combinat identitatea de gen, sănătatea reproductivă, lansată sub auspiciile premierului, ambasadelor, donatorilor importanți. Discursul public al factorilor

de decizie de la nivel înalt, împreună cu societatea civilă, medicii, centrele de planificare familială, cu planificarea familială inclusă în serviciile medicale de bază – părea că toată lumea lucrează la această problemă. În prezent, nimic din toate acestea nu se mai întâmplă.” (IIC18)

Regresul SRHR în România reflectă o interacțiune complexă de moșteniri istorice, schimbări politice și sprijin extern în scădere. Eșecul de a susține impulsul inițiativelor SRHR, inclusiv abandonarea programelor școlare naționale privind educația pentru sănătate (IIC17, IIC18), subliniază fragilitatea câștigurilor în materie de sănătate publică și nevoia urgentă de reînnoire a angajamentelor guvernamentale și a colaborării multipartite pentru a aborda provocările în schimbare ale SRHR în România.

Provocările socio-culturale românești

Așa cum am menționat anterior, în România, discriminarea împotriva comunității LGBTQIA+ este predominantă, caracterizată prin niveluri ridicate de homofobie și credințe normative tradiționale de gen. Termenul „gen” este asociat în primul rând cu persoanele transgender și reflectă un program anti-egalitate de gen propagat de anumite grupuri, care au influență politică și urmăresc să influențeze legislația, inclusiv modificările legilor privind protecția copilului (IIC18). Țara se confruntă și cu cea mai mare rată a sarcinilor la adolescente din Europa,⁷⁸ cu dovezi care sugerează stigmatizarea socială notabilă împotriva contracepției, în special în rândul băieților și bărbaților. Discuțiile grupurilor tematice cu adolescenți și tineri au arătat că accesul la contracepție în magazine – cum ar fi cumpărarea prezervativelor – poate fi întâmpinat cu rușine, presiune și un sentiment de stângăcie, din cauza percepției că utilizarea metodelor contraceptive diminuează masculinitatea, virilitatea și fertilitatea.

Există o noțiune predominantă că este exclusiv responsabilitatea femeii să practice sexul protejat, bărbații opunându-se adesea utilizării prezervativului din cauza normelor culturale sau a preferințelor personale: **„Știți cum sunt bărbații, nu le place să poarte prezervativ” (IIC12)**. În cazurile de sarcini accidentale, atitudinile societății tind să învinovățească femeile, mai degrabă decât să îi considere pe bărbați

în egală măsură de responsabili, reflectând un standard dublu de gen. Așteptările de gen dictează modul în care oamenii, în special băieții, își exprimă emoțiile și vulnerabilitățile. Băieții se pot confrunta cu ridiculizarea din cauza exprimării emoțiilor precum plânsul, perpetuând stereotipurilor de gen dăunătoare și consolidând discriminarea bazată pe normele de gen:

„Deci, am un exemplu pentru asta, de fapt o mărturie dintr-unul dintre rapoartele de cercetare ale cercetătorilor pe care le-am produs cu privire la situația VBG în școli, unde un băiat care și-a pierdut mama plângea mult în clasă ori de câte ori apărea subiectul mamei și toți ceilalți băieți râdeau de el și ei spuneau: „Nu poți să plângi după mama ta”. Și toate fetele era ceva de genul... are voie să plângă – lăsați-l în pace. Și în acel caz, băiatul a fost discriminat pentru că este băiat și nu ar trebui să plângă după mama lui și invers discriminare față de fete. (KII15) (IIC15)

În comunitățile precum cele de romi, practicile culturale cum ar fi căsătoriile timpurii și familiile numeroase sunt predominante, perpetuează normele bazate pe gen prin limitarea autonomiei femeilor și a drepturilor reproductive.⁷⁹ Nivelul scăzut de educație pentru sănătate și cunoștințe contraceptive în rândul mamelor adolescente subliniază imperativul intervențiilor educaționale țintite pentru a aborda cauzele profunde ale discriminării de gen.⁸⁰ Femeile se confruntă cu discriminare bazată pe gen în sectorul medical, inclusiv cu discrepanțe în gestionarea durerii și respingerea durerii lor ca psihosomatică, reflectând probleme mai largi ale inegalității de gen.⁸¹

