

**Drepturile sexuale și
ale reproducerii**

Cazul
FEMEILOR CARE TRĂIESC CU HIV
în România

– iunie 2011 –

ECP Euroregional Center
for Public Initiatives

Acest raport a fost realizat în cadrul proiectului
"Campaigning for Sexual and Reproductive Rights in Romania", susținut financiar de:
*Programul de Granturi pentru Drepturile Omului și Buna Guvernare al Institutului pentru o
Societate Deschisă - Budapesta*
și cu sprijinul



Trust for Civil Society
in Central and Eastern Europe

Conținutul acestei publicații nu reprezintă în mod necesar poziția
Trust for Civil Society in Central and Eastern Europe sau poziția
*Programului de Granturi pentru Drepturile Omului și Bună Guvernare al
Institutului pentru o Societate Deschisă – Budapesta.*

Cuprins

| | |
|---|----|
| Mulțumiri, | 2 |
| Glosar și abrevieri, | 3 |
| Rezumat, | 5 |
| Executive Summary, | 8 |
| Introducere, | 11 |
| Context, | 11 |
| Metodologia și întinderea raportului, | 14 |
| I. Refuzarea accesului la servicii de sănătate sexuală și a reproducerii, | 16 |
| 1. Nașterea, | 16 |
| 2. Alte servicii de sănătate sexuală și a reproducerii, | 23 |
| II. Discriminarea pe motivul statutului HIV pozitiv, | 26 |
| 1. Segregarea, | 26 |
| 2. Comportamentul discriminatoriu, | 28 |
| III. Încălcarea confidențialității cu privire la statutul HIV pozitiv, | 32 |
| IV. Violarea drepturilor omului femeilor care trăiesc cu HIV, | 35 |
| V. Recomandări, | 40 |
| Note, | 43 |



MULȚUMIRI

Suntem recunoscători tuturor femeilor care au acceptat să ne împărtășească experiențele lor. Raportul există datorită încrederii, curajului și francheții lor.

Acest raport este o publicație a Fundației Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice (ECPI) în colaborare cu Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA). Iustina Ionescu, Program Manager ECPI a efectuat interviurile și a scris prima versiune a raportului. Florin Buhuceanu, Președinte ECPI și Iulian Petre, Director Executiv UNOPA, au conceptualizat raportul și au supravegheat scrierea lui. Dana Ududec, New Media Manager ECPI, a realizat editarea raportului și a supravegheat finalizarea sa pentru publicare.

Mulțumim în mod special Dr. Borbala Koo, Directoare executivă a Societății pentru Educație Contraceptivă și Sexuală (SECS), pentru contribuția ei la asigurarea acurateții din punct de vedere medical a raportului, Romaniței Iordache, Activist de drepturile omului, pentru sugestiile făcute în vederea îmbunătățirii variantei finale a raportului și Alinei Dumitriu, Directoare Asociația SENS POZITIV, pentru că ne-a inspirat și sprijinit să începem acest demers.

Recunoaștem în mod special contribuția reprezentanților organizațiilor neguvernamentale care promovează drepturile persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA în România (în ordinea alfabetică a denumirii organizațiilor): Cristian Roșu (Asociația Noi și Ceilalți, București), Monica Dan (Asociația Română Anti-Sida, București), Ramona Culda (ARAS Cluj Napoca), Dr. Mirela Truță (ARAS Craiova), Alina Dumitriu (Asociația Sens Pozitiv, București), Carmen Alexa (Asociația Tereza, Botoșani), Angela Achiței, Irina Isăcilă, Anca Urzică și Ramona Chiriac (Fundația Alături de Voi, Iași), Ana-Maria Schweitzer, Elena-Alina Caravețeanu și Florence Niculae (Fundația Baylor - Marea Neagra - BIPAI ROMANIA, Constanța), Oana Pășalan (Romanian Angel Appeal, București), Eleonora Druțu (Romanian Angel Appeal, Secția de zi „Floarea Soarelui”, Craiova). Le mulțumim tuturor pentru generozitatea cu care ne-au sprijinit în facilitarea și organizarea interviurilor, asistarea și susținerea demersurilor noastre la nivel local.

Acest raport este realizat cu sprijinul financiar al Trust for Civil Society in Central and Eastern Europe și al Open Society Institute Budapest. ECPI este singurul responsabil pentru orice erori sau omisiuni făcute în raport.

Fundația Centrul Euroregional pentru Inițiative Publice (ECPI) este o organizație neguvernamentală care promovează drepturile sexuale și ale reproducerii în România.

Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA) este singura federație neguvernamentală din România formată din organizații ale persoanelor afectate de HIV/SIDA, axată pe advocacy pentru promovarea și apărarea drepturilor persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA din România.

GLOSAR ȘI ABREVIERI

Amenoree – Absență fiziologică a ciclului menstrual, în timpul sarcinii, al alăptării, sau patologică, pricinuită de o insuficiență ovariană sau hipofizară.

Anti-retrovirale (ARVuri) – Medicamente care blochează capacitatea retrovirusilor (ca HIV) să se multiplifice în organism. Terapia cu anti-retrovirale recomandată pentru infecția HIV este menționată ca terapie cu anti-retrovirale foarte active (HAART), care combină medicamente pentru a ataca virusul HIV în diferite momente din ciclul său de viață.

Avort electiv – Întrerupere provocată a sarcinii la solicitarea femeii însărcinate. Conform legislației românești avortul electiv este legal până la 14 săptămâni de la prima zi a ultimei menstruații (12 săptămâni de la data concepției).

Avort spontan – Întrerupere spontană a sarcinii, fără provocare medicală.

Cezariană – Intervenție chirurgicală în regiunea abdominală, care constă în extragerea fătului viu prin deschiderea uterului.

CEDO – Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale.

CNCD – Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării. Organ național responsabil cu prevenirea, investigarea, constatarea și sancționarea faptelor de discriminare.

Drepturi sexuale și ale reproducerii – Drepturi ale omului în domeniul sexualității și reproducerii.

Epiziotomie – O incizie chirurgicală la nivelul perineului (zona dintre vagin și anus) realizată de medic înainte de naștere pentru a lărgi deschizătura vaginului și a face loc fătului.

Ghid clinic – Set de recomandări de bună practică medicală clinică bazate pe cele mai recente dovezi disponibile.

HIV – Virusul imuno-deficienței umane. HIV distruge capacitatea organismului de a se lupta cu infecția și boala și are ca efect SIDA.

HIV negativ – Absența oricărei dovezi de infectare cu HIV (de exemplu absența anticorpilor contra HIV) în sânge sau în probele de țesut. O persoană seronegativă poate fi infectată dacă este în intervalul de timp dintre expunerea la HIV și detectarea anticorpilor.

HIV pozitiv – Prezența indicatorilor infecției HIV (de exemplu prezența anticorpilor contra HIV). Sinonim cu seropozitiv. Testele pot uneori să indice false rezultate pozitive.

HBV – Hepatita virală B.

HCV – Hepatita virală C.

Lăuză – Femeie care se află în primele 6-8 săptămâni după o naștere.

ONG – Organizație neguvernamentală.

OMS – Organizația Mondială a Sănătății.

Pachetul de servicii de bază – Setul de servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații și se suportă din fondul asigurărilor publice de sănătate, în condițiile contractului-cadru.

Pachetul minimal de servicii – Setul de servicii medicale acordate numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic, inclusiv cele prevăzute în Programul național de imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, stabilite prin contractul-cadru, acordate persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat.

Planificarea familială – Capacitatea persoanei de a anticipa și de a avea numărul dorit de copii, la momentul ales și la intervalele de timp dintre nașteri pe care le hotărăște.

Precauțiuni universale – Practici standard pentru controlul infecțiilor care trebuie utilizate în mod universal în instituțiile medicale pentru a diminua riscul expunerii la factori patogeni, de exemplu utilizarea mănușilor, echipamentului de protecție, măștilor, ochelarilor de protecție (atunci când este posibilă o erupție) pentru a preveni expunerea la țesuturi, sânge sau fluide.

Protocol de practică medicală – Un formular care descrie modul obișnuit de a furniza îngrijiri unui anumit tip de pacient; cuprinde o înșiruire în timp a unor procese (analize, medicație, tratamente) necesare obținerii unui rezultat dorit în cazul unui pacient care a fost supus unei proceduri specifice sau unui tratament.

SIDA – Sindromul imuno-deficienței dobândite. O boală gravă cauzată de virusul HIV.

Segregare – Separarea spațială a persoanelor pe criterii de discriminare (de ex. pe criteriul HIV pozitiv).

Sterilet – Dispozitiv contraceptiv fixat (de ginecolog) în cavitatea uterină.

Transmitere verticală – Transmitere de la mamă la copil (sau la făt). Transmiterea infecției HIV de la o mamă infectată la copilul ei în timpul sarcinii, la naștere sau prin alăptare.

UNAIDS – Programul comun al Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA.

UNFPA – Fondul ONU pentru Populație.

REZUMAT**Context**

Între anii 1986 și 1991, în România, aproximativ 10.000 de copii au fost infectați cu HIV. Cei care au supraviețuit au ajuns acum la vârsta maturității. Ca toți ceilalți, au nevoi importante legate de sănătatea sexualității și reproducerii. În ultimii ani, în rândul femeilor care trăiesc cu HIV numărul sarcinilor și al nașterilor a crescut în mod semnificativ.

Rapoartele, studiile și mass media au relatat în ultima vreme despre stigmatizarea și discriminarea cu care se confruntă în diferite zone ale vieții sociale persoanele care trăiesc cu HIV în România, inclusiv în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate. Aceste atitudini și comportamente discriminatorii apar în contextul inexistenței unor reglementări și măsuri coerente destinate accesului populației la educație sexuală și absenței din programul de formare a personalului medical a obiectivelor legate de aplicarea precauțiilor universale, comunicarea, drepturile pacienților și deontologia profesională. Chiar dacă și bărbații au nevoie de servicii de sănătate sexuală și a reproducerii, femeile le folosesc mult mai frecvent, ele fiind afectate în mod disproporționat de disfuncționalitățile accesului la aceste servicii medicale, ducând în cazul femeii care trăiește cu HIV la o dublă discriminare.

Chiar dacă la nivel local organizațiile neguvernamentale și medici de boli infecțioase au încercat să răspundă nevoilor de asistență medicală ale persoanelor care trăiesc cu HIV prin crearea unor servicii medicale generale dedicate acestora și construirea de rețele locale informale de medici specialiști la care sunt trimise persoanele care trăiesc cu HIV, aceste încercări individuale nu pot suplini politicile publice de asigurare a accesului nediscriminatoriu al persoanelor care trăiesc cu HIV la toată paleta de servicii medicale disponibile în sistemul public de sănătate din România.

Metodologia și întinderea raportului

Pornind de la acest context, ECPI în colaborare cu UNOPA a realizat o serie de interviuri în profunzime cu femei care trăiesc cu HIV, din zona Bucureștiului și din județele Botoșani, Călărași, Cluj, Constanța, Dolj, Giurgiu, Iași și Ilfov. Au fost alese aceste zone datorită prezenței organizațiilor neguvernamentale active în domeniu și numărului de cazuri raportate de nașteri la femei care trăiesc cu HIV. S-a realizat și o analiză a standardelor legale și medicale în domeniu.

Acest raport este un raport de drepturile omului, nu o cercetare sociologică cantitativă sau calitativă. Raportul nu reprezintă o analiză exhaustivă a abuzurilor, inechităților și violărilor drepturilor omului la care sunt supuse femeile care trăiesc cu HIV în România în interiorul sistemului de sănătate și în afara lui. Raportul prezintă obstacolele pe care le întâmpină femeile care trăiesc cu HIV în România în ceea ce privește asistarea medicală la naștere, post-avort sau în accesarea altor servicii de sănătate sexuală și a reproducerii, măsurile de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil (partea I), segregarea în spitale sau în saloane, tratamentele discriminatorii, umilitoare (partea a II-a) și încălcările confidențialității privind statutul HIV pozitiv (partea a III-a). În încheiere prezentăm implicațiile legale și de drepturile omului pe care le au violările de drepturi descrise în raport (partea a IV-a) și câteva recomandări către actorii principali pe baza aspectelor identificate în raport (partea a V-a).

Refuzarea accesului la servicii de sănătate sexuală și a reproducerii

Interviurile realizate pentru acest raport au relevat cazuri în care femeilor care trăiesc cu HIV le-a fost refuzată acordarea asistenței medicale, contrar obligațiilor legale și de respectare a drepturilor omului și nediscriminării pe care le are personalul medical. Astfel de situații pun în pericol sănătatea sau chiar viața femeilor și a copiilor lor nou născuți, descurajează adresabilitatea la serviciile medicale și scad încrederea în sistemul de sănătate. De exemplu, la naștere, au existat cazuri în care asistența medicală pentru femeile care trăiesc cu HIV a fost refuzată sau mult îngreunată în unele unități sanitare publice. Respectarea precauțiilor universale este obligatorie în cazul oricărui pacient. Astfel, refuzul acordării asistenței medicale la naștere este nejustificat din punct de vedere medical și reprezintă o gravă încălcare a legii. Rolul și responsabilitatea statului este de a asigura cunoașterea, însușirea și aplicarea precauțiilor universale la nivelul tuturor unităților sanitare, inclusiv prin asigurarea materialelor necesare aplicării lor.

Asigurarea măsurilor de prevenire a transmiterii de la mamă la copil a infecției HIV este obligatorie prin lege. În practică, femeile raportează numeroase cazuri în care aceste măsuri speciale nu au fost luate, ceea ce este contrar standardelor medicale existente. Din anul 2009, printr-un ordin al Ministrului Sănătății a fost adoptat și în România *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină*. Cu toate că ghidul recomandă în cazul femeilor care trăiesc cu HIV programarea nașterii prin cezariană la 38 de săptămâni de amenoree, recomandarea nu este întotdeauna respectată. O astfel de situație ilustrează nevoia ca personalul medical din toate spitalele și secțiile de obstetrică-ginecologie, indiferent dacă lucrează într-un centru regional sau în altă unitate sanitară, să cunoască standardele de gestionare a nașterii în cazul unei femei care trăiește cu HIV. Administrarea tratamentului ARV femeii însărcinate pe parcursul sarcinii și la naștere, ca și copilului imediat după naștere este obligatorie pentru prevenirea transmiterii verticale. În condițiile întreruperilor în asigurarea medicamentelor ARV din ultimii ani, este necesară asigurarea prioritara a medicației ARV femeilor care trăiesc cu HIV și sunt însărcinate.

Femeile care trăiesc cu HIV au nevoie de și au dreptul la toate serviciile de sănătate sexuală și a reproducerii în mod nediscriminatoriu, conform legii. Raportul relatează despre cazuri în care în unități sanitare publice au fost refuzate consulturi ginecologice, asistența medicală post-avort sau efectuarea unui avort electiv, situații ce pot să conducă la netratarea unor afecțiuni, recurgerea la automedicație, metode nesigure de inducere a avortului sau nedeclararea statutului HIV în accesarea serviciilor medicale ulterioare.

Discriminarea pe motivul statutului HIV pozitiv

Legislația românească interzice în mod expres și sancționează discriminarea împotriva persoanelor care trăiesc cu HIV. Cu toate acestea, raportul prezintă numeroase situații de discriminare a femeilor care trăiesc cu HIV în exercitarea dreptului la sănătate.

Segregarea, o formă gravă de discriminare, a fost identificată în două forme – mutarea femeilor care trăiesc cu HIV imediat după nașterea prin cezariană din spitalul de obstetrică-ginecologie în spitalul de boli infecțioase sau separarea femeilor care trăiesc cu HIV de celelalte paciente și plasarea lor singure în salon. Niciuna dintre aceste măsuri nu este justificată ținând

cont de modul transmiterii HIV, fiind în același timp în afara standardelor medicale și a legislației în vigoare.