Violența domestică rămâne o problemă presantă, o parte semnificativă a femeilor suferind agresiuni fizice sau sexuale din partea partenerilor intimi, adesea neraportate. Barierele structurale împiedică accesul la justiție pentru femei, în special pentru cele din zonele rurale sau grupurile minoritare, accentuând discriminarea sistemică.⁸²

„Am convingerea că violența domestică nu este încă bine înțeleasă. Când [românii] aud de violența domestică, se gândesc la o femeie care este bătută permanent de soțul ei și cam atât. Dar violența domestică îmbracă atât de multe forme și încă nu știm cum să le observăm sau cum să le evaluăm sau ce să facem în caz de violență domestică. Încă mai avem această atitudine care, ah, știți pe cineva care este bătută de soțul ei. E problema lor.” (IIC04)

78 (IIC02; IIC09; Radu et al., 2022)

79 (Radu et al., 2022)

80 (Radu et al., 2022)

81 (Centrul Filia, 2021)

82 (Nemes & Crisan, 2022)

Recomandările pentru abordarea discriminării de gen se axează pe dezvoltarea unor mecanisme solide de sprijin și protecție pentru victime, campanii sporite de conștientizare pentru a combate stereotipurile de gen înrădăcinate și asigurarea accesului echitabil la justiție pentru toate femeile.⁸³ Grupurile de militanți continuă să pledeze pentru drepturile femeilor, în special în ceea ce privește sănătatea și drepturile reproductive, cu scopul de a rectifica nedreptățile istorice și de a promova norme sociale echitabile din punct de vedere al genului.

Mediul istoric al României, în special moștenirea regimului comunist al lui Ceaușescu, a modelat profund poziția sa față de violența bazată pe gen și drepturile reproductive. Mărturiile directe din această epocă lămuresc pericolele și ramificațiile accesului limitat la serviciile de sănătate reproductivă, accentuând importanța de a milita și a educației în promovarea drepturilor reproductive. Activiștii și ONG-urile au jucat un rol esențial în contestarea constrângerilor și promovarea educației pentru sănătatea sexuală, în ciuda provocărilor precum diminuarea sprijinului guvernamental pentru planificarea familială și obstacolele sporite pe fondul pandemiei COVID-19.⁸⁴

„În ultimul deceniu s-au făcut progrese. În 2000 era un articol în Playboy care îi învăța pe bărbați cum să bată femeile. Asta a generat primul protest feminist. Au participat doar 20 de persoane. Astfel de lucruri au creat o reacție în societate. Până atunci se întâmplaseră multe lucruri. Cea mai mare realizare [a organizației noastre] este o rețea de violență împotriva femeilor, [și] am introdus ordine de restricție și ordine de protecție ale ofițerilor de poliție pentru femei. În zonele rurale [există] încă multă învinovățire a victimelor și presiune din partea societății. Violența domestică se întâmplă în comunități, obstacole, presiunea societății asupra eșecului căsătoriei și altele, cum ar fi învinovățirea victimelor. Venind de la autoritățile locale, este în regulă că soțul tău folosește violența. În 2024 încă mai sunt profesori universitari care hărțuiesc sexual studenții. Există încă hărțuire la locul de muncă. VBG GBV este încă un subiect care trebuie abordat în multe feluri. (IIC08)

În domeniul juridic, susținerea de către România a Convenției de la Istanbul rezumă angajamentul său de a combate VBG prin căi legislative și stabilirea unor cadre pentru sprijinirea victimelor. Entități precum Coaliția Națională a ONG-urilor sunt implicate activ în creșterea gradului de conștientizare, militând pentru

⁸³ (Nemeș & Crișan, 2022)

⁸⁴ (Benavides, 2021)

⁸⁵ (Nemes and Crisan, 2022)

reformă juridică și oferind ajutor direct victimelor VBG, reflectând un efort la nivel național de a confrunța această problemă omniprezentă.⁸⁵ Credințele populare în mare parte conservatoare și provocările cu care se confruntă aceste eforturi de militanți sunt semnificative. O convingere larg răspândită este că violul marital nu este o problemă, cazurile de viol și agresiune sexuală în general nefiind tratate cu demnitate și confidențialitate, chiar și în spitale și instituții:

„În primul rând, am asistat la povești și am auzit povești în care, dacă ești victima unui viol, să spunem că ar trebui să mergi la spital pentru o examinare. Cu toate acestea, ușile spitalului sunt etichetate ca fiind sala de examinare pentru violuri și te fac să aștepti în fața ușii pe un scaun în timp ce toată lumea trece. Toată lumea poate vedea faptul că aștepti acolo. Acest lucru se întâmplă în spitalele publice, deoarece legea prevede că fiecare cameră dintr-un spital trebuie să fie etichetată corespunzător. (DGT03)

Pandemia de COVID-19 a exacerbat provocările asociate cu VBG, manifestându-se prin intensificarea raportărilor de violență domestică și sexuală. Adaptările organizațiilor neguvernamentale (ONG) pentru a susține serviciile de sprijin pe fondul pandemiei subliniază reziliența și caracterul indispensabil al acestor entități în protejarea drepturilor și bunăstării femeilor și fetelor în timpul crizelor.

Politicile pro-nataliste înrădăcinate în trecutul României au generat repercusiuni de durată asupra drepturilor reproductive ale femeilor și au contribuit la o cultură a VBG caracterizată de limitări severe ale autonomiei femeilor asupra sănătății lor sexuale și reproductive. Grupurile de militanți și investigațiile științifice axate pe confruntările femeilor în domeniul de aplicare al acestor politici aspiră să instige transformarea societății, militând pentru participarea echitabilă la planificarea familială și o schimbare de paradigmă către un comportament sexual responsabil, așa cum demonstrează activitatea OSC-urilor specializate în SRHR.

O cultură conservatoare modelează deciziile publice, inclusiv cele legate de drepturile reproductive.

„Atârnăm oarecum de un fir de ață, pentru că în România putem vedea cum anumite lucruri merg în direcția complet opusă odată cu creșterea mișcărilor pro-viață și cu faptul că biserica are încă o influență atât de mare asupra fiecărei decizii care se întâmplă în sectorul public.” (IIC10)

Organizațiile religioase din România dețin o influență semnificativă asupra atitudinilor societății și deciziilor politice privind SRHR.⁸⁶ În mod tradițional, instituțiile religioase predominante din România mențin viziuni conservatoare cu privire la aspecte precum contracepția, avortul și rolurile de gen în cadrul familiei și societății. Cultura patriarhală rezultată pune adesea accentul pe rolul și responsabilitățile tradiționale ale femeilor în familie și societate, ignorând complet orice noțiune de sprijin social și familial pentru mame:

„A fost un mesaj trimis de atotputernicul Arhiepiscop superior al regiunii noastre; cred că a fost trimis bisericilor. Și se vorbea mult despre importanța femeii în familie, dar era vorba de responsabilitatea ei față de familie. Și am fost puțin frustrată de asta pentru că era vorba mult despre responsabilitățile pe care le avea femeia, despre lucrurile cu care trebuie să se confrunte și pe care să le facă pentru familia și copiii ei. Nimic despre responsabilitatea societății și a familiei de a fi un sistem de sprijin pentru mamă.” (IIC06)

Poziția instituțiilor religioase tinde să se opună interpretărilor liberale ale drepturilor sexuale și reproductive, militând pentru politici care acordă prioritate procreării și valorilor familiei. Influența religioasă se extinde dincolo de învățăturile morale la activitate politică, unde încearcă să modeleze legislația și politicile publice în conformitate cu valorile sale conservatoare. Discutând problema educației sexuale în grupurile noastre tematice și în interviuri, toți participanții au afirmat că polemica din jurul educației sexuale din agenda publică este stimulată în principal de instituția religioasă predominantă, influențând direct decizia politică în această privință. Implicarea sa în discursul public consolidează adesea rolurile tradiționale de gen și structurile familiale, care pot avea un impact asupra percepțiilor societății și a deciziilor guvernamentale legate de sănătatea sexuală și reproductivă. În timp ce participanții la acest studiu au fost critici cu privire la rolul bisericii atunci când vine vorba de avansarea problemelor SRHR, prezența centrală și puterea bisericii prezintă o oportunitate de colaborare cu organizațiile religioase și de a găsi „o cale de mijloc” atunci când vine vorba de găsirea unor domenii SRHR asupra cărora toate părțile interesate pot fi de acord.