Femeile intervievate au indicat numeroase cazuri în care personalul medical a manifestat față de ele un comportament discriminatoriu din cauza statutului HIV pozitiv: punerea lor în situații umilitoare și degradante, ignorarea, neglijarea sau desconsiderarea lor, tratarea diferențiată, dezavantajoasă în comparație cu celelalte paciente. Un aspect deseori prezent în experiențele femeilor intervievate este atitudinea moralizatoare a personalului medical, fiind judecate, certate și apostrofate pentru că au rămas însărcinate sau pentru că au ales să păstreze sarcina, deși o astfel de decizie ar trebui să fie respectată ca opțiune personală a fiecărei femei.

Încălcarea confidențialității cu privire la statutul HIV pozitiv

Standardele de păstrare a confidențialității privind statutul HIV pozitiv sunt clar definite și promovate la nivel internațional și național. Cu toate acestea, din experiențele raportate, femeile care trăiesc cu HIV se confruntă cu situații de încălcare a confidențialității prin documente sau înscrisuri emise de unitățile sanitare și prin comportamentul personalului medical.

Violarea drepturilor omului femeilor care trăiesc cu HIV

Situațiile de neglijență și abuz documentate în acest raport au implicații atât asupra sănătății publice, cât și asupra drepturilor omului, constituindu-se în grave încălcări ale legislației naționale și ale obligațiilor internaționale asumate de România. Dreptul la sănătate fizică și mentală, dreptul la viață privată și de familie, dreptul de a nu fi supus tratamentelor inumane și degradante și dreptul la egalitate și nediscriminare sunt câteva dintre drepturile omului garantate prin lege femeilor care trăiesc cu HIV, dar care sunt încălcate în România. Abuzurile prezentate în acest raport demonstrează că statul nu și-a îndeplinit obligațiile de a respecta, proteja și aduce la îndeplinire aceste drepturi în cazul femeilor care trăiesc cu HIV.

Recomandări

Recomandările propuse autorităților publice competente, asociațiilor profesionale și organizațiilor neguvernamentale vizează îmbunătățirea standardelor medicale și legale privind precauțiile universale, strategia națională HIV/SIDA și strategia națională a sănătății și drepturilor sexuale și ale reproducerii, *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină*, sancționarea abaterilor de la *Legea drepturilor pacientului*, inclusiv dreptul la confidențialitate și nediscriminarea pe criteriul HIV pozitiv. Recomandările vizează de asemenea informarea și formarea personalului medical de la toate nivelele în ceea ce privește *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină*, drepturile pacienților în general, drepturile sexuale și reproductive ale persoanelor care trăiesc cu HIV și dezvoltarea abilităților de comunicare și a atitudinilor nediscriminatorii. Recomandările propun îmbunătățirea colaborării între unitățile sanitare în vederea asigurării accesului la servicii de calitate în situațiile ce impun abordarea interdisciplinară a cazurilor femeilor însărcinate care trăiesc cu HIV, precum și a colaborării unităților sanitare cu organizațiile neguvernamentale.

EXECUTIVE SUMMARY

Context

Between 1986 and 1991, approximately 10,000 children have been infected with HIV in Romania. Now, the survivors of the disease have reached maturity age. Like everybody, these people have important needs related to sexuality and reproductive health. In the recent years, the number of pregnancies and births among HIV positive women raised significantly.

Lately, reports, studies and mass media have recounted about the stigmatization and discrimination persons living with HIV in Romania face in various areas of the social life, including in access to health care. These discriminatory attitudes and behaviours occur in the context of lack of coherent regulations and measures aimed at ensuring population's access to sexuality education. Another factor is the lack of training of the medical personnel on issues like universal precautions, communication, patients' rights and professional deontology. Even though men also need sexual and reproductive health services, women use these services more often; malfunctions in accessing these health care services disproportionately affect women, leading to double discrimination against women living with HIV.

At the local level, non-governmental organizations and infectious disease doctors tried answering to the basic health care needs of persons living with HIV by creating health care services dedicated to these persons and establishing informal local networks of specialist doctors that accept persons living with HIV as patients. However, these individual initiatives cannot substitute public policies aimed at ensuring non-discriminatory access to all range of health care services available in the Romanian public health care system irrespective of HIV status.

Methodology and Scope of the Report

Starting from this context, ECPI in collaboration with UNOPA carried out a series of in-depth interviews with women living with HIV from Bucharest and the counties of Botoşani, Călăraşi, Cluj, Constanţa, Dolj, Giurgiu, Iaşi şi Ilfov. We chose these areas for the presence of non-governmental organizations active in the field and the number of births by women living with HIV reported. We also drafted an analysis of legal and medical standards in the field.

This report is a human rights report, neither a quantitative nor a qualitative sociological research. The report is not an exhaustive analysis of abuses, inequities, and human rights violations women living with HIV in Romania are subjected to inside and outside the health care system. It presents the obstacles women living with HIV in Romania are facing with regards to: medical assistance during childbirth, post-abortion, other sexual and reproductive health care services, and measures to prevent the HIV transmission from mother to child (Part I), segregation in hospitals or in isolated rooms, discriminatory and degrading treatments (Part II), breaches of confidentiality regarding the HIV status (Part III). In the end, we present the legal and human rights implications the rights violations described in the report have (Part IV) and few recommendations towards the main actors based on the issues identified in the report (Part V).

Denying access to sexual and reproductive health services

Women interviewed for this report related cases when women living with HIV are denied medical assistance. Such behaviors are contrary to medical personnel's legal obligations and to human rights and non-discrimination obligations. Such behaviors endanger the health and even life of women and their newborn children, discourage addressability to health care services and decrease trust in the health care system. For example, there were cases in which public health care units denied or made it significantly difficult for women living with HIV to access medical assistance during childbirth. Respecting universal precautions for every patient is mandatory. Thus, it is illegal and unreasonable from a medical point of view to refuse providing medical assistance at childbirth. The State has the role and responsibility to ensure that all health care units have the materials necessary and the know how to apply universal precautions and fulfil this obligation in practice.

The law establishes the obligation to take measures of prevention of HIV transmission from mother to child. In practice, women reported numerous cases when these special measures were not taken, which is contrary to the existing medical standards. In 2009, *The HIV during Pregnancy Clinical Guide* ("Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină") was adopted via a Ministry of Health order. The guide recommends birth by programmed cesarean section at thirty-eight weeks of pregnancy for women living with HIV, yet this preventive measure is not always implemented. Such situation shows the need that the medical personnel, irrespective of place of work – regional centers or smaller health care units – is aware of the standards to handle birth in case of women living with HIV. Another mandatory measure that must be taken to prevent HIV vertical transmission is providing ARV treatment to the pregnant woman living with HIV during pregnancy, at birth and to her child immediately after birth. In the context of ARV medicines stock-outs that have occurred during the last years, providing ARV treatment to pregnant women living with HIV should be considered a priority.

Women living with HIV need and are entitled to all services regarding sexual and reproductive health without discrimination, according to the law. The report recounts cases of public health care units that refused gynecological consultations, post-abortion health care or the performance of an abortion on request. Such refuses can lead to cases when patients do not treat their diseases, resort to self-medication or unsafe abortion, do not declare their HIV status when accessing future health care services.

Discrimination on the Ground of HIV Positive Status

Romanian legislation explicitly forbids and sanctions discrimination against persons living with HIV. However, there are numerous situations of discrimination against women living with HIV related to the right to health presented in this report.

Segregation, a serious kind of discrimination, was identified to occur in two forms – moving women living with HIV from the obstetrics-gynecology hospital to the infectious diseases hospital immediately after birth by cesarean section or isolating women living with HIV from the other patients and placing them alone in the room. None of these measures is justified given the ways HIV is transmitted; they are also in breach of the medical and legal standards in force.

Women interviewed indicated numerous cases when the medical personnel behaved in a discriminatory manner against them due to HIV positive status: placing them in humiliating and degrading situations, ignoring, neglecting or debasing them, disadvantaging them compared to other patients. Women often reported being judged, blamed, and sermonized for becoming pregnant or for choosing to take the pregnancy to term, although such a decision should be respected as the woman's personal choice.

Breaching Confidentiality regarding the HIV Positive Status

Standards to respect confidentiality regarding the HIV positive status are clearly defined and promoted at the national and international level. However, women report experiencing situations when breaches of confidentiality occurred in documents issued by the health care units or due to medical personnel's behavior.

Human Rights Violations of Women Living with HIV

The situations of neglect and abuses documented in this report have implications upon both public health and human rights, representing serious violations of the national legislation and international obligations undertaken by Romania. The right to physical and mental health, the right to private and family life, the right not to be subjected to inhuman and degrading treatments and the right to equality and non-discrimination are few of the rights guaranteed by law to women living with HIV, but infringed in Romania. The abuses presented in this report show that the State does not fulfill its obligations to respect, protect and fulfil these rights for women living with HIV.

Recommendations

The recommendations proposed to competent public authorities, professional associations, and non-governmental organizations aim to improve medical and legal standards regarding universal precautions, the national strategy on HIV/AIDS and the national strategy on sexual and reproductive health and rights, the *HIV during Pregnancy Clinical Guide*, sanctioning violations of the *Law on Patient's Rights*, including the right to confidentiality and non-discrimination on the ground of HIV positive status. The recommendations also propose measures to ensure information and training of the medical personnel from all levels on *HIV during Pregnancy Clinical Guide*, patients' rights in general, sexual and reproductive rights of the persons living with HIV, developing communication skills and non-discriminatory attitudes. The recommendations also target improving cooperation between health care units in order to provide quality services in situations when an interdisciplinary approach is needed to handle cases of pregnant women living with HIV, as well as improving collaboration between health care units and non-governmental organizations.

INTRODUCERE

Deși statul român a luat o serie de măsuri importante în ceea ce privește asigurarea dreptului la sănătate al persoanelor care trăiesc cu HIV în România, acest raportul identifică o nevoie stringentă de măsuri care să abordeze componenta sănătății sexuale și a reproducerii pentru această categorie de persoane, în special pentru femeile care trăiesc cu HIV. În România, asigurarea sănătății sexuale și a reproducerii pentru populația generală este afectată de existența unor grave probleme de sistem. Cu atât mai mult aceste probleme afectează persoanele care trăiesc cu HIV, față de care există în societate și în comunitatea medicală o serie de stereotipuri și prejudecăți. Deși acest raport se concentrează asupra experiențelor femeilor care trăiesc cu HIV în contextul sănătății sexuale și a reproducerii, problemele identificate și consecințele lor asupra dreptului la sănătate subliniază nevoia întăririi întregului sistem de sănătate și asigurării drepturilor tuturor pacienților, acordând o atenție specială drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV.

Context

În prezent, supraviețuitorii dintre cei 10.000 de copii infectați cu HIV în România între anii 1986 și 1991¹ au ajuns la vârsta maturității. La 31 decembrie 2010, în România erau înregistrați ca pacienți în evidența activă HIV+SIDA: 8.667 adulți (persoane peste 14 ani vârsta actuală) și 249 copii² (între 0-14 ani vârsta actuală). Dintre aceștia, 4.436 sunt persoane de sex feminin cu vârsta între 14-50 de ani³. În această etapă a vieții, mai mult decât oricând, apar nevoile firești pentru fiecare persoană în legătură cu sănătatea sexuală și a reproducerii, înțeleasă ca o stare completă de bine, din punct de vedere fizic, mental și social. Punctual, acest lucru înseamnă posibilitatea de a avea o viață sexuală sigură și satisfăcătoare, capacitatea de reproducere precum și libertatea de a decide dacă, când și la ce interval să se reproducă, accesul la informații și la metode de planificare familială, accesul la servicii adecvate de îngrijire a sănătății care să permită femeilor să aibă o sarcină și o naștere sigure și care să ofere cele mai bune șanse de a avea un copil sănătos, prevenirea și tratarea bolilor cu transmitere sexuală și a bolilor aparatului reproducător⁴.

În acest context, nu este de mirare că datele statistice centralizate la nivel național de Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș” indică o creștere în ultimii ani a numărului femeilor însărcinate HIV pozitive – de la 68 de femei în anul 2007, la 161 în anul 2008 și 207 în anul 2009. O tendință de creștere semnificativă este înregistrată și în ceea ce privește numărul de nașteri la această categorie de femei – de la 66 în anul 2007, la 109 în anul 2008 și 152 în anul 2009. În creștere este și numărul nou născuților din mame HIV pozitive – de la 76 în anul 2007, la 161 în anul 2008 și 205 în anul 2009. La nivel național, procentul copiilor născuți din mame seropozitive care au dobândit statutul HIV pozitiv în urma transmiterii verticale a rămas relativ constant – de la 2,56 în anul 2007, la 3,73 în anul 2008, la 2,45 în anul 2009⁵.

Atât femeile, cât și bărbații au nevoie de servicii de sănătate sexuală și a reproducerii. Dezvoltarea comportamentelor sexuale responsabile și sănătoase și folosirea metodelor de planificare familială ar trebui constant promovată și încurajată în rândul populației⁶. Cu toate acestea, femeile sunt cele care au nevoie cel mai adesea de asistență medicală în domeniul sănătății reproducerii, ele fiind purtătoarele sarcinii. Din punct de vedere cultural, în România, femeile sunt percepute ca fiind responsabile de concepție și contracepție, precum și de toate aspectele asociate lor, precum dezvoltarea sănătoasă a sarcinii, nașterea, îngrijirea copilului etc⁷. În aceste împrejurări, în comparație cu bărbatul care trăiește cu HIV, femeia care trăiește cu HIV trebuie să facă față unei duble discriminări: ca femeie și ca persoană care trăiește cu HIV.

Raportul Human Rights Watch din 2006, „Viața nu așteaptă. Eșecul României în protecția și susținerea copiilor și tinerilor care trăiesc cu HIV”, consemnează că deși România a

făcut pași importanți în asigurarea accesului universal la terapia anti-retrovirală, acest angajament

„...nu a fost dublat de un angajament similar pentru combaterea stigmatizării generalizate și a discriminării persoanelor care trăiesc cu HIV care împiedică în mod frecvent accesul acestora la educație, îngrijire medicală, servicii guvernamentale și angajare. Și mai îngrijorător este faptul că nu există niciun plan guvernamental pentru a garanta că pe măsură ce cresc și depășesc vârsta pentru programele de protecție socială pentru copii, persoanele care trăiesc cu HIV au deprinderile și susținerea necesară pentru a deveni adulți productivi, integrați în societatea românească.”⁸

Situația de astăzi este și mai grea deoarece persoanele care trăiesc cu HIV se confruntă cu întreruperi de tratament datorită lipsei fondurilor și managementului defectuos al programului⁹, iar tinerii care trăiesc cu HIV au atins și depășit cu câțiva ani vârsta majoratului și în continuare statul român nu a luat măsurile efective pentru a garanta integrarea lor în societate și a combate în mod real stigmatizarea și discriminarea lor, inclusiv în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate sexuală și a reproducerii.

Rapoartele organizațiilor internaționale și naționale, precum și mass media din România au relatat în ultimii ani despre o serie de cazuri în care persoane care trăiesc cu HIV au fost refuzate, segregate sau tratate în alt mod discriminatoriu în accesul la servicii medicale necesare, inclusiv îngrijire stomatologică, dermatologică, ORL sau ginecologică, îngrijire psihiatrică, chirurgie de rutină sau de urgență sau servicii de ambulanță pentru pacienții care sângerează¹⁰. Human Rights Watch menționează încercările locale ale unor organizații neguvernamentale și medici de boli infecțioase de a suplini serviciile medicale publice care le sunt refuzate persoanelor care trăiesc cu HIV din cauza discriminării prin „...extinderea propriilor servicii în așa fel încât să includă și alte specialități medicale și prin construirea de rețele locale de doctori specialiști pe care i-au convins să primească cazurile de trimitere ale unor pacienți sero-pozitivi și i-au pregătit în ceea ce privește precauțiile universale.”¹¹ Aceste eforturi sunt de salutat, însă ele nu reprezintă o politică publică și cunosc limitări importante în ceea ce privește specialitățile acoperite, serviciile chirurgicale și de urgență și nu satisfac nevoile tuturor pacienților care trăiesc cu HIV, în special cei din mediul rural sau din județele unde nu există inițiative de acest gen¹².