⁸⁶ (Cassonet, 2022)

Situația monitorizării și raportării datelor privind SRHR în România

Este foarte important să existe date centralizate, disponibile publicului și solide din punct de vedere metodologic privind SRHR.⁸⁷ Datele SRHR permit guvernelor, organizațiilor neguvernamentale și organizațiilor societății civile să ia decizii informate și bazate pe dovezi privind politicile, programarea și alocarea resurselor. De asemenea, este important ca datele să fie defalcate în funcție de diferite tipuri și caracteristici de identitate, astfel încât domeniile de marginalizare și discriminare pentru grupurile vulnerabile să poată fi evidențiate și abordate. Datele SRHR permit, de asemenea, compararea și dezvoltarea indicatorilor de progres în România, în Europa și în întreaga lume.

Colectarea și diseminarea centralizată a datelor SRHR în România a fost identificată ca o provocare semnificativă de către membrii întâlnirii de consultare care a avut loc în octombrie 2023. Din acest feedback, o întrebare de colectare a datelor a fost inclusă ca întrebare de cercetare pentru acest studiu. Fără a avea acces la personalul guvernamental, acest studiu se bazează pe opinia experților SRHR și a OSC-urilor/ONG-urilor. În cele din urmă, participanții noștri au avut puține de spus despre colectarea datelor SRHR în România, în special pentru că nu știau că a avut loc vreo colectare centralizată a datelor SRHR sau că a fost în vreun fel legitimă.

Teoretic, Ministerul Sănătății din România (MS) ar trebui să fie agenția responsabilă pentru colectarea și diseminarea datelor SRHR. După cum au subliniat participanții noștri, Ministerul Sănătății nu dorește să se implice în nicio problemă legată de SRHR din cauza politicii actuale și a religiozității din țară. După cum s-a exprimat un participant,

„Deci aceste date nu sunt colectate cu adevărat pentru că exact dacă te duci la nivel înalt, la Ministerul Sănătății, și cei care sunt în conducere, [ininteligibil] și pentru că mi-au fost colegi, veți înțelege că văd asta ca pe o problemă de natură socială, nu de sănătate” (IIC02).

Deși pot exista unele date centralizate colectate în sistemul de sănătate, acestea nu includ date privind infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) sau educația sexuală cuprinzătoare.

„Majoritatea datelor sunt date medicale” (IIC13).

Institutul Național de Sănătate Publică și Institutul Național pentru Sănătatea și Protecția Mamei și Copilului pot, de asemenea, să-și îmbunătățească practicile de colectare a datelor SRHR.

Chiar și puținele date SRHR disponibile de la guvern sunt privite cu scepticism extrem. **„Guvernul are o metodologie foarte slabă”**, reclamă un expert SRHR care a participat la studiul nostru (IIC18). Acest lucru se potrivește cu sentimentul general privind SRHR și guvernul român, care este foarte negativ.

Fără prezența unui proces legitim de colectare a datelor SRHR în România, OSC-urile și ONG-urile trebuie să se bazeze pe propriile date. Deoarece guvernul român a renunțat în esență la responsabilitatea sa în ceea ce privește aspectele legate de SRHR, un rezultat pozitiv este creșterea numărului de OSC-uri și ONG-uri care colaborează, partajează și lucrează împreună pentru a încerca să umple lacunele. Această colaborare s-a intensificat în ultimii ani și ca urmare a evenimentelor majore care necesită acțiune colectivă, cum ar fi pandemia COVID-19 și escaladarea conflictului din Ucraina în 2022, care a dus la un aflux de refugiați în România.

⁸⁷ (Jaiswal et al., 2020)

Concluzie

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente sunt o provocare în România, așa cum am arătat în această cercetare, dar există un potențial semnificativ de îmbunătățire. Există numeroase organizații cu echipe experimentate și dedicate care lucrează pentru a îmbunătăți lucrurile, iar cercetătorii speră că acest raport va fi util acestor organizații pentru a se apropia de obiectivele lor. Există lacune-cheie în educația SRHR și furnizarea de îngrijire care împiedică tinerii și mai ales femeile să își exercite drepturile în calitate de cetățeni români și cetățeni ai UE la egalitate și libertate de alegere reproductivă. Aceste bariere sunt deosebit de acute pentru grupurile marginalizate, inclusiv persoanele cu dizabilități, comunitatea LGBTQIA+, comunitatea romă, populațiile rurale, refugiații și migranții. Societatea civilă este o parte interesată extrem de puternică și există nenumărate căi prin care membrii societății civile pot aduce schimbări pozitive privind SRHR în România, deși guvernul României are rolul mandatat în gestionarea sănătății publice și în facilitarea accesului la drepturile acordate legal.

Pe baza constatărilor acestui raport, actorii societății civile au convenit asupra unui set de recomandări pentru îmbunătățirea drepturilor sexuale și reproductive pentru toți cetățenii țării. Recomandările sunt:

- **Guvernul României să asigure exercitarea deplină a SRHR în acord cu legislația românească și cu standardele europene**, inclusiv în legătură cu asistență medicală adecvată și acces la avort.
- **Să se asigure acces liber la contracepție**, mai ales pentru grupurile marginalizate, cu scopul de a preveni ratele ridicate de sarcini nedorite inclusiv în rândul tinerelor adolescente.
- **Îmbunătățirea îngrijirii respectuoase acordată mamei, inclusiv a îngrijirii pre-, intra- și post-natale**, inclusiv reforme în materie de educație și instruire, cu scopul de a asigura îngrijiri cuprinzătoare, respectuoase și centrate pe pacient
- **Elaborarea de orientări și instruiți acordate lucrătorilor din domeniul medical pe probleme de sănătate sexuală și reproductivă și drepturile aferente**, inclusiv în legătură cu îngrijirea VBG centrată pe supraviețuitor și cu managementul clinic al violului
- **Autoritățile responsabile cu educația din România să implementeze predarea educației sexuale cuprinzătoare (ESC), relațiile respectuoase și prevenirea violenței bazate pe gen** de la vârste timpurii ca elemente standard din cadrul programei școlare. ESC trebuie să fie văzută ca o componentă integrantă a prevenției sarcinilor nedorite, avorturilor și scăderii ratei bolilor cu transmitere sexuală. Cursurile de educație sexuală cuprinzătoare reprezintă o oportunitate și de a oferi adolescenților informații despre cum să se protejeze de riscurile de exploatare și abuz sexual atât online, cât și față în față.
- **Educația sexuală cuprinzătoare trebuie să abordeze și orientarea sexuală și identitatea de gen**, pentru a facilita studenților **LGBTQIA+** să afle informații importante despre sănătatea sexuală și despre cum să își păstreze sănătatea, dar și pentru a promova incluziunea și conversațiile respectuoase, precum și egalitatea de gen, identitatea de gen și orientarea sexuală.
- **Inițierea și sprijinirea proiectelor care se axează specific pe populațiile marginalizate**. Este necesară o abordare bazată pe echitate și justiție socială pentru a lucra în mod specific cu grupurile marginalizate, cu scopul de a acoperi inechitățile sistemice
- **Este necesară o strategie de colectare a datelor** pentru a asigura colectarea centralizată, colaționarea, diseminarea, colaborarea și aplicarea datelor referitoare la SRHR în România.
- Guvernul României, furnizorii de servicii SRHR și societatea civilă să conlucreze pentru a **spori diseminarea informațiilor factice despre SRHR**, cu scopul de a se asigura că publicul român are acces facil la informații bazate pe fapte și informații bazate pe drepturi. Aceasta ar include accesul online gratuit și confidențial online, telefonic, pe rețelele sociale și accesul personal la informațiile SRHR. Să fie disponibile portaluri de informare online care să vizeze atât tinerii, cât și informații pentru părinți cu privire la modul în care să discute cu copiii lor despre sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente.