În realitate, nu există proceduri scrise diferite pentru pacienții care trăiesc cu HIV față de ceilalți pacienți. Accesul persoanelor care trăiesc cu HIV la serviciile medicale decontate de sistemul de asigurări se face în același mod ca în cazul pacienților seronegativi. Poarta de intrare în sistem este tot medicul de familie al persoanei care trăiește cu HIV; de la medicul de familie este nevoie de trimitere pentru toate serviciile medicale de asistență secundară decontate de sistemul de asigurări, cu excepția serviciilor de urgență (asistența la naștere fiind considerată serviciu medical de urgență). Doar asigurarea tratamentului direct asociat HIV (testări, internări și distribuția de medicamente ARV) are un circuit special. În același timp este important de menționat faptul că nu există acorduri formale între spitale care să permită asigurarea tratamentelor complexe de care au nevoie adeseori femeile care trăiesc cu HIV, de cele mai multe ori fiind necesară apelarea la diverse subterfugii pentru a asigura accesul la teste și medicamente specifice.

Într-o situație cu totul dificilă se află persoanele care află despre statutul lor HIV pozitiv când se adresează pentru un alt serviciu medical decât cel de boli infecțioase, în urma unei testări fără consiliere sau a unei consilieri precare. Aceștia sunt luați prin surprindere de veste; le lipsesc informațiile privitoare la HIV sau rețelele de suport – organizații neguvernamentale care oferă servicii persoanelor care trăiesc cu HIV, medici de boli infecțioase, alte persoane care trăiesc cu HIV, familia etc. Cazuri de acest fel se întâlnesc frecvent în rândul testărilor HIV ale femeilor însărcinate, frecvent aceste testări fiind efectuate la naștere, fără consimțământul explicit al femeilor și chiar fără cunoștința lor¹³. În timp ce testarea HIV este importantă în

general și în special în timpul sarcinii pentru a preveni transmiterea verticală de la mamă la făt și pentru a lua măsuri în vederea tratării femeii însărcinate și supravegherii sale mai atente în sarcină, testarea HIV nu este obligatorie nici în cazul femeii însărcinate, conform legislației în vigoare în România¹⁴. Testarea HIV trebuie să fie întotdeauna voluntară și obligatoriu însoțită de consiliere de specialitate pre și post testare¹⁵. Acest lucru este cu atât mai important cu cât ponderea transmiterii verticale în totalul cazurilor nou diagnosticate s-a dublat de la 2,5% în 2007 până la 5% în 2009, iar datele preliminare din 2010 aratau o continuare a creșterii ponderii până la aproape 7%¹⁶.

Discriminarea și stigmatizarea persoanelor care trăiesc cu HIV în accesarea serviciilor medicale are loc în contextul în care sistemul de sănătate din România se confruntă cu finanțarea neadecvată și utilizată în mod inefficient, disfuncții, discrepanțe în accesul la servicii între mediul rural-urban etc.¹⁷. Plățile neoficiale raportate de alte studii ca fiind o practică omniprezentă în sectorul spitalicesc din România, care limitează și îngreunează accesul pacienților la diferite servicii spitalicești¹⁸, afectează și mai mult persoanele care trăiesc cu HIV, în condițiile în care acestea suferă de pe urma „handicapului” de a avea statut HIV pozitiv, accesează mai des serviciile medicale, au resurse financiare reduse datorită gradului mai redus de școlarizare și implicit de angajare, le lipsește rețeaua socială etc.¹⁹. În acest sens, există un număr mare de persoane în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV care aparțin unor categorii dezavantajate din punct de vedere economic și social, de exemplu tineri care provin din sistemul de asistență socială și protecție a copilului²⁰. Aceste persoane au dificultăți să facă plățile neoficiale necesare obținerii în fapt a serviciilor medicale.

Cunoștințele românilor despre infecția HIV sunt limitate, coroborate cu un grad mare de intoleranță față de persoanele care trăiesc cu HIV²¹. Nivelul de informare în rândul persoanelor între 15 și 24 de ani este insuficient²². În sistemul public de educație, educația pentru sănătate este inclusă doar în rândul disciplinelor opționale, la alegerea directorului școlii. Din rândul pușinelor școli care au integrat-o deja în programa lor, doar un procent mic includ și ore de educație sexuală²³. La nivelul formării inițiale și continue a personalului medical de toate nivelele (medici, asistente, infirmiere, personal tehnic etc), nu se acordă o importanță suficientă punerii în practică a precauțiilor universale, dezvoltării abilităților de comunicare și cunoașterii și respectării drepturilor pacienților, inclusiv pacienților care trăiesc cu HIV. Toate acestea pot explica de ce în anul 2010, persoanele care trăiesc cu HIV reprezentau grupul mai discriminat din societatea românească²⁴.

Recomandările Internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului, elaborate de Înalțul Comisar al Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului și UNAIDS²⁵

Recomandarea 1: Stabilirea unui cadru național eficace care să răspundă problematicii HIV în mod coordonat, participativ, transparent și responsabil, integrând politica publică privind HIV și responsabilitățile legate de programul HIV în toate structurile de guvernământ.

Recomandarea 2: Angajarea politică și financiară pentru consultarea comunității persoanelor care trăiesc cu HIV în toate etapele redactării, implementării și evaluării politicilor publice privind HIV și pentru desfășurarea activităților eficace, inclusiv în domeniul eticii, legii și drepturilor omului, de către organizațiile comunitare.

Recomandarea 3: Revizuirea și reformularea legislației în domeniul sănătății publice astfel încât să răspundă în mod adecvat problematicii HIV și să fie în armonie cu obligațiile internaționale de drepturile omului.

Recomandarea 4: Revizuirea și reformularea legislației penale și contravenționale în armonie cu obligațiile internaționale de drepturile omului astfel încât să nu fie aplicată în mod greșit în contextul HIV sau împotriva grupurilor vulnerabile.

Recomandarea 5: Întărirea legislației antidiscriminare astfel încât să ofere garanții reale împotriva discriminării din sectorul public sau privat, încălcărilor vieții private, confidențialității și principiilor etice.

Recomandarea 6: Adoptarea legislației prin care să se urmărească asigurarea produselor, serviciilor și informației pentru prevenirea HIV, îngrijirea și susținerea persoanelor HIV pozitive, inclusiv prin asigurarea tratamentului antiretroviral și a altor tratamente pentru infecțiile și afecțiunile asociate HIV.

Recomandarea 7: Dezvoltarea serviciilor de asistență juridică gratuită pentru persoanele care trăiesc cu HIV în vederea apărării drepturilor lor prin accesarea tuturor căilor legale disponibile – instanțe de judecată sau alte remedii de natură administrativă.

Recomandarea 8: Susținerea și încurajarea femeilor, copiilor și grupurilor vulnerabile prin promovarea unui mediu lipsit de prejudecăți și inegalități față de aceste categorii de persoane, prin adaptarea serviciilor sociale și de sănătate la nevoile lor și prin susținerea grupurilor comunitare.

Recomandarea 9: Promovarea și distribuirea pe scară largă a programelor de educație, instruire și a programelor media, realizate special pentru a schimba atitudinile de discriminare și stigmatizare asociate HIV.

Recomandarea 10: Dezvoltarea codurilor de conduită profesională privind HIV și a mecanismelor de implementare și de sancționare, atât în sectorul guvernamental, cât și în sectorul privat.

Recomandarea 11: Asigurarea mecanismelor de monitorizare și sancționare a nerespectării drepturilor omului în cazul persoanelor care trăiesc cu HIV, a familiilor și comunităților lor.

Recomandarea 12: Cooperarea la nivel internațional în cadrul tuturor programelor relevante și agențiilor Națiunilor Unite, inclusiv UNAIDS, pentru promovarea drepturilor omului în cazul persoanelor care trăiesc cu HIV.

Metodologia și întinderea raportului

Nevoia documentării accesului femeilor care trăiesc cu HIV la servicii de sănătate sexuală și a reproducerii a reieșit în urma studierii rezultatelor raportului Human Rights Watch

„Viața nu așteaptă. Eșecul României în protecția și susținerea copiilor și tinerilor care trăiesc cu HIV” (2006), a discuției cu persoane cu experiență și expertiză în domeniul promovării drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV în România și a datelor statistice care ne-au fost puse la dispoziție de Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”. Drept urmare, în perioada septembrie 2010-februarie 2011, am derulat o serie de interviuri a căror rezultate și analiză stau la baza acestui raport.

Prin interviuri în profunzime, am strâns laolaltă experiențele a șaptesprezece femei care trăiesc cu HIV în legătură cu accesarea serviciilor de sănătate sexuală și a reproducerii în România în ultimii cinci ani. Am intervievat și doi bărbați, parteneri a două dintre femei, care le-au acompaniat la interviuri și au relatat perspectiva lor asupra acestor experiențe comune. Persoanele intervievate provin din zona Bucureștiului și din județele Botoșani, Călărași, Cluj, Constanța, Dolj, Giurgiu, Iași și Ilfov. Am ales aceste zone datorită prezenței organizațiilor neguvernamentale active în domeniu și numărului de cazuri de nașteri la femei care trăiesc cu HIV. În scopul de a le proteja confidențialitatea, numele adevărate ale femeilor nu au fost redată în raport; am folosit nume fictive. Pentru același motiv, nici identitatea altor persoane sau alte date care ar putea duce la identificarea femeilor în cauză nu au fost redată. Numărul nașterilor la femei care trăiesc cu HIV care au loc într-un an într-un spital este foarte redus, fiind relativ ușor să se identifice numele persoanei. Prin urmare, am ales să nu dăm informații nici despre spitalele în care au avut loc situațiile prezentate.

De asemenea, am consultat și examinat prevederile legale, recomandările, ghidurile și politicile naționale și internaționale privind HIV/SIDA și serviciile de sănătate sexuală și a reproducerii, precum și rapoartele și studiile în domeniu realizate de organizațiile neguvernamentale și organizațiile internaționale.

Acest raport este un raport de drepturile omului, nu o cercetare sociologică cantitativă sau calitativă. Raportul nu reprezintă o analiză exhaustivă a abuzurilor, inechităților și violărilor drepturilor omului la care sunt supuse femeile care trăiesc cu HIV în România în interiorul sistemului de sănătate și în afara lui. Raportul nu acoperă toate experiențele femeilor care trăiesc cu HIV în accesarea serviciilor de sănătate sexuală și a reproducerii, ci se concentrează asupra accesului la servicii de asistență medicală și comportamentului personalului medical la naștere, în caz de avort elective, post-avort, consult ginecologic și pe perioada spitalizării aferentă acestor servicii medicale. Raportul este mai degrabă o cercetare privind diversele obstacole pe care le întâmpină femeile care trăiesc cu HIV în România în accesul la servicii de calitate în unitățile sanitare de obstetrică-ginecologie.

Prima parte a raportului prezintă mai multe situații în care femeile care trăiesc cu HIV au întâmpinat refuzuri în accesul la servicii de asistență medicală maternă la naștere și în accesul la alte servicii de sănătate sexuală și a reproducerii, precum asistența medicală post-avort sau asistența medicală pentru avortul elective. A doua parte a raportului examinează diferite cazuri în care femeile care trăiesc cu HIV sunt tratate discriminatoriu de către personalul medical datorită statutului HIV pozitiv, precum segregarea și comportamentul discriminatoriu, umilitor, degradant. Partea a treia ilustrează numeroase ocazii în care confidențialitatea privind statutul HIV pozitiv al femeilor este încălcată atunci când accesează servicii de sănătate sexuală și a reproducerii. Partea a patra face o trecere în revistă a implicațiilor legale și de drepturile omului pe care le provoacă încălcările prezentate în raport. Partea a cincea oferă câteva recomandări către actorii principali pe baza aspectelor identificate în raport.

Acum patru ani, când a aflat că este însărcinată, Georgiana^a se afla la muncă în agricultură în Spania. Georgiana a preferat să se întoarcă acasă în România pe parcursul sarcinii și pentru naștere:

„În Spania costau analizele medicale și îmi era frică. Am mers la medicul de familie pe care l-am întrebat dacă se poate ține sarcina și el mi-a spus: <Îl faci, dar la șapte luni, pentru că ai corpul slăbit. Ai grijă să nu iasă copilul bolnav. Nu îi dai piept!>”

După ce s-a consultat cu medicul de familie, Georgiana a hotărât să păstreze sarcina, cu toată opoziția soțului ei. Pe parcursul sarcinii a luat tratamentul anti-retroviral. Georgiana era în luna a șaptea de sarcină când „i s-a rupt apa”, în timp ce călătorea cu autobuzul spre localitatea de domiciliu. Soțul Georgianeii a sunat la salvare. Georgiana a fost dusă la spitalul județean cu ambulanța.

La spitalul județean, Georgiana nu a fost primită pentru naștere din cauză că este HIV pozitivă, ci trimisă înapoi la spitalul din localitatea de domiciliu, la circa 100 de km distanță. Ajunsă la spitalul din localitatea de domiciliu, Georgiana a fost din nou refuzată tot pentru că avea HIV și retrimisă la spitalul județean.

Ca urmare a întârzierii produse, Georgiana a născut în ambulanță, pe drumul spre spitalul județean. Nașterea a fost pe cale vaginală, ajutată de asistenta medicală de pe ambulanță.

„Copilul era cu oxigen la nas când am ajuns a doua oară la spitalul județean. La început iar nu au vrut să mă interneze, chiar dacă aveam copilul. A mers soțul meu și a vorbit cu șeful de secție și ne-au internat pe mine și pe copil. Am stat internați în spital o lună și jumătate deoarece copilul născut prematur nu lua în greutate.”

I. REFUZAREA ACCESULUI LA SERVICII DE SĂNĂTATE SEXUALĂ ȘI A REPRODUCERII

1. Nașterea

Acordarea asistenței medicale materno-infantile, care include asistența medicală la naștere, reprezintă o obligație de bază în asigurarea dreptului la sănătate. Asistența medicală maternă este o prioritate pentru state și este acordată, indiferent dacă femeia însărcinată era sau nu inclusă deja în sistemul asigurărilor sociale de sănătate²⁶. În România, legislația prevede că monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, serviciile de planificare familială, stabilite prin contractul-cadru și asistența la naștere ca urgență medico-chirurgicală se acordă obligatoriu oricărei femei, fiind parte a *pachetului minimal de servicii* acordat oricărui cetățean indiferent de statutul de asigurat²⁷. Prin urmare, acordarea asistenței medicale pe timpul sarcinii, la naștere și după naștere în mod gratuit, în sistemul public de sănătate, indiferent de statutul de asigurat, reprezintă un drept garantat prin lege oricărei femei de cetățenie română din România.

Orice femeie însărcinată, inclusiv femeile care trăiesc cu HIV, trebuie să beneficieze în mod egal de dreptul la asistență medicală la naștere. Conform legislației românești, personalul medical nu poate refuza să acorde asistență medicală sau îngrijiri de sănătate pe criterii etnice, religioase, orientare sexuală sau pe alte criterii de discriminare interzise de lege și este obligat să trateze pacienții în mod nediscriminatoriu²⁸. Statutul HIV al persoanei reprezintă un criteriu de discriminare expres interzis de legislația din România²⁹. Prin urmare, personalul medical nu poate refuza să acorde asistență medicală sau îngrijiri de sănătate pe criteriul statutului HIV pozitiv.

^a Interviu cu Georgiana (numele nu este cel real), din data de 17.12.2010, Craiova.

Cu toate acestea, accesul femeilor care trăiesc cu HIV la asistența medicală maternă, în special la asistența medicală la naștere, nu este întotdeauna realizat în practică în aceleași condiții cu femeile seronegative. Femeile intervievate ne-au indicat cazuri în care unități sanitare publice au refuzat acordarea asistenței medicale la naștere femeilor însărcinate care trăiesc cu HIV.