Părțile interesate au concluzionat că există o mare oportunitate pentru societatea civilă de a conlucra cu guvernul și instituțiile religioase pentru a îmbunătăți drepturile sexuale și reproductive în România.

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România:

Situația actuală și traiectorii viitoare

Mulțumiri

Dorim să mulțumim echipei Grupului Altamont care a efectuat această cercetare și a scris primul proiect al acestui raport. Această lucrare a fost posibilă datorită finanțării primite de Plan Internațional Australia prin generozitatea Departamentului pentru Afaceri Externe și Comerț din Australia și le mulțumim pentru flexibilitate și sprijin în evidențierea acestei probleme importante în România. Personalul Plan Internațional România a contribuit semnificativ la conceperea cercetării, a procesului de implicare a părților interesate și a metodei de cercetare participativă. Mulțumiri speciale se îndreaptă către Aya Saeed, Miruna Teleasa, Marilena Veronica Ene, Diana Biclineru și Janna Smith. Raportul final a fost editat de Louise Allen și Janna Smith. Dorim să mulțumim principalelor părți interesate ale societății civile care au participat la atelierul din octombrie 2023 pentru a elabora întrebările de cercetare, Informatorilor-Cheie și participanților la Grupul Tematic care au oferit perspectivele lor neprețuite pentru acest raport și părților interesate care au participat la atelierul de validare și recomandare pentru susținere.



Bibliografie

Alecu, D. & Băltărețu, R. (2022). Cât de gravă e situația româncelor care vor să facă avort și de ce e vina mișcărilor pro-viață. <https://www.vice.com/ro/article/dypjyq/avort-in-romania-blocat-miscare-pro-viata>

Alexandru, A., Braga, A. & Pantel, M. (2021). Experiențele femeilor în timpul pandemiei. Starea de fapt și recomandări post-criză sensibile la gen. https://coronavirus.centrulfilia.ro/wp-content/uploads/2021/01/Raport_Online.ro-1.pdf

AMI [Asociația Moașelor Independente]. (2024). Raport privind accesul la avort în siguranță. AMI and Plan International.

Anais. (2021). Raport de activitate. <https://asociatia-anais.ro/wp-content/uploads/2022/11/Raport-de-activitate-ANAIS-2021.pdf>

Baban, A. & David, H.P. (1994). Voices of Romanian Women: Perceptions of Sexuality, Reproductive Behavior, and Partner Relations During the Ceausescu Era. Transnational Family Research Institute.

Benavides, L. (2021, 1 September). Activists say Romania has been quietly phasing out abortion. National Public Radio. <https://www.npr.org/2021/09/01/1021714899/abortion-rights-romania-europe-women-health>

Bird, M., (2019, 25 July). Children should know what their grandmothers went through'. Michael Bird Writer & Journalist [blog]. <https://michaelbirdjournalist.com/2019/07/25/children-should-know-what-their-grandmothers-went-through/>

Cassonet, F. (2022). Romania: Abortion, mission (almost) impossible. <https://www.balcanicaucaso.org/eng/Areas/Romania/Romania-abortion-mission-almost-impossible-219108>

Centrul pentru Egalitate de Gen. (2024). Ministerul Sănătății a ratat și în 2024 să asigure accesul la contraceptive și să protejeze femeile și tinerii | De peste 10 ani, populația din România nu are acces la metode de contracepție și protecție împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală. <https://ongen.ro/2024/02/05/ministerul-sanatatii-a-ratat-si-in-2024-sa-asigure-accesul-la-contraceptive-si-sa-protejeze-femeile-si-tinerii-de-peste-10-ani-populatia-din-romania-nu-are-acces-la-metode-de-contraceptie-si-protect/>