Alina^b trebuia să nască în vara lui 2010. La spitalul din localitatea municipiu de județ unde locuiește, a fost refuzată pe motiv că spitalul județean nu ar avea cele necesare unei operații cezariană pentru o femeie HIV pozitivă. Cu trimitere de la medicul infecționist, la 38 de săptămâni de sarcină, Alina a mers la spitalul municipal din centrul regional. Aici, medicul ginecolog i-a comunicat că sarcina are 36-37 de săptămâni și că mai are de așteptat până naște, timp în care să fie monitorizată la spitalul de boli infecțioase. În privința nașterii, medicul ginecolog i-a comunicat reprezentantei spitalului de boli infecțioase care o însoțea pe Alina că peste două săptămâni când contracțiile vor fi foarte mari, să o ducă la orice cameră de gardă. Nu a programat-o pentru nașterea prin cezariană și nici nu a dat de înțeles că ar putea să se reîntoarcă la spitalul respectiv pentru naștere.

Peste câteva zile, medicul infecționist a sunat la patru spitale în oraș pentru a o interna pe Alina pentru naștere. La toate aceste spitale a fost refuzată primirea Alinei pe motiv că acestea nu se ocupă de femei seropozitive. În final, Alina a fost trimisă de urgență cu ambulanța pentru naștere înapoi la spitalul municipal accesat anterior; aici asistenta șefă a refuzat acordarea asistenței medicale la naștere și a trimis-o la alt spital. La acest din urmă spital, Alina a mai stat internată o săptămână, după care i s-a făcut cezariană în momentul în care contracțiile au revenit.

Camelia^c a aflat că este HIV pozitivă când a mers pentru a naște la secția de obstetrică-ginecologie de la spitalul municipal din localitatea de domiciliu în toamna anului 2010; acolo i s-a făcut un test rapid. Nu a fost programată pentru cezariană la acest spital, ci urcată în ambulanță și trimisă la spitalul județean la 50 de km distanță.

Refuzul acordării asistenței medicale la naștere apare în parte datorită fricii personalului medical de contractare a virusului HIV în timpul acordării asistenței medicale unei femei care trăiește cu HIV. „Lipsa celor necesare” pentru operația cezariană în cazul unei femei care trăiește cu HIV apare deseori menționat ca fiind un motiv cu care personalul medical justifică refuzul. Orice spital care este acreditat pentru efectuarea operațiilor cezariană are obligația de a avea în permanență materialele necesare efectuării acestor intervenții de urgență. În condițiile limitărilor bugetare și a stocurilor insuficiente de materiale sanitare, spitalele pot pune în practică planuri prin care limitează numărul intervențiilor chirurgicale programate. Trebuie ținut însă cont de faptul că operația cezariană la femeia care trăiește cu HIV, chiar dacă este programată din punctul de vedere al momentului din evoluția sarcinii când ar trebui efectuată, are caracter de urgență din punctul de vedere al unității în care trebuie efectuată – nu poate fi refuzată, făcând parte din măsurile obligatorii de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil³⁰. Cu toate că există această obligație legală, în marea majoritate a cazurilor în care au fost confruntate cu refuzuri, femeile au fost trimise de la spitalele municipale sau județene la spitalele sau secțiile de obstetrică-ginecologie din localitățile care sunt centre regionale pentru monitorizarea și evaluarea infecției HIV/SIDA³¹. Un astfel de tratament încalcă prevederile legale și standardele de calitate ale serviciilor medicale asigurate în spitalele municipale și județene respective.

Din punct de vedere al precauțiilor universale asociate manevrelor chirurgicale, nașterea prin cezariană la o femeie care trăiește cu HIV este similară unei nașteri prin cezariană la o femeie considerată seronegativă. Unul dintre principiile de bază pe care se întemeiază

^b Interviu cu Alina (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^c Interviu cu Camelia (numele nu este cel real) și partenerul său Florin (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

precauțiunile universale este tocmai cel de a trata fiecare pacient ca și cum ar fi infectat și de a asigura imposibilitatea transmiterii oricărei infecții potențiale. Aplicarea obligatorie a precauțiunilor universale și asigurarea mijloacelor necesare la nivelul tuturor unităților sanitare, cu sau fără paturi, reprezintă o măsură stabilită prin lege de prevenire a transmiterii HIV³². Standardele adoptate de Ministerul Sănătății prevăd că personalul medical trebuie să ia măsuri pentru respectarea precauțiunilor universale în vederea prevenirii transmiterii infecțiilor cu cale de transmitere sanguină, la locul de muncă, atunci când tratează orice pacient și trebuie să aibă materialele și echipamentul necesar în acest sens, indiferent dacă se cunoaște sau nu statutul HIV al pacientului tratat³³. Prin urmare, odată respectate precauțiunile universale, îngrijirea pacienților nu diferă în mod substanțial în funcție de statutul HIV al pacientului³⁴. Aceasta înseamnă că pacientele care trăiesc cu HIV nu trebuie să fie refuzate la acordarea asistenței medicale la naștere, izolate sau tratate diferit comparativ cu alte paciente însărcinate.

ANEXA V

din Ordinul Ministerului Sănătății nr.994/2004 privind aprobarea Normelor de supraveghere și control a infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare

PRECAUȚIUNI UNIVERSALE

(PU)

SCOPUL aplicării PU:

prevenirea transmiterii infecțiilor cu cale de transmitere sanguină, la locul de muncă al personalului.

CONCEPTUL de PU se referă la:

- măsurile care se aplică în vederea prevenirii transmiterii HIV, HBV, HCV și alți agenți microbieni cu cale de transmitere sanguină, în timpul actului medical.
- sânge, alte fluide biologice și țesuturile tuturor pacienților se consideră a fi potențial infectate cu HIV, HBV, HCV și alți agenți microbieni cu cale de transmitere parenterală (sanguină)
- toți pacienții se considerați potențial infectați cu HIV, HBV, HCV sau cu alți agenți microbieni cu cale de transmitere sanguină, deoarece:
 - cei mai mulți dintre purtătorii de HIV, HBV, HCV și alți agenți microbieni sunt asimptomatici și nu-și cunosc propria stare de portaj;

REGULI de bază în aplicarea Precauțiunilor Universale:

1. Consideră toți pacienții potențial infectați;
2. Consideră că sângele, alte fluide biologice și țesuturile sunt contaminate cu HIV, HBV, HCV;
3. Consideră că acele și alte obiecte folosite în practica medicală sunt contaminate după utilizare.

CONTACTUL

tegumentelor și mucoaselor cu următoarele produse TREBUIE considerat LA RISC:

- sânge;
- lichid amniotic, lichid pericardic, lichid peritoneal, lichid pleural, lichid sinovial, lichid cefalo-rahidian;
- sperma, secreții vaginale;
- țesuturi;
- orice alte fluide organice vizibil contaminate cu sânge;

Unitățile sanitare publice din România, inclusiv secțiile și spitalele de obstetrică-ginecologie, se confruntă cu lipsa materialelor pentru asigurarea precauțiunilor universale³⁵. Când spitalele nu asigură materialele necesare pentru respectarea precauțiunilor universale (mănuși, șorțuri și bluze impermeabile, măști, protectoare faciale, cizme de cauciuc), nu este

cunoscută procedura de gestionare a cazurilor de expunere la contaminarea cu HIV, HBV și HCV și nu este asigurată profilaxia post-expunere, personalul medical are rețineri sau chiar refuză tratarea pacienților care trăiesc cu HIV. Neasigurarea precauțiilor universale în orice situație, nu doar în cazul pacienților care trăiesc cu HIV, expune pericolului de infectare atât personalul medical, cât și pe ceilalți pacienți³⁶.

Lipsa asistenței medicale de specialitate la naștere și a unui sistem de îngrijiri de sănătate funcțional are implicații grave asupra sănătății femeilor, în special a femeilor care trăiesc cu HIV. În acest sens, UNFPA și OMS au statuat:

„...prezența personalului calificat care asistă o naștere și existența unui sistem de îngrijiri de sănătate funcțional sunt fundamentale pentru asigurarea unei îngrijiri medicale susținute pe toată perioada sarcinii și după naștere. Îngrijirea calificată acordată în plus femeilor care trăiesc cu HIV, față de îngrijirile acordate tuturor femeilor, constă în luarea în considerare a efectelor HIV/SIDA asupra complicațiilor care pot apărea în timpul sarcinii, la naștere și postpartum, a tratamentului aferent HIV și intervenirea pentru reducerea transmiterii HIV la copii.”³⁷

Prin urmare, este nevoie de un sistem de îngrijiri de sănătate funcțional pentru ca nevoile de asistență medicală maternă, în special în timpul nașterii, pentru femeile însărcinate în general și pentru femeile însărcinate care trăiesc cu HIV în special, să fie satisfăcute de către personalul medical.

Din punct de vedere al îngrijirilor medicale calificate asigurate în plus femeii însărcinate care trăiește cu HIV, acestea sunt prevăzute în mod explicit în România în *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină*, elaborat de Comisia Consultativă de Obstetrică-Ginecologie a Ministerului Sănătății și aprobat prin ordin de ministru³⁸. Ghidul conține standardele medicale în ceea ce privește luarea în considerare a efectelor HIV/SIDA asupra complicațiilor care pot apărea în timpul sarcinii, la naștere și postpartum, asigurarea tratamentului aferent HIV pentru femeia însărcinată și măsurile de prevenire a transmiterii de la mamă la făt a infecției HIV, obligatorii conform legislației românești³⁹.

Prevenirea transmiterii HIV de la mamă la copil

Transmiterea HIV de la mamă la copil poate apărea pe parcursul sarcinii, la naștere sau prin alăptare. Fără nici o intervenție medicală, riscul transmiterii HIV de la mamă la copil este în jur de 20-45%⁴⁰.

Conform OMS, riscul transmiterii HIV de la mamă la copil poate fi redus sub 2% la populațiile care nu alăptează și sub 5% la populațiile care alăptează, atunci când se respectă o serie de intervenții cheie:

- tratament antiretroviral și/sau profilaxie antiretrovirală, în funcție de încărcătura virală a femeii însărcinate,
- nașterea prin cezariană programată și
- practici sigure de hrănire a copilului.⁴¹

Conform *Ghidului privind infecția HIV în sarcină*, emis de Ministerul Sănătății din România la 4 decembrie 2009, publicat în Monitorul Oficial nr.88 bis din 9 februarie 2010, măsurile pentru reducerea riscului de transmitere verticală a infecției HIV sunt:

- reducerea încărcăturii virale materne plasmatice și genitale (administrarea de antiretrovirale mamei),
- reducerea expunerii fătului la sfârșitul sarcinii și în timpul travaliului (cezariană programată),
- profilaxia post-expunere (pasajul transplacentar al tratamentului matern și inițierea tratamentului ARV la nou-născut),
- suprimarea expunerii postnatale (alimentație artificială, cu interzicerea alăptării la sân).

În România, tratamentul ARV în sarcină este, prin lege, gratuit⁴².

În condițiile în care funcționarea sistemul de sănătate din România prezintă numeroase deficiențe, femeile care trăiesc cu HIV sunt în mod special vulnerabile atunci când au nevoie de asistență medicală maternă consolidată și adaptată. Un sistem de sănătate precar limitează accesul la serviciile destinate HIV/SIDA și compromite calitatea acestor servicii. UNFPA și OMS recomandă ca, în locațiile care se confruntă cu resurse limitate,

„femeile care trăiesc cu HIV/SIDA [să fie] consiliate pentru a naște cu asistență calificată, preferabil într-o unitate sanitară care poate oferi tratamentul antiretroviral pentru profilaxia transmiterii de la mamă la copil ... Îngrijirile în timpul nașterii trebuie să fie adaptate pentru a reduce riscul transmiterii de la mamă la copil.”⁴³

Femeile intervievate au indicat numeroase cazuri în care asistența medicală specială necesară femeilor care trăiesc cu HIV nu a fost acordată conform standardelor medicale prezentate mai sus. O problemă este faptul că femeile care trăiesc cu HIV întâmpină dificultăți la programarea la timp a nașterii prin cezariană, chiar în cazurile în care au recomandare medicală în acest sens de la medicul curant.

În toamna anului 2010, Ana^d a fost programată de medicul său ginecolog să nască prin cezariană în săptămâna 38 de sarcină. Din motive care țin de forța majoră, spitalul de obstetrică-ginecologie în cauză nu a mai putut găzdui nașterea respectivă. Mergând la un alt spital pentru cezariană, Ana a fost refuzată și amânată o perioadă de opt zile în mod nejustificat. Cu multe intervenții Ana a reușit să obțină nașterea prin cezariană la mijlocul săptămânii 39 de sarcină. Această amânare a expus-o riscului de a fi obligată să nască pe căi naturale, ceea ce ar fi crescut riscurile de infecție cu HIV a nou-născutului.

În toamna anului 2010, Cătălina^e a fost trimisă de medicul său ginecolog de la un cabinet particular la spitalul județean pentru a fi internată, monitorizată și programată pentru naștere prin cezariană cu o săptămână înainte ca sarcina să ajungă la termen. Cu toate acestea, medicii de la spitalul județean au refuzat internarea și programarea nașterii prin cezariană, trimițând-o pe Cătălina să aștepte acasă. Femeia s-a întors la spital în ultimul moment, când nașterea era iminentă.

În cazul femeilor care trăiesc cu HIV este recomandată programarea nașterii prin cezariană la 38 de săptămâni de amenoree⁴⁴. Argumentația preluată și în ghidul clinic românesc se bazează pe studii clinice care au arătat că nașterea prin operație cezariană programată la 38 de săptămâni de amenoree scade semnificativ (cu 70-80%) riscul transmiterii verticale în comparație cu nașterea naturală, pe cale vaginală, la pacientele care nu alăptează⁴⁵. Riscul de transmitere în timpul nașterii este cel mai mare deoarece în timpul nașterii pe cale naturală fătul vine în contact mai îndelungat și cu cantități mai mari de sânge și fluide de la femeia care trăiește cu HIV. În plus, este posibil să nu se cunoască dacă femeia în cauză este aderentă la tratamentul ARV și care este concentrația virusului în aceste fluide. Situațiile prezentate mai sus ilustrează nevoia ca personalul din toate spitalele și secțiile de obstetrică-ginecologie, indiferent că lucrează sau nu într-un centru regional, să cunoască standardele de gestionare a nașterii în cazul unei femei care trăiește cu HIV și importanța programării la timp a nașterii prin cezariană.

Echipa medicală alege momentul optim pentru programarea nașterii prin cezariană în funcție de cele două aspecte contradictorii: riscul transmiterii verticale în travaliu și riscul complicațiilor prematurității⁴⁶. În cazul în care din diferite motive se ajunge să se efectueze o naștere pe cale vaginală, medicul trebuie să păstreze membranele intacte cât mai mult timp. În studii realizate înaintea introducerii HAART, membranele rupte de peste 4 ore sunt asociate cu dublarea riscului de transmitere verticală; fiecare oră în plus de membrane rupte, până la 24 ore, se asociază cu o creștere a riscului transmiterii HIV la copil cu 2%. Nu se cunoaște relevanța acestor aserțiuni în cazul pacientelor sub HAART⁴⁷. Cu toate acestea, femeile intervievate au indicat situații în care personalul medical a preferat să aștepte până în ultimul moment pentru a

^d Interviu cu Ana (numele nu este cel real) și partenerul ei George (numele nu este cel real), din data de 20.10.2010, București.

^e Interviu cu Cătălina (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

efectua cezariana, în absența unor investigații care să urmărească stabilirea nivelului de dezvoltare a fătului.

În toamna anului 2010, Alina^f a avut contracții uterine dureroase mai bine de 48 de ore până când i s-a făcut cezariana, iar Oana^g a avut contracții uterine dureroase pe tot parcursul unei nopți, fiind dusă abia dimineața în sala de operație pentru nașterea prin cezariană.

Cristina^h locuiește într-un oraș situat la circa 70 de km de centrul regional. Cristina avea programare pentru naștere prin cezariană pe data de 11 martie 2010 în spitalul de obstetrică-ginecologie din centrul regional. Pe 8 martie 2010, Cristina a început să aibă dureri și a mers la Urgență la spitalul din localitate. A cerut să fie trimisă la centrul regional, însă medicii au refuzat, informând-o că va naște cu ei pe cale vaginală. Cristina a declarat că travaliul a mai durat peste patru ore și în expulzie i s-a făcut epiziotomie. Copilul s-a născut mort.

Magdaⁱ locuiește într-un oraș situat la circa 50 de km de centrul regional. În toamna anului 2008, Magda a născut pe cale vaginală. Travaliul a durat în jur de 12 ore. S-a intervenit cu epiziotomie: „...m-au tăiat și a fost nevoie să îmi apese pe burtă ca să nasc. Pe la 9 dimineața am născut.” Magda nu s-a adresat din timp medicului infecționist pentru a obține programarea pentru nașterea prin cezariană la spitalul de obstetrică-ginecologie din centrul regional. Medicul său infecționist era în concediu în noaptea când Magda a fost adusă de urgență cu ambulanța la spitalul de boli infecțioase, având contracții intense. A așteptat să vină celălalt medic infecționist de acasă și a fost dusă de urgență la spitalul de obstetrică-ginecologie pentru naștere.

O altă intervenție esențială pentru prevenirea transmiterii HIV de la mamă la copil este administrarea tratamentului ARV femeii însărcinate pe parcursul sarcinii și postpartum și copilului imediat după naștere⁴⁸. Conform legii, acest tratament trebuie asigurat în mod gratuit pe toată perioada necesară⁴⁹. În condițiile întreruperilor de tratament care s-au înregistrat în România în ultima vreme, asigurarea acestei măsuri de prevenire a transmiterii HIV ar trebui privită ca o prioritate de sănătate publică și o obligație de respectare a drepturilor omului⁵⁰. Femeile intervievate au descris eforturile medicilor de boli infecțioase pentru a le asigura tratamentul ARV, complet, fără întreruperi pe perioada sarcinii.

Claudia^j a declarat că în anul 2010 când a fost însărcinată au fost o serie de întreruperi de tratament în centrul regional unde este arondată; uneori întreruperile au durat chiar câteva săptămâni. „Îi sunt recunoscătoare medicului meu infecționist care făcea în așa fel încât să nu întrerup tratamentul, chiar atunci când au fost medicamente lipsă. Le dădea la alții pe mai puține zile sau îmi dădea din rezerve. Așa am putut să nu întrerup tratamentul.”

Pentru a preveni transmiterea HIV de la mamă la copil, medicul trebuie să acționeze pentru asigurarea tratamentului nou-născutului de către medicul de boli infecțioase și asigurarea trusei de urgență (test rapid HIV și tratament pentru o zi) în cazul gravidelor nesupravegheate și care se prezintă direct la naștere⁵¹. Femeile intervievate au indicat că practica este ca în momentul unei nașteri la o femeie care trăiește cu HIV se contactează spitalul de boli infecțioase cel mai apropiat pentru a trimite medicamentele necesare pentru copil, de cele mai multe ori este vorba despre spitalul care o are pe femeia care trăiește cu HIV în evidență. Nu există acorduri formale între spitalele cu secții de boli infecțioase și spitalele cu secții de obstetrică-ginecologie, care să stipuleze proceduri clare și persoane responsabile. Drept consecință, înțelegerile sunt la nivel individual, expuse riscurilor de a nu mai putea fi puse în practică în cazul absenței persoanelor respective (pe motive de concediu, boală etc.) Aceste

^f Interviu cu Alina (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^g Interviu cu Oana (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^h Interviu cu Cristina (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

ⁱ Interviu cu Magda (numele nu este cel real), din data de 8.11.2010, Cluj.

^j Interviu cu Claudia (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

acorduri de colaborare sunt esențiale pentru asigurarea tratamentului corect și la timp al nou născutului.

Dana^k a născut pe cale vaginală la secția de obstetrică-ginecologie din mica localitate unde domiciliază. Deși personalul medical a aflat despre statutul său HIV pozitiv la naștere, în urma efectuării unui test rapid, nu au administrat nou născutului tratamentul ARV pe timpul internării. Copilul a primit tratamentul după trei zile, când a fost internat la spitalul de boli infecțioase de la centrul regional, pentru investigații în legătură cu infecția HIV.

Asigurarea accesului femeii însărcinate care trăiește cu HIV la asistența medicală maternă, inclusiv asistența medicală la naștere și îngrijirile medicale calificate legate de infecția HIV în sarcină reprezintă un drept al femeii, dar și o obligație legală, în primul rând ca problemă de sănătate publică, pentru prevenirea transmiterii HIV la copii. *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină* oferă o îndrumare de bază personalului și unităților sanitare în legătură cu gestionarea unor astfel de situații. Însă, ghidul respectiv trebuie transpus în protocoale adoptate la nivelul spitalelor, făcut cunoscut la nivelul profesiilor medicale și respectat în practică în fiecare unitate sanitară.

^k Interviu cu Dana (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

Ioana¹ este o femeie de 22 de ani, provenită din sistemul de protecție a copilului. La majorat, Ioana s-a mutat într-un complex rezidențial de tip familial pentru tinerii proveniți din sistemul de protecție a copilului. Ioana trăiește într-o cameră tip garsonieră împreună cu partenerul ei (și el provenit din sistemul de protecție a copilului).

„Complexul rezidențial era singurul loc unde am putut găsi o locuință după ce am împlinit 18 ani și nu am mai putut sta la centrul pentru copii. Și eu și prietenul meu am semnat un contract de închiriere în care ne-am obligat la trei lucruri pe perioada cât stăm aici: să lucrăm, să ne luăm tratamentul ARV și să nu avem copii. Pentru mine ultima condiție pune o presiune destul de mare.”

În august 2009, Ioana a hotărât să își pună un sterilet ca să prevină sarcinile nedorite. Cu toate acestea, în decembrie 2009, Ioana a aflat că este însărcinată de opt săptămâni și a dezvoltat și o infecție din cauza steriletului. Dacă ar fi păstrat sarcina risca să fie dată afară din complexul rezidențial, așa că a decis să facă avort electiv. Ioana s-a internat la spitalul județean pentru scoaterea steriletului, tratarea infecției și efectuarea avortului electiv.

„Deși am cerut să îmi facă avort, doi doctori m-au refuzat. Un domn doctor care m-a îngrijit de când am fost internată mi-a spus că nu îmi face avort că <nu vrea să mor pe masa lui>. Apoi acest doctor a intrat în concediu și m-a preluat o doamnă doctor. I-am spus și ei că nu vreau să păstrez sarcina. Doamna doctor mi-a spus prima dată că nu se ocupă de persoane seropozitive și apoi, după ce am insistat cu rugămintea să îmi facă avort, mi-a spus că nu face avorturi în perioada sărbătorilor pentru că este păcat.”

Chiar dacă organizația neguvernamentală care promovează drepturile persoanelor seropozitive în centrul regional respectiv a purtat discuții cu conducerea spitalului explicând situația particulară a Ioanei, aceasta tot nu a primit serviciul medical respectiv.

Presată de apropierea termenului legal până la care se putea face avortul electiv și fiind perioada sărbătorilor, Ioana împreună cu asistenta socială de la complexul rezidențial a mers la policlinica de stat cu plată. Nedeclarând statutul HIV, Ioana a obținut asistența medicală pentru avort electiv.

2. Alte servicii de sănătate sexuală și a reproducerii

Legislația românească prevede că pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale existente, iar pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare⁵². Aceasta înseamnă practic că în situația în care un serviciu medical este disponibil într-o unitate sanitară, el trebuie oferit persoanei fără discriminare, indiferent de statutul HIV pozitiv.

Legea română prevede obligația pacientului ca, atunci când își cunoaște statutul HIV pozitiv, să informeze medicul curant asupra acestui aspect⁵³. Confrunțați cu refuzuri din partea personalului medical atunci când află despre statutul HIV pozitiv, unii pacienți sunt nevoiți să încalce legea și să nu își declare statutul HIV pozitiv pentru a obține asistența medicală de care au nevoie și la care sunt îndreptățiți conform legii.

În practică, femeile care trăiesc cu HIV s-au confruntat cu refuzuri din partea personalului medical de specialitate când au solicitat asistență medicală din domeniul sănătății sexuale și a reproducerii.

¹ Interviu cu Ioana (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

Nadia^m trăiește într-o mică localitate. În vara anului 2010, Nadia s-a adresat medicului de familie cu o simptomatologie ginecologică. Acesta i-a dat o trimitere pentru un consult ginecologic la spitalul din localitate. La secția de ginecologie, personalul medical a aflat despre statutul HIV pozitiv al Nadiei de pe trimitere. I-au făcut doar o ecografie. Când a cerut un consult ginecologic, personalul medical a refuzat: „Mi-au spus că această consultație se face numai cu plată; am spus că plătesc, ei au pretins că nu au locuri. Au început să șoșotească între ei. În final m-a luat un doctor în cabinet, însă tot nu m-a consultat. Mi-am zis că mai bine aștept când mă duc la ... [centrul regional] să îmi iau pastilele, merg și la ginecologie.”

Elenaⁿ ne-a explicat starea de neputință în care se află o femeie care trăiește cu HIV când nu poate alege în fapt medicul care să o consulte, pentru că nu există decât un medic ginecolog în oraș dispus să consulte persoane seropozitive: „Neavând o altă resursă în momentul acela, un alt om la care să mă duc, era o stare de neputință...” Despre sistemul de trimitere de la medicul infecționist la medicul specialist în obstetrică-ginecologie, Elena recunoaște partea pozitivă, anume faptul că există un parteneriat între pacienta HIV pozitivă și medicul infecționist, dar vede și părțile negative – lipsa alegerii medicului curant și starea de dependență față de medicul infecționist: „Îmi e teamă să mă duc la un medic pe care nu îl cunosc pentru că îmi e frică să mă confrunt cu marginalizarea și discriminarea. Prin urmare, amân. Este foarte rău să nu poți să te duci oriunde, să nu poți să mergi la alt medic dacă cel pe care îl vezi nu îți place. În plus, se creează o relație de dependență foarte mare de infecționist – ce faci dacă este foarte ocupat sau e în concediu și nu poate să îți dea trimitere la ginecolog când ai nevoie urgentă?”

O altă situație, când femeile au nevoie urgentă de îngrijiri medicale de specialitate este atunci când au suferit un avort spontan sau au iminență de avort spontan. Acestea sunt calificate ca urgențe medicale și trebuie tratate în mod prioritar în spitalele sau secțiile de obstetrică-ginecologie. Și în aceste cazuri grave, de urgență, femeile intervievate s-au confruntat cu refuzuri din cauza statutului HIV pozitiv.

În toamna anului 2008, Amalia^o a ajuns de urgență la maternitate cu hemoragie puternică în urma unui avort spontan. I s-a făcut un test rapid pentru HIV și a aflat că este HIV pozitivă. În loc să o trateze pentru hemoragie, medicul ginecolog a trimis-o cu salvarea la spitalul de boli infecțioase din oraș.

În anul 2009, la nouă luni după prima naștere, Magda^p a rămas din nou însărcinată. Când sarcina avea patru luni, a început să sângereze abundent, inclusiv să elimine cheaguri de sânge. De la spitalul de boli infecțioase a fost trimisă la spitalul de obstetrică-ginecologie unde a fost diagnosticată cu iminență de avort. Cu toate acestea, nu a fost internată la ginecologie, ci trimisă înapoi la spitalul de boli infecțioase. La scurt timp, când starea Magdei s-a agravat, a fost trimisă a doua oară la spitalul de obstetrică-ginecologie pentru a primi îngrijiri medicale post-avort.

În România, avortul electiv este legal până la 14 săptămâni de la prima zi a ultimei menstruații (12 săptămâni de la data concepției), iar după acest termen este permis pentru

^m Interviu cu Nadia (numele nu este cel real), din data de 8.11.2010, Cluj

ⁿ Interviu cu Elena (numele nu este cel real), din data de 28.10.2010, București.

^o Interviu cu reprezentant ONG, din data de 18.10.2010, Botoșani.

^p Interviu cu Magda (numele nu este cel real), din data de 8.11.2010, Cluj.

motive terapeutice sau pentru a salva viața, sănătatea sau integritatea corporală a femeii însărcinate puse în pericol grav și iminent și care nu poate fi înlăturat altfel⁵⁴. Femeile intervievate au relatat situații în care din cauza statutului HIV pozitiv li s-a refuzat în sistemul public de sănătate efectuarea unui avort elective la care erau îndreptățite conform legii.

În anul 2008, Florentina^q a aflat că este însărcinată la opt săptămâni de sarcină. Medicul ginecolog de la spitalul județean care a consultat-o i-a spus că nu îi face avort: „Au zis să merg la policlinică să mă ia cine mă ia de acolo cu așa boală. Am revenit la Infecțioase. M-am pus pe plâns. Am spus că asta nu e România noastră!...” În final, Florentina a mers la un cabinet ginecologic particular și, nedeclarându-și statutul HIV, i s-a făcut avort.

În vara anului 2010, Nadia^r a fost și ea refuzată atunci când a cerut efectuarea unei întreruperi de sarcină la care era îndreptățită conform legii. Când a pus problema să fie programată pentru intervenția respectivă la policlinica din mica localitate de domiciliu, medicul ginecolog i-a spus că nu îi face avort, „indiferent câți bani i-ar da”. De altfel, tânăra a afirmat că în localitatea de domiciliu, în general, nu se internează în spital persoane care trăiesc cu HIV.

Refuzul acordării asistenței medicale pe de o parte vine în contradicție cu prevederile legale și drepturile omului, pe de altă parte pune în pericol sănătatea sau chiar viața femeilor care trăiesc cu HIV și a copiilor lor. Sistemul medical trebuie să încurajeze, nu să descurajeze adresarea femeilor la medic pentru control ginecologic, în scop profilactic și accesarea celorlalte servicii medicale legale disponibile. Comportamentul personalului medical contribuie în mod esențial la conturarea gradului de încredere al pacienților în sistemul medical. Printre consecințele respingerii sunt netratarea unor afecțiuni, recurgerea la automedicație, recurgerea la metode nesigure de inducere a avortului și nedeclararea statutului HIV către personalul medical care le asistă.

^q Interviu cu Florentina (numele nu este cel real), din data de 17.12.2010, Craiova.

^r Interviu cu Nadia (numele nu este cel real), din data de 8.11.2010, Cluj.

Corina^s a născut în primăvara anului 2010 prin cezariană, la un spital de obstetrică-ginecologie dintr-un centru regional. A doua zi după operație, a fost mutată la spitalul de boli infecțioase. Copilul său a rămas pentru câteva zile internat la maternitate.

„Nu mi se pare normal. De ce să mă duc la spitalul de boli infecțioase? De ce nu mă îngrijesc ei, ca medici ginecologi care se ocupă de femeile însărcinate? Am plecat fără să îmi văd copilul. El a rămas la maternitate să fie hrănit de alții... După două zile de stat singură la Infecțioase, fără să îmi văd copilul, a venit soțul meu, m-a luat cu un taxi și am mers la maternitate să văd băiețelul. Nu aveam voie să plec din spital. Practic am fugit pe ascuns, fără voia medicului meu. Soțul meu le-a dat bani asistentelor de la Neonatologie și mi-au adus băiețelul. Ne-au ținut pe hol, nu m-au lăsat să intru în salonul copiilor, deși soțul meu intrase cu o zi înainte. Băiețelul era înfășat. Nici nu l-am luat în brațe. Nu știu de ce nu am putut... Nu sunt o mamă rea... Soțul l-a luat în brațe. Am stat puțin și m-am întors la Infecțioase.”

După câteva zile, medicul ginecolog și medicul infecționist au externat-o pe Corina și pe copilul său din spitalul de boli infecțioase.

II. DISCRIMINAREA PE MOTIVUL STATUTULUI HIV POZITIV

Legislația românească interzice și sancționează comportamentul discriminatoriu manifestat împotriva persoanei pe motivul statutului HIV pozitiv. În mod explicit, atât legislația antidiscriminare, cât și reglementările deontologice ale profesiilor medicale interzic discriminarea în serviciile de sănătate publică, inclusiv pe motivul statutului HIV pozitiv⁵⁵. Cu toate acestea, femeile intervievate au indicat numeroase situații de discriminare în unitățile de obstetrică-ginecologice, inclusiv forma gravă a discriminării – segregarea – dar și tratarea diferită, dezavantajoasă a femeilor care trăiesc cu HIV, în comparație cu celelalte paciente.