Correlation – European Harm Reduction Network. (2021). URGENT SUPPORT NEEDED! – Romanian Hospitals Lack Anti-Retroviral Medicines. <https://www.correlation-net.org/urgent-support-needed-romanian-hospitals-lack-anti-retroviral-medicines/>

Dinu, M.-S. (2022). Sexual and Reproductive Health Education: A study in the context of Romania. University College Dublin European Master's Programme in Human Rights and Democratisation. <https://repository.gchumanrights.org/handle/20.500.11825/2513>

Drăghici, D. (2017). A personal view and timeline of women's sexual and reproductive lives in Romania. *AnALize: Revista de studii feminist*, 9(23), 148–157. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=639745>

EC [European Commission]. (no date). EU Social Security Coordination. Romania – Maternity. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1126&intPagId=4746&langId=en>

ERRC [European Roma Rights Centre]. (2023). Activists take legal action after Romani woman gives birth on pavement outside hospital in Romania. <https://www.errc.org/press-releases/activists-take-legal-action-after-romani-woman-gives-birth-on-pavement-outside-hospital-in-romania>

Sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în România:

Situația actuală și traiectorii viitoare

EP [European Parliament]. (2024). Legislative Train Schedule. EU accession to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women ('Istanbul Convention') in "A New Push for European Democracy". <https://www.europarl.europa.eu/legislative-train/theme-a-new-push-for-european-democracy/file-eu-accession-to-the-istanbul-convention#:~:text=As%20of%20January%202024%2C%20the,Slovenia%2C%20Spain%20and%20Sweden>.

Filia Center. (2021). Refusal to perform abortion upon request in Romania. <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2021/10/Abortion-report.pdf>

Filia Center (2022). Annual Report 2021. <https://centrulfilia.ro/new/wp-content/uploads/2022/07/Annual-Report-2021.pdf>

Geretti, A.M., Mardh, O., de Vries, H.J.C., Winter, A., McSorley, J., Seguy, N. & Vuylsteke, D.G. (2022). Sexual transmission of infections across Europe: Appraising the present, scoping the future. *Sexually Transmitted Infections*, 98, 451–457. <https://sti.bmj.com/content/98/6/451>

Grad, A.I., Vică, M.L., Ungureanu, L., Sisterman, C.V., Tătaru, A.D. & Matei, H.V. (2020). Assessment of STI screening in Romania using a multiplex PCR technique. *Journal of Infection in Developing Countries*, 14(4), 341–348. doi:10.3855/jidc.11989

Iepan, F. (2005). Născuți la comandă. Decreții. [Born to order. Children of the decree]. Institutul Cultural Român. <https://www.icr.ro/madrid/nascuti-la-comanda-decreteii>

Jaiswal, P., Nigam, A., Arora, T., Girkar, U., Celi, L.A. & Paik, K.E. (2020). A data-driven approach for addressing sexual and reproductive health needs among youth migrants. In L.A. Celi, M.S. Majumder, P. Ordóñez, J.S. Osorio, K.E. Paik & M. Somai (Eds.), *Leveraging data science for global health* (pp. 397–416). Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-47994-7_25

Kligman, G. (2022, 15 September). Romania's abortion ban tore at society, a warning for U.S. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/made-by-history/2022/09/15/romania-exposes-how-abortion-bans-kill-women-rip-society-apart/>

Marques-Pereira, B. (2023). Abortion in the European Union: Actors, issues, and discourses. Foundation for European Progressive Studies and the Karl Renner Institute. <https://feps-europe.eu/wp-content/uploads/2023/03/Abortion-in-the-European-Union.pdf>

Nemeș, C. & Crișan, G. (2022). Domestic violence: Paradigms and judicial practice. Institutul Român pentru Drepturile Omului. https://irdo.ro/upload_irdo/upload/Domestic%20Violence_Paradigms%20and%20Judicial%20Practice.pdf

Plan International. (2019). Theory of change: Detailed guidelines. Internal document.