1. Segregarea

O formă de segregare identificată de femei constă în mutarea lor imediat după naștere din spitalul de obstetrică-ginecologie în spitalul de boli infecțioase.

Claudia^t a născut în primăvara anului 2009 prin cezariană într-un spital de obstetrică-ginecologie dintr-un centru regional. După intervenția chirurgicală a stat pe masa de operație câteva ore cât timp i-au fost puse niște perfuzii, apoi a fost transportată cu ambulanța direct la spitalul de boli infecțioase, în altă parte a orașului, în timp ce copilul ei nou născut a rămas la maternitate. După câteva zile a fost și copilul adus la spitalul de boli infecțioase în salon cu mama sa. Claudia ne-a declarat: „Mi-au spus că personalul de la maternitate va veni zilnic la Infecțioase să îmi schimbe pansamentul, dar nu au venit decât la sfârșit când mi-au scos pansamentul. Tot cu acordul medicului ginecolog, medicul infecționist mi-a dat drumul acasă.” La începutul anului 2010, Claudia a făcut și un avort tot cu un medic de la spitalul de obstetrică-ginecologie. Și atunci a fost mutată direct la spitalul de boli infecțioase, după ce i s-a făcut intervenția chirurgicală respectivă. A stat internată câteva zile, până și-a revenit.

În primăvara anului 2010, Cristina^u a mers de urgență la maternitatea din localitatea de domiciliu, unde a născut pe cale vaginală un copil mort. După naștere, Cristina și copilul ei mort au fost trimiși cu ambulanța în localitatea-centru regional. Deși suferise

^s Interviu cu Corina (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

^t Interviu cu Claudia (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

^u Interviu cu Cristina (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

o epiziotomie și era în stare gravă după nașterea vaginală, Cristina nu a fost internată la spitalul de obstetrică-ginecologie, ci direct la spitalul de boli infecțioase.

O altă formă de segregare identificată de femei constă în separarea femeilor care trăiesc cu HIV de celelalte paciente și plasarea femeilor care trăiesc cu HIV singure în salon.

Alina^v și Ana^w au născut prin cezariană la date diferite, în toamna anului 2010, la același spital de obstetrică-ginecologie. Amândouă au fost internate în Salonul [10], denumit „Izolare”. Alina ne-a declarat: „Camera ...[10] era ultima pe culoar, în capătul podului. Eram uitată de lume acolo. Asistenta mi-a spus <Aici stai. Nu te miști de aici. Nu ieși afară din cameră. Ai toaleta ta. Nu vorbești cu nimeni, nu mergi prin saloane.>” Ana ne-a declarat că pe una din cele două toalete de pe culoar scria „<Are acces doar Salonul ...[10]>”. Ana ne-a declarat că atunci când celelalte paciente au întrebat personalul medical de ce nu pot folosi și cealaltă toaletă, li s-a comunicat că Ana are „o infecție umană foarte puternică”.

Oana^x a născut în aceeași perioadă de timp la un alt spital de obstetrică-ginecologie din același oraș cu Ana și Alina. După nașterea prin cezariană, Oana a stat trei zile la reanimare în salon cu alte 5 femei, apoi a fost mutată singură în salon.

Camelia^y și Cătălina^z care au născut prin cezariană în anul 2010, în același spital județean, au fost și ele plasate singure în salon.

În primăvara anului 2010, Corina^{aa} a născut prin cezariană într-un spital de obstetrică-ginecologie în orașul municipiu de județ unde locuiește. Ajunsă la spital cu contracții dese, a fost dusă într-o cameră pentru consult ginecologic. Corina ne-a declarat: „Aceasta era o altă cameră decât cea în care erau consultate în mod obișnuit celelalte femei. Era un fel de rezervă. Când au decis să mă interneze pentru cezariană, nu m-au pus în salon cu celelalte femei, ci într-un fel de sală mică de operație, un salon cu aparate pentru operație, cu un singur pat, un pat pentru consult ginecologic și mese. Mi-au spus că este mai bine pentru mine. Este mai liniștit. Nu m-am simțit marginalizată. Măcar mi-au dat un salon, nu mi-au spus să stau pe hol.”

În toamna anului 2008, Magda^{bb} a născut pe cale vaginală într-un spital de obstetrică-ginecologie dintr-un centru regional. Magda a fost așezată singură în salon pe un etaj care era încă în renovare. Magda ne-a declarat: „Eram singură în salon. Pe secție erau noi saloanele, se lucra, cred; nu erau alte femei în celelalte saloane de pe etaj. Nu m-o băgat cu mămicile celelalte în salon, nu știu de ce...”

Având în vedere căile de transmitere HIV, șederea unei paciente care trăiește cu HIV la un loc cu alte paciente nu prezintă niciun risc de contractare HIV⁵⁶. Segregarea femeilor care trăiesc cu HIV de celelalte paciente prin internarea lor în fapt în spitalul de boli infecțioase, în locul spitalului de obstetrică-ginecologie, unde are loc nașterea propriu-zisă, reprezintă un abuz. O astfel de practică nu este recomandată în niciunul dintre standardele medicale. După nașterea prin cezariană, femeia are nevoie de îngrijiri medicale și supraveghere din partea personalului specializat în obstetrică-ginecologie. Mutarea la alt spital poate duce la privarea sau îngreunarea accesului pacientei la această asistență medicală de specialitate. De asemenea, separarea femeilor care trăiesc cu HIV singure în salon poate crea o atmosferă ostilă, degradantă, ofensatoare. În unele situații segregarea pacientelor care trăiesc cu HIV în acest mod, combinată cu plasarea lor în zone izolate ale spitalului și neglijarea lor, poate pune în pericol starea de sănătate a acestor paciente. Prin urmare, folosirea argumentului legat de protecția sănătății publice pentru a justifica măsurile de segregare a pacientelor care trăiesc cu HIV de celelalte paciente nu poate fi acceptat.

^v Interviu cu Alina (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^w Interviu cu Ana (numele nu este cel real) și partenerul ei George (numele nu este cel real), din data de 20.10.2010, București.

^x Interviu cu Oana (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^y Interviu cu Camelia (numele nu este cel real) și partenerul său Florin (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

^z Interviu cu Cătălina (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

^{aa} Interviu cu Corina (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

^{bb} Interviu cu Magda (numele nu este cel real), din data de 8.11.2010, Cluj.

Elena^{cc} ne-a povestit despre o întâmplare umilitoare de la un consult ginecologic, care a afectat-o foarte mult.

„Acum patru-cinci ani, după ce am aflat despre statutul meu HIV pozitiv și am început tratamentul ARV, am decis să îmi fac și un consult ginecologic pentru ca să fiu cu toate în regulă. Am mers la medicul infecționist pentru a-mi recomanda un medic ginecolog cunoscut. Vroiam să merg la sigur. Să evit traumele. Să fac tot ce ține de mine să fie ok. Medicul infecționist mi-a dat o scrisoare medicală în care explica statutul meu HIV pozitiv. Am merscu scrisoarea și l-am căutat pe medic la maternitate. Era singurul medic ginecolog din oraș cunoscut ca tratând femeii seropozitive.

L-am așteptat pe medicul ginecolog într-un salon la parter, unde am și fost consultată. Prima reacție a ginecologului la citirea scrisorii medicale a fost să mă întrebe cu reproș cum a ajuns o fată ca mine în situația asta. M-a supărat întrebarea, dar ce puteam face, am mers mai departe. Medicul m-a pus pe masa ginecologică și mi-a făcut consultul ginecologic. Am fost expusă cu părțile intime către partea salonului unde erau două uși pe care au circulat pe toată perioada consultației diverse persoane, probabil personal medical, printre care și bărbați, care nu aveau nimic de-a face cu consultația mea. A fost îngrozitor ...

M-am simțit umilită și jignită. Cred că în mare parte mi-am suprimat amintirile în legătură cu această vizită traumatizantă. Prietena care mă aștepta afară mi-a spus că atunci când am ieșit arătam foarte rău. Prietena mea mi-a povestit apoi că i-aș fi mărturisit că l-am întrebat pe doctor ceva în legătură cu contraceptivele orale, iar el mi-ar fi răspuns <Ce contraceptive îți trebuie ție, că tu o să naști copii morți!> Nu pot să bag mâna în foc că asta mi-a spus. Pur și simplu nu îmi mai aduc aminte...”

Elena n-a mai mers la acel medic ginecolog. După o vreme, s-a adresat unei clinici private din orașul său.

„Am mers la doctorița la care aveam programare și i-am spus direct că sunt HIV pozitivă și să îmi spună dacă are ceva împotriva. Eram hotărâtă să știu dacă mă ridic de pe scaun sau nu mă ridic de pe scaun. Nu a avut nimic împotriva, m-a consultat. Nu a făcut nimic deosebit și am urmărit-o pe parcursul mai multor consultații, inclusiv în relație cu asistentele care se mai schimbau. Nu a schițat niciodată vreun gest care să mă facă să mă simt discriminată. E o femeie foarte blajină de felul ei. Îmi mai spune când merg la ea <A, ești pacienta aceea!>, dar atât.”

2. Comportamentul discriminatoriu

Femeile intervievate au indicat mai multe cazuri când au fost puse în situații umilitoare, degradante, ofensatoare, din cauza comportamentului personalului medical care cunoștea statutul lor HIV pozitiv.

În toamna anului 2010, nașterea prin cezariană a Anei^{dd} s-a desfășurat cu ușa deschisă la sala de operație. Din dreptul ușii priveau cum se desfășoară operația mai multe cadre medicale, inclusiv șeful secției.

În aceeași perioadă, dar într-un alt centru regional, Cătălina^{ee} a fost internată într-un salon separat după operația cezariană. Spre deosebire de saloanele obișnuite unde erau

^{cc} Interviu cu Elena (numele nu este cel real), din data de 28.10.2010, București.

^{dd} Interviu cu Ana (numele nu este cel real) și partenerul ei George (numele nu este cel real), din data de 20.10.2010, București.

internate celelalte paciente, Cătălina nu avea toaletă în salon. Cătălina ne-a declarat: „După operație îmi venea să urinez foarte des. Le-am întrebat pe asistente unde să merg la toaletă. Mi-au spus să merg în alte saloane. Din cauza durerilor nu eram în stare să merg până acolo. Am fost pusă într-o situație foarte umilitoare. La limită, am decis să urinez într-o cutie de iaurt pe care o goleam în chiuvetă.”

În toamna anului 2010, după nașterea prin cezariană, Alina^{ff} nu și-a văzut copilul decât după trei zile: „Sâmbătă la prânz am născut. Mi-au spus că am o fată. Nu mi-au arătat-o. Duminică seara când mi-am mai revenit după operație am rugat asistenta să îmi aducă copilul să îl văd, dar nu mi-a adus-o. Luni seara i-am dat infirmierei 10 lei și am plâns rugând-o să îmi aducă copilul. Infirmiera mi-a adus fetița să o văd, dar nu mi-a dat-o în brațe, deși celelalte fete cu care eram în salon i-a dat copilul în brațe. Abia joi mi-am mai văzut copilul. Am mers să o înregistrez, să o văd și să îi dau să mănânce.”

Femeile intervievate au arătat cum personalul medical le-a ignorat, neglijat și desconsiderat pentru că sunt HIV pozitive și au fost tratate altfel decât celelalte paciente.

Alina^{gg} a declarat că a stat două zile fără apă. Când și-a revenit după cezariană nu a avut cui să ceară apă. Spre deosebire de celelalte paciente care se mai ajutau una pe cealaltă, Alina a fost așezată singură în salon. Vreme de șase zile cât a stat internată, doar în două rânduri a fost vizitată de un medic, însă acesta a întrebat-o doar cum se simte, fără să o consulte propriu-zis.

Relatări asemănătoare a avut și Cătălina^{hh}: „M-au mințit că o să fiu supravegheată la una-două ore. Când am avut nevoie să beau apă pentru că îmi era foarte sete după anestezie, nu mi-a dat nimeni apă. Am stat singură până a doua zi și nu am băut apă. Am cerut unei infirmiere care a trecut pe acolo și mi-a dat. Dacă nu ai bani ca să le dai să fii tratată bine, nu te îngrijește nimeni. După un timp, când a venit mama cu bani și le-am dat, m-au tratat mai bine. Numai medicii de gardă treceau să mă vadă, însă și aceștia doar băgau capul pe ușă și spuneau: <A, știi, femeia cu HIV!> și plecau mai departe fără să mă consulte sau să-mi vorbească. Într-o zi am avut dureri mari și între 2 și 6 după amiaza nu mi-a dat nimeni nici un calmant, deși le-am cerut. Apoi a venit asistenta șefă și le-a certat pe celelalte asistente reproșându-le: <Dacă fata asta e cum e, voi nu o tratați bine!>”

Claudiaⁱⁱ a născut prin cezariană la spitalul de obstetrică-ginecologie în primăvara anului 2009 și a fost mutată în aceeași zi la spitalul de boli infecțioase. Nu a fost vizitată de personalul medical de la spitalul de obstetrică-ginecologie, decât după cinci zile de la naștere, când i-au scos pansamentul. În anul 2007, Claudia a făcut un avort la spitalul clinic de obstetrică-ginecologie din centrul regional. Claudia ne-a declarat că a fost nemulțumită de felul în care a tratat-o asistenta medicală: „Eu am pensie acasă și vin aici să mă molipsesc de toate bolile!” Claudia ne-a declarat: „După întrerupere, eram

^{ee} Interviu cu Cătălina (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

^{ff} Interviu cu Alina (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^{gg} Interviu cu Alina (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^{hh} Interviu cu Cătălina (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

ⁱⁱ Interviu cu Claudia (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

încă amorțită de la anestezie și am fost ajutată să merg până în pat într-un salon în care mai erau trei paciente. Nici măcar nu m-a ajutat să îmi pun chiloții. Eram amorțită și nu puteam să mi-i pun singură. Mi-a pus doar un tampon de vată între picioare pentru sângerare și m-a lăsat în pat. Când mi-am revenit de la anestezie, eram într-o baltă de sânge.”

Femeile intervievate au descris situații când au fost tratate diferit, dezavantajos de către personalul medical în comparație cu celelalte paciente, pe motivul statutului HIV pozitiv.

La șapte luni de sarcină, Corina^{jj} a aflat de la medicul ginecolog care o supraveghease pe tot parcursul sarcinii că nu îi poate face el cezariană și nici nu poate să o recomande altui medic. Corina a declarat: „Am intrat în panică. Nu știam unde să mă duc și cui să cer un doctor care s-a mai ocupat de astfel de cazuri, de femei seropozitive.”

Camelia^{kk} a declarat: „Se uitau la mine ca și cum eu aș fi aia bolnavă cu HIV. Nici gunoiul nu l-au ridicat de la mine din salon. M-au sărit vreo câteva mese, au uitat să îmi aducă copilului laptele într-o dimineață. Între ele vorbeau <fata cu HIV>.”

Georgiana^{ll} a declarat că din personalul medical erau unii care se purtau bine cu ea, alții rău: „Se fereau. Nu mă lăseau să stau pe bancă, îmi spuneau să intru în salon, să nu stau pe hol. Auziseră toți de la doctori că sunt bolnavă. Pacientele auziseră și ele...”

Cătălina^{mmm} a declarat: „Purtau mănuși când puneau mâna pe mine, chiar dacă nu îmi făceau injecții sau altceva de genul acesta. Pe fetiță o tratau urât. O luau în brațe cu mănuși, deși nu îi făceau injecție. Nu o înfășau bine. Asta se întâmpla până când au aflat că e sănătoasă.”

Femeile intervievate au împărtășit experiențele lor în legătură cu felul în care au fost judecate, certate, apostrofate, criticate de către personalul medical fie pentru faptul că au rămas însărcinate, fie pentru faptul că au ales să păstreze sarcina.