Radu, M.C., Manolescu, L.S., Chivu, R., Zaharia, C., Boeru, C., Pop-Tudose, M.-E., Neculescu, A. & Otelea, M. (2022). Pregnancy in teenage Romanian mothers. *Cureus*, 14(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.21540>

Reinschmidt, L. (2016). Regulation of prostitution in Bulgaria, Romania and the Czech Republic. *Observatory for Sociopolitical Development in Europe*. <https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/958037694b.pdf>

Robayo-Abril, M., Chilera, C.P., Rude, B. & Costache, I. (2023). Gender equality in Romania: Where do we stand? Romania gender assessment. The World Bank. <http://hdl.handle.net/10986/40666>

UNESCO [United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization]. (2018). TCG4: Development of SDG thematic indicator 4.7.2. TCG4/17. <https://tcg.uis.unesco.org/wp-content/uploads/sites/4/2018/08/TCG4-17-Development-of-Indicator-4.7.2.pdf>

UNESCO. (2021). Definition of Sustainable Development Goal (SDG) thematic indicator 4.7.2. ED-2021/WS/25 Rev. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378963>

UNICEF [United Nations Children's Fund]. (n.d.). Policy brief: Action lines to promote breastfeeding in Romania. <https://www.unicef.org/romania/documents/action-lines-promote-breastfeeding-romania>

UNICEF. (2021). Report: Adolescent pregnancy in Romania. Report written by M.I. Nanu, E. Stativa, D. Vălceanu & M.R. Oțelea. <https://www.unicef.org/romania/media/4081/file/Adolescent%20Pregnancy%20in%20Romania%20Report.pdf>

UNOHCHR [United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights]. (2018). Report on youth and human rights. A/HRC/39/33. <https://www.ohchr.org/en/documents/reports/youth-and-human-rights-report-united-nations-high-commissioner-human-rights>

US Department of State. (2023). 2023 Trafficking in persons reports: Romania. Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons. <https://www.state.gov/reports/2023-trafficking-in-persons-report/romania/>

UNFPA [United Nations Population Fund]. (2020). Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights: Measuring SDG Target 5.6. <https://www.unfpa.org/publications/ensure-universal-access-sexual-and-reproductive-health-and-reproductive-rights>

UNFPA. (2022). Suggested indicators for the monitoring of national sexual and reproductive health programmes. <https://eeca.unfpa.org/en/publications/suggested-indicators-monitoring-national-sexual-and-reproductive-health-programmes>

Velentza, C. (2020). Early marriage and education drop out in traditional Roma communities in Transylvania. *Journal of Gypsy Studies*, 2(1), 39–54. <https://doi.org/10.33182/jgs.v2.i1.614>

WHO [World Health Organization]. (2024). The global health observatory. <https://www.who.int/data/gho>

WomanStats Project. (2022). The experience of Romani women and girls. <https://womanstats.wordpress.com/2022/11/11/the-experiences-of-romani-women-and-girls/>



Until we are all equal

Despre Plan International

Plan International este o organizație independentă de dezvoltare și umanitară care promovează drepturile copiilor și egalitatea pentru fete

Credem în puterea și potențialul fiecărui copil, dar știm că acest lucru este adesea suprimat de sărăcie, violență, excludere și discriminare. Și fetele sunt cele mai afectate.

De peste 85 de ani, am adunat alți optimiști hotărâți pentru a transforma viețile tuturor copiilor din peste 80 de țări.

Din martie 2022, am lucrat în România pentru a furniza ajutor umanitar imediat copiilor și familiilor acestora afectate de conflictul din Ucraina.

Colaborăm cu organizații ale societății civile din România care oferă sprijin refugiaților din Ucraina, inclusiv școlarizarea copiilor din Ucraina și centre de tineret pentru tinerii români și ucraineni. Proiectele noastre cu partenerii noștri acoperă toată România, oferind servicii celor care au nevoie de sprijin.

Dincolo de sprijinul umanitar direct pe care îl oferim, noi colaborăm cu organizații locale pentru a sprijini drepturile copiilor și egalitatea fetelor din România.

Plan International



plan-international.org



plan-international.org/romania



linkedin.com/company/planinternationalece