Corinaⁿⁿ a avut o sarcină dorită în anul 2009. Și-a făcut toate analizele și testele prescrise de medicul ginecolog pe perioada sarcinii, inclusiv triplu testul. A mers la analize cu trimiterea de la medicul ginecolog pe care scria și statutul ei HIV pozitiv: „De pe trimitere, asistenta care îmi lua probe a înțeles că trebuie să îmi ia sânge și pentru testul HIV. Am realizat că a înțeles greșit și i-am spus că nu este nevoie să îmi facă testul pentru că știu că sunt HIV pozitivă. Atunci asistenta medicală mi-a zis: <Cum naști un copil cu virusul ăsta? Nu ți-e frică că iese bolnav?> Parcă mă ura că aduc pe lume un copil. Pentru ea asta însemna că sunt inconștientă.”

Cătălina^{oo} a mers cu trimitere la spitalul județean pentru internare pentru naștere prin cezariană programată, datorită statutului său HIV pozitiv. Cătălina a declarat cu tristețe: „Am fost consultată pe masa de ginecologie de un medic foarte sever care se răstia la

^{jj} Interviu cu Corina (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

^{kk} Interviu cu Camelia (numele nu este cel real) și partenerul său Florin (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

^{ll} Interviu cu Georgiana (numele nu este cel real), din data de 17.12.2010, Craiova.

^{mmm} Interviu cu Cătălina (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

ⁿⁿ Interviu cu Corina (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

^{oo} Interviu cu Cătălina (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

mine. Erau de față mai mulți studenți la medicină. Nu m-a informat nimeni că vor asista și aceștia la consultul ginecologic și nu mi-a cerut nimeni permisiunea. După consultație, medicul mi-a spus: «De ce îți trebuie ție copil după cum ești cum ești? Tu mâine-poimâine mori, îți mai trebuie copil!»... După ce am născut prin cezariană simțeam des nevoia să ies să mă plimb pe culoar din cauza durerilor. Am auzit personalul medical cum discuta la cafea despre mine cu ușa deschisă: «Ai văzut ce copil frumos are și ea are HIV!»»

Camelia^{pp} și Florin sunt un cuplu care a aflat despre statutul HIV pozitiv al Cameliei când aceasta s-a internat de urgență la spital pentru naștere. Cei doi ne-au declarat că după ce le-a comunicat statutul HIV pozitiv, în locul consilierii post-testare, personalul medical a început să o dojenească pe Camelia și să o acuze: „Ce, tu nu știai că ai HIV?... Minți! Știai că ai HIV!”

În anul 2009, Natalia^{qq} a suferit un avort spontan. La internarea de urgență în spitalul de obstetrică-ginecologie pentru îngrijiri post-avort, o asistentă medicală i-a reproșat: „Dacă ești bolnavă și ai știut, de ce a trebuit să mai faci un copil, atunci stai și rabdă durerile!” Natalia a declarat că deși erau de față un medic și o infirmieră, nimeni nu i-a luat apărarea.

Claudia^{rr} a făcut o întrerupere de sarcină în urmă cu circa trei ani la spitalul de obstetrică-ginecologie din centrul regional. Claudia a declarat că o asistentă a făcut o serie de remarci față de comportamentul său sexual în raport cu statutul marital, vârsta și statutul seropozitiv: „M-a întrebat dacă sunt căsătorită sau dacă stau cu un bărbat. Mi-a reproșat: «Îți trebuie să te culci la vârsta asta! Tu ești bolnavă și îți trebuie copii!»»

Lipsa de informații despre infecția HIV, inclusiv căile de transmitere HIV, lipsa dezvoltării unui automatism prin aplicarea în cazul oricărui pacient a precauțiilor universale pot explica frica sau reținerea personalului medical în relația cu pacienții care trăiesc cu HIV. Aceste circumstanțe nu justifică însă stigmatizarea și discriminarea la care sunt expuși pacienții care trăiesc cu HIV de către personalul medical. Jignirea, umilirea, desconsiderarea, neglijarea, ignorarea oricărui pacient este contrară deontologiei profesionale și standardelor de calitate a serviciilor medicale.

^{pp} Interviu cu Camelia (numele nu este cel real) și partenerul său Florin, din data de 22.12.2010, Constanța.

^{qq} Interviu cu Natalia (numele nu este cel real), 8.11.2010, Cluj.

^{rr} Interviu cu Claudia (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

Camelia^{ss} este o femeie de 36 de ani, căsătorită cu un bărbat seronegativ. Camelia a aflat despre statutul său HIV pozitiv când s-a prezentat la maternitate pentru naștere. I s-a făcut un test rapid, fără să știe și fără să-și dea consimțământul. Vestea că este HIV pozitivă și tot ce a urmat au luat-o total pe nepregătite – judecată și acuzată de personalul medical pentru că este HIV pozitivă și însărcinată, refuzată de la cezariană în spitalul din localitate, transferată de urgență la spitalul județean, începerea tratamentului ARV pentru ea și copilul nou născut, interzicerea alăptatului la sân. Camelia a trecut prin momente foarte dificile, lipsită de informații și consiliere și confruntată cu respingere și tratament discriminatoriu datorită statutului HIV pozitiv, pentru prima dată în viață.

Ultimul lucru de care Camelia avea nevoie era să se preocupe de gestionarea divulgării statutului HIV pozitiv către diferite persoane din anturajul ei. Cu toate acestea, chiar pe perioada șederii ei în spital, personalul medical a încălcat în mai multe rânduri confidențialitatea în legătură cu statutul său HIV pozitiv:

„Mi s-a încălcat confidențialitatea. O prietenă din ...[Italia] a sunat la spitalul județean ca să afle cum mă simt și să pună o vorbă bună pentru mine pentru că avea cunoștințe la spital și aflase că am născut. De la spital a aflat că am HIV. La Județean până și femeia de serviciu știa că am HIV. O cumnată de-a mea a fost sunată de o cunoștință care lucrează la Spitalul județean care i-a comunicat că sunt HIV pozitivă și a întrebat-o: <Dar nu ți-e frică să stai cu ei în casă?>”

La ieșirea din spital, Camelia a avut nevoie de o adeverință pentru Inspectoratul Teritorial de Muncă din care să reiasă că a născut prematur, la șapte luni de sarcină. Adeverința respectivă îi era necesară pentru dosarul de concediu pentru îngrijirea copilului în vârstă de până la doi ani și pentru obținerea indemnizației aferente.

„Aveam noroc că îndeplineam la limită condițiile pentru obținerea concediului și indemnizației de creștere a copilului. Am cerut expres personalului medical să nu scrie pe adeverință că am HIV, ca să nu se afle în mica localitate de unde provin. Nu au fost de acord și au scris. Am făcut contestație la directoarea spitalului, dar fără succes. Din această cauză nu am mai dus adeverința la ITM și nici până în prezent nu beneficiaz de concediul și indemnizația respectivă. Sper să le obțin ulterior după ce mă încadrează la gradul de handicap. Mă ajută un ONG să-mi fac dosarul.”

III. ÎNCĂLCAREA CONFIDENȚIALITĂȚII CU PRIVIRE LA STATUTUL HIV POZITIV

Statutul HIV al persoanei este o informație care trebuie păstrată confidențială, conform standardelor naționale și internaționale. UNFPA și OMS recomandă: „statutul HIV al femeilor trebuie păstrat confidențial, iar dosarele lor medicale făcute disponibile numai lucrătorilor medicali direct implicați în acordarea asistenței medicale pentru ele sau pentru copiii lor.”⁵⁷

Conform Legii 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA, păstrarea confidențialității datelor privind persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA este obligatorie pentru angajații rețelei sanitare, angajatorii acestor persoane și funcționarii publici care au acces la aceste date. Medicilor li se permite să comunice informațiile cu privire la statusul HIV/SIDA al unui pacient numai între specialiști, pentru a se asigura acuratețea diagnosticelor și conduitelor terapeutice chirurgicale și nechirurgicale în diferitele faze evolutive ale infecției HIV/SIDA⁵⁸. Curtea Europeană a Drepturilor Omului a statuat asupra

^{ss} Interviu cu Camelia (numele nu este cel real) și partenerul său Florin (numele nu este cel real), din data de 22.12.2010, Constanța.

condițiilor care trebuie îndeplinite pentru o comunicare intra și interinstituțională a datelor medicale conformă cu dreptul la viață privată: cunoașterea datelor medicale respective să fie decisivă în luarea unei decizii temeinice de către instituția în cauză, existența unei obligații legale de păstrare a confidențialității pentru toți cei implicați în gestionarea acestor informații și posibilitatea reală de a angaja răspunderea lor civilă sau penală în caz de încălcare a legii.⁵⁹

Noul Cod penal a introdus infracțiunea *Divulgarea secretului profesional*:

„Divulgarea, fără drept, a unor date sau informații privind viața privată a unei persoane, de către acela care a luat cunoștință despre acestea cu consimțământul persoanei vătămate, în virtutea profesiei ori funcției și care are obligația păstrării confidențialității cu privire la aceste date, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă.”⁶⁰

Chiar dacă garanțiile legale pentru protecția confidențialității persoanelor care trăiesc cu HIV sunt clare și stricte, femeile intervievate au indicat numeroase situații în care le-a fost încălcată confidențialitatea cu privire la statutul HIV pozitiv.

O modalitate de încălcare a confidențialității constă în emiterea sau scrierea de către unitățile sanitare a diferitelor documente sau alte înscrisuri care menționează statutul HIV al persoanei, în situații în care nu este necesară și nici legală menționarea acestei informații.

Alina^{tt}, Corina^{uu}, Ana^{vv} și Magda^{ww} au declarat că pe cartonașele individuale de la pătuțurile copiilor lor din diferite maternități din țară era menționat statutul HIV pozitiv: „mamă cu SIDA”, „născut din mamă cu HIV”, „mamă purtătoare a virusului HIV” sau „HIV”.

Corina^{xx} a declarat că pe foaia sa de observație, pe prima pagină era scris cu roșu, cu litere mari „HIV”, iar coperta dosarului în care se afla foaia de observație era transparentă, ceea ce făcea ca oricine vedea dosarul afla despre statutul ei HIV pozitiv, chiar fără să-l răsfoiască.

O altă modalitate de încălcare a confidențialității apare atunci când personalul medical, prin comportamentul său, divulgă statutul HIV al persoanei, în afara cadrului legal.

Alina^{yy} a fost internată la naștere într-un salon separat. Alina a declarat că asistentele avertizau pacientele și personalul medical: „Vedeți că are SIDA.” În plus, Alina a declarat că medicul de familie de la ea din sat i-a cerut să dea o declarație că este răspunderea ei dacă infectează pe cineva. „Am semnat, ce era să fac?! Mi-a dat și mie o copie. Doctorița a motivat că este nevoie de o astfel de declarație pentru că vin vecinii peste mine că m-am culcat cu vreun copil de-al lor.”

Oana^{zz} a născut prin cezariană doi copii, primul în 2007, al doilea în toamna lui 2010. În anul 2007, după naștere, asistenta medicală de la neonatologie a divulgat statutul HIV pozitiv către soacra Oanei: „Asistenta a întrebat dacă i-am dat copilului tratamentul. Soacra mea a întrebat ce are copilul, de ce are nevoie de tratament. Asistenta a spus: <nu are nimic copilul, mama are SIDA>.”

Claudia^{aaa} s-a adresat spitalului de obstetrică-ginecologie din centrul regional pentru avort. Claudia ne-a declarat că în timpul în care aștepta pentru intervenția în cauză, a auzit câteva asistente care nu erau implicate în îngrijirea ei, dar aflaseră despre statutul

^{tt} Interviu cu Alina (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^{uu} Interviu cu Corina (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

^{vv} Interviu cu Ana (numele nu este cel real) și partenerul ei George (numele nu este cel real), din data de 20.10.2010, București.

^{ww} Interviu cu Magda (numele nu este cel real), din data de 8.11.2010, Cluj.

^{xx} Interviu cu Corina (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

^{yy} Interviu cu Alina (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^{zz} Interviu cu Oana (numele nu este cel real), din data de 24.09.2010, București.

^{aaa} Interviu cu Claudia (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

său HIV pozitiv, cum vorbeau între ele: „A venit o persoană cu SIDA să își facă întrerupere!»”

Corina^{bbb} a declarat că a apreciat faptul că medicul ginecolog care a consultat-o înainte de cezariană i-a atras atenția asistentei medicale să nu vorbească tare despre statutul HIV pozitiv al femeii.

Ana^{ccc}, o femeie care a așteptat mai mult de o săptămână să fie primită pentru cezariană, a declarat că la Internări, asistentele medicale știau deja despre statutul său HIV pozitiv. Ana a declarat că asistentele l-au întrebat pe medicul ginecolog: „E fata cu HIV?”

Încălcarea confidențialității în legătură cu statutul HIV al persoanei este condamnată de lege, indiferent că are loc din cauza unei politici sau practici la nivelul unității sanitare, din cauza necunoașterii, neglijenței sau relei credințe a personalului medical.

^{bbb} Interviu cu Corina (numele nu este cel real), din data de 15.10.2010, Iași.

^{ccc} Interviu cu Ana (numele nu este cel real) și partenerul ei George (numele nu este cel real), din data de 20.10.2010, București.

IV. VIOLAREA DREPTURILOR OMULUI FEMEILOR CARE TRĂIESC CU HIV

Situațiile de neglijență și abuz documentate în acest raport au atât implicații asupra sănătății publice, cât și asupra respectării drepturilor omului, constituindu-se în grave încălcări ale legislației naționale și ale obligațiilor internaționale sau regionale asumate de România. Printre drepturile omului care trebuie garantate femeilor care trăiesc cu HIV se află dreptul la sănătate fizică și mentală, dreptul la viață privată și de familie, dreptul de a nu fi supus tratamentelor inumane și degradante, dreptul la egalitate și nediscriminare. Violările prezentate în acest raport demonstrează că România nu și-a îndeplinit obligațiile constituționale și internaționale de a respecta, proteja și aduce la îndeplinire aceste drepturi în cazul femeilor care trăiesc cu HIV.

Numeroase convenții pentru apărarea drepturilor omului de la nivel internațional sau regional ratificate de România oferă importante garanții pentru drepturile femeilor și fetelor din România: Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale⁶¹, Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene⁶², Carta socială europeană (revizuită)⁶³, Declarația universală a drepturilor omului⁶⁴, Pactul internațional privind drepturile civile și politice⁶⁵, Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale⁶⁶, Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor⁶⁷, Convenția privind drepturile copilului⁶⁸, Convenția împotriva torturii sau a altor tratamente și pedepse crude, inumane sau degradante⁶⁹. Constituția României consacră aplicarea directă, cu prioritate a pactelor și tratatelor privitoare la drepturile fundamentale ale omului, parte a dreptului intern, chiar înaintea celorlalte legi naționale, atunci când tratatele sunt mai favorabile apărării drepturilor omului⁷⁰. Alături de aceste documente internaționale cu caracter obligatoriu, există o serie de documente politice, cu caracter declarativ, care completează setul de standarde ale drepturilor omului aplicabile drepturilor sexuale și ale reproducerii și persoanelor care trăiesc cu HIV⁷¹. În cele ce urmează, vom prezenta fiecare drept în parte din perspectiva standardelor și a situației documentate în acest raport.

Dreptul la sănătate

Constituția României garantează dreptul la ocrotirea sănătății, inclusiv prin luarea de măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice, organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei, stabilite prin lege⁷². Convențiile internaționale și regionale pentru apărarea drepturilor omului ratificate de România recunosc dreptul la cel mai înalt standard de sănătate fizică și mentală și impun obligații corelative statelor pentru a aduce la îndeplinire acest drept⁷³.

În timp ce obligațiile statului de a aduce la îndeplinire dreptul la sănătate sunt considerate în dreptul internațional ca un proces progresiv, condiționat de factorii timp, eficiență, resurse disponibile la nivelul statului, există o serie de componente ale dreptului la sănătate care trebuie îndeplinite imediat, indiferent de resurse (acestea se numesc „obligații de bază”, din limba engleză „core obligations”)⁷⁴. Printre aceste obligații de bază ale statului în legătură cu dreptul la sănătate, se află multe dintre aspectele expuse în acest raport, precum combaterea discriminării în exercitarea dreptului la sănătate și asigurarea accesului la asistența medicală primară, de tipul asistenței medicale materne, planificării familiale, consultului ginecologic⁷⁵. Astfel, tratamentul discriminatoriu aplicat femeilor datorită statutului lor HIV pozitiv sau refuzarea accesului lor la asistență medicală maternă, la servicii de planificare familială sau la consult ginecologic reprezintă încălcări grave ale dreptului la sănătate.

Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale a statuat asupra caracteristicilor esențiale ale dreptului la sănătate: „*disponibilitatea, accesibilitatea, acceptabilitatea și calitatea unităților, materialelor și serviciilor medicale*”⁷⁶.

În primul rând, statul român trebuie să se asigure că serviciile medicale sunt disponibile. Nu este suficient ca serviciile medicale să apară ca fiind garantate pe hârtie – în legi sau ordine de ministru – ele trebuie să fie disponibile în practică oricărei persoane care are nevoie de ele. Inexistența tratamentului pentru profilaxia post expunere în toate unitățile sanitare din România, ca parte a pachetului de precauțiuni universale⁷⁷, inexistența trusei de urgență (test rapid HIV și tratament pentru o zi) în cazul gravidelor nesupravegheate și care se prezintă direct la naștere⁷⁸, neasigurarea tratamentului ARV pentru nou născut imediat după naștere în orice spital sau secție de obstetrică-ginecologie în care se efectuează nașteri⁷⁹ pun în pericol sănătatea sau chiar viața personalului medical, respectiv a femeilor și copiilor nou născuți, ceea ce constituie grave violări ale dreptului la sănătate.

În al doilea rând, statul român trebuie să respecte principiul accesibilității, ceea ce presupune că „*unitățile, bunurile și serviciile medicale trebuie să fie accesibile tuturor, în special categoriilor de populație cele mai vulnerabile și marginalizate, atât în drept, cât și în fapt, fără discriminare, pe oricare dintre criteriile protejate*”⁸⁰, inclusiv pe criteriul sex sau starea de sănătate⁸¹. Refuzarea acordării asistenței medicale la naștere, neluarea măsurilor de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil, refuzarea accesului la consult ginecologic, refuzarea acordării asistenței medicale de urgență post-avort și a asistenței medicale pentru avortul elective, pe motivul statutului HIV pozitiv, sunt comportamente care transformă serviciile de sănătate sexuală și a reproducerii în servicii inaccesibile femeilor care trăiesc cu HIV, ceea ce le încalcă dreptul la sănătate.

În al treilea rând, statul român trebuie să respecte principiul acceptabilității în acordarea serviciilor de sănătate, ceea ce presupune printre altele că aceste servicii trebuie să „*respecte etica medicală și [...] să fie concepute astfel încât să respecte confidențialitatea și să ducă la îmbunătățirea stării de sănătate a persoanelor vizate*”⁸². Refuzarea acordării asistenței medicale unei paciente pentru că este HIV pozitivă vine în contradicție cu etica medicală⁸³. Tot contrare eticii medicale și inacceptabile din punct de vedere al dreptului la sănătate sunt segregarea nejustificată, umilirea, judecarea și criticarea pacienților pentru alegerile făcute în legătură cu viața privată și de familie, datorită statutului lor HIV pozitiv. În plus, încălcarea confidențialității în legătură cu statutul HIV pozitiv face ca serviciile medicale în domeniul sănătății sexuale și a reproducerii să fie inacceptabile pacienților care trăiesc cu HIV, ceea ce le încalcă dreptul la sănătate.

Dreptul la sănătate nu se limitează la dreptul la asistență medicală, ci include dreptul de a nu fi supus unor acțiuni care afectează sănătatea persoanei, dreptul de a dispune de propria sănătate și de propriul corp, inclusiv în ceea ce privește sănătatea sexuală și a reproducerii, dreptul de a avea acces la informații esențiale din domeniul sănătății⁸⁴. Ignorarea, neglijarea și desconsiderarea suferită în mod special de femeile care trăiesc cu HIV în spitalele și secțiile de obstetrică-ginecologie din România reprezintă încă o violare gravă a dreptului la sănătate. Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale a cerut statelor „*să asigure instruirea adecvată a medicilor și a celorlalți profesioniști din rândul personalului medical [și] asigurarea unui număr suficient de spitale, clinici și alte unități medicale...*”⁸⁵. Viața și sănătatea femeilor și copiilor din România este pusă în pericol de acordarea de servicii medicale neadecvate, nerespectarea de fiecare dată a precauțiilor universale și neluarea măsurilor de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil, precum programarea nașterii prin cezariană, limitarea timpului de membrane rupte, asigurarea tratamentului ARV pentru copilul nou născut. Astfel de experiențe negative au consecințe negative asupra încrederii persoanelor care trăiesc cu HIV în sistemul de sănătate, duc la diminuarea adresabilității la servicii medicale de specialitate, în particular de obstetrică-ginecologie și la recurgerea la automedicație, tratamente sau proceduri ilegale sau nesigure etc.

Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului prevăd că „*dreptul la sănătate [...] acoperă acum în mod explicit disponibilitatea și accesibilitatea*

prevenirii, tratamentului, îngrijirilor și susținerii în ceea ce privește HIV pentru copii și adulți”⁸⁶. Drept urmare, standardele internaționale și regionale de drepturile omului cer ca România să elimine barierele în accesul la servicii de sănătate pe care le întâmpină femeile care trăiesc cu HIV.

Dreptul la viață privată și de familie

Constituția României consacră dreptul la respectarea și ocrotirea vieții private și de familie⁸⁷. CEDO și Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene recunosc dreptul fiecărei persoane la viață privată și de familie⁸⁸. În mod similar, Declarația Universală a Drepturilor Omului⁸⁹ și Pactul internațional privind drepturile civile și politice consacră acest drept, ceea ce presupune că „*nimeni nu va putea fi supus vreunor imixtiuni arbitrare sau ilegale în viața particulară, în familia, domiciliul sau corespondența sa, nici la atingeri ilegale aduse onoarei și reputației sale*”⁹⁰.

Curtea Europeană a Drepturilor Omului a statuat că dreptul persoanei de a dispune de propriul ei corp, integritatea fizică și psihică, inclusiv viața sexuală a persoanei țin de sfera vieții private, iar statul are obligația să adopte și să aplice un cadru legal care să asigure protecția acestor componente ale vieții private⁹¹. Condiționarea tratamentului medical de semnarea unei declarații pe propria răspundere privind consecințele nașterii sau comportamentului sexual al unei femei care trăiește cu HIV reprezintă o imixtiune arbitrară și ilegală în viața intimă și privată a acesteia.

Legislația românească prevede că pacientul este cel care decide dacă se supune sau nu unei intervenții medicale recomandate de personalul medical⁹². Impunerea de către personalul medical a unui anumit tratament medical, intervenții sau analize medicale fără consimțământul pacientului vine în contradicție cu prevederile legii românești și cu obligațiile asumate de statul român prin ratificarea Convenției privind drepturile omului și biomedicina⁹³. Neluarea mijloacelor de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil, împiedicarea accesului la servicii de avort atunci când acestea sunt legale, neeliberarea contraceptivelor sau neacordarea informațiilor în domeniul contracepției le pun pe femeile care trăiesc cu HIV în imposibilitatea de a decide asupra propriului corp și asupra vieții lor sexuale, ceea ce le încalcă dreptul la viață privată.

Curtea Europeană a Drepturilor Omului a hotărât de asemenea că decizia unei persoane de a deveni sau de a nu deveni părinte intră în sfera dreptului la viață privată și de familie⁹⁴. Dreptul de a decide numărul și intervalul dintre copii este recunoscut în Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor⁹⁵. Prin urmare, judecarea, criticarea, blamarea sau dezavantajarea unei femei care trăiește cu HIV deoarece a ales să devină părinte vine în contradicție cu dreptul la viață privată.

Dreptul la viață privată este strâns legat de dreptul la sănătate, inclusiv sub aspectele confidențialității și luării deciziei privind testarea HIV⁹⁶. În contextul HIV/SIDA, dreptul la viață privată a fost recunoscut explicit în cadrul Conferinței Internaționale privind Populația și Dezvoltarea, care a statuat în programul său de acțiune că statele trebuie „*să asigure că drepturile individuale și confidențialitatea persoanelor infectate cu HIV sunt respectate*”⁹⁷. Drepturile la confidențialitate și consimțământ informat sunt garantate în legislația românească privind drepturile pacienților, inclusiv în cazul pacienților care trăiesc cu HIV⁹⁸. Protecția dreptului la viață privată și la consimțământ informat sunt elemente esențiale în prevenirea HIV/SIDA și în programele de tratament pentru că încurajează accesul la testare și la servicii de sănătate. Când nu se garantează respectarea principiului consimțământului informat, testarea voluntară și confidențialitatea, oamenii preferă să nu se testeze pentru că le este frică de stigmatizare și discriminare⁹⁹. Oamenii vor fi mai dispuși să solicite asistență medicală atunci când au încredere că personalul medical le va respecta confidențialitatea. În plus, persoanele care apelează în mod voluntar la serviciile de testare sunt într-o poziție mai bună de a afla despre prevenirea HIV și de a primi tratamentul adecvat. Încurajarea testării voluntare și

informării despre HIV privește nu doar persoanele individuale, ci și comunitatea, „*interesată de respectarea vieții private pentru ca oamenii să se simtă în siguranță și confortabil atunci când folosesc serviciile de sănătate publică, precum prevenirea HIV și asistența medicală*”¹⁰⁰. Practica unor spitale de a efectua în mod automat teste rapide HIV femeilor însărcinate care se prezintă la consult medical sau la naștere, fără a le informa despre testare, fără a le lua consimțământul și fără a le face consiliere pre-testare reprezintă o gravă încălcare a principiului consimțământului informat și o violare a dreptului la viață privată al femeilor în cauză.

OMS a declarat că: „*există un consens internațional în creștere asupra faptului că toți pacienții au un drept fundamental la viață privată, confidențialitate privind informația cu caracter medical, de a consimți sau de a refuza tratamentul, de a fi informați cu privire la riscul anumitor proceduri medicale*”¹⁰¹. Nerespectarea confidențialității statutului HIV pozitiv prin menționarea acestuia pe documente medicale sau pe alte înscrisuri, ce pot fi consultate de persoane care nu sunt implicate în tratamentul medical al femeii sau copilului în cauză, violează principiul confidențialității și dreptul la viață privată. Divulgarea statutului HIV al persoanei de către personalul medical familiei sau prietenilor pacienților, personalului medical neimplicat în cazul respectiv, altor pacienți sau altor persoane, fără consimțământul expres al pacientului în cauză, reprezintă de asemenea o gravă încălcare a secretului profesional și a confidențialității.

Dreptul de a nu fi supus tratamentelor inumane și degradante

Constituția României, CEDO și Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene interzic tratamentele inumane și degradante¹⁰². Nu doar actele care cauzează suferință fizică, dar și cele care cauzează suferință psihică sau care pot avea consecințe fizice sau psihice pe o perioadă îndelungată pot sta la baza violării dreptului persoanei de a nu fi supusă tratamentelor inumane și degradante¹⁰³. Și actele săvârșite din neglijență se pot constitui într-un tratament inuman sau degradant¹⁰⁴. În plus, Curtea Europeană a Drepturilor Omului s-a pronunțat asupra faptului că gradul de intensitate a suferințelor este relativ și poate depinde de mai mulți factori, inclusiv durata tratamentului respectiv, consecințele la nivel fizic sau psihic ale tratamentului respectiv, sexul, vârsta și starea de sănătate a victimei¹⁰⁵. Comitetul pentru Drepturile Omului a statuat în mod explicit că interzicerea tratamentelor inumane și degradante se extinde și asupra acțiunilor care au loc în unitățile sanitare¹⁰⁶.

Ansamblul de abuzuri prezentate în acest raport la care au fost supuse femeile care trăiesc cu HIV în accesul la servicii de sănătate sexuală și a reproducerii pot atinge gradul de gravitate al unui tratament inuman și degradant. Refuzarea asistării la naștere a unei femei pe motiv că este HIV pozitivă, neluarea măsurilor obligatorii de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil, testarea HIV a femeii însărcinate fără consimțământul său informat, urmată de lipsa consilierii adecvate pre și post testare supun femeia însărcinată care trăiește cu HIV suferințelor psihice și stresului emoțional în legătură cu perspectivele asupra propriei sănătăți și asupra sănătății viitorului copil născut. Stigmatizarea și marginalizarea femeilor însărcinate care trăiesc cu HIV prin segregarea lor în spitalele de boli infecțioase imediat după naștere sau în saloane separate de celelalte paciente, prin umilirea și agresarea verbală, judecarea sau încălcarea confidențialității privind statutul lor HIV reprezintă tratamente degradante. Ca reacție la astfel de comportamente, femeile care trăiesc cu HIV preferă să fie în ilegalitate și să nu comunice statutul HIV medicului curant, de teama discriminării și refuzării acordării asistenței medicale de care au nevoie.

Dreptul la egalitate și nediscriminare

Constituția României, CEDO și Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene consacră dreptul la egalitate și nediscriminare¹⁰⁷. Aceste instrumente legale interzic discriminarea pe criteriul sex și pe „*orice alt criteriu*”¹⁰⁸. Această expresie acoperă statutul HIV al persoanei¹⁰⁹. Conform legislației românești antidiscriminare, statutul HIV al persoanei este recunoscut explicit ca motiv de discriminare, ceea ce face ca discriminarea persoanelor pe motivul statutului lor HIV pozitiv să fie interzisă și sancționată în România¹¹⁰.

Recomandările internaționale privind HIV și drepturile omului abordează în mod expres discriminarea împotriva femeilor care trăiesc cu HIV și statuează asupra măsurilor care ar trebui luate pentru a combate această formă de discriminare:

„Pentru a reduce vulnerabilitatea femeilor la infecția HIV și impactul HIV și SIDA, ar trebui să fie adoptate legi antidiscriminare și de protecție a acestor persoane care reduc incidența violărilor drepturilor omului împotriva femeilor în contextul HIV ... De asemenea ar trebui adoptate legi care să garanteze drepturile sexuale și ale reproducerii, inclusiv dreptul de a avea acces independent la informație în domeniul sănătății privind reproducerea și bolile cu transmitere sexuală, la servicii și mijloace de contracepție, ... dreptul de a decide cu privire la numărul și intervalul dintre copii, dreptul de a solicita practici sexuale mai sigure și dreptul de protecție din partea legii împotriva violenței sexuale în afara cât și înăuntrul căsătoriei, inclusiv legislație privind violul marital.”¹¹¹

Principiul nediscriminării pe criteriul statutului HIV pozitiv este fundamental în contextul accesului la servicii de sănătate, fără de care drepturile la sănătate și la viață ale persoanelor care trăiesc cu HIV nu pot exista. Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale a statuat că una dintre componentele dreptului la sănătate este *„dreptul la un sistem de protecție a sănătății care oferă egalitate de oportunități persoanelor astfel încât acestea să se bucure de cel mai înalt standard de sănătate”*¹¹². Prin această egalitate de oportunități se înțelege că *„unitățile medicale, bunurile și serviciile trebuie să fie accesibile tuturor, atât în drept cât și în fapt, fără discriminare, în mod special celor mai vulnerabile și marginalizate părți ale populației [...] precum [...] femeile [...] și persoanele cu HIV/SIDA...”*¹¹³. Declarația Națiunilor Unite asupra angajamentului privind HIV/SIDA subliniază că guvernele sunt responsabile pentru atingerea unor ținte în timp pentru prevenirea HIV/SIDA și trebuie să elimine discriminarea în prevenirea și în accesul la servicii medicale¹¹⁴. Conform legislației românești în domeniul HIV/SIDA, unitățile sanitare și medicii, indiferent de specialitate, sunt obligați să interneze și să asigure îngrijirile medicale de profil în specialitatea pe care o reprezintă, în conformitate cu patologia prezentată de pacientul HIV pozitiv¹¹⁵.

În conformitate cu aceste prevederi legale naționale și internaționale, unitățile sanitare și personalul medical din România au obligația legală de a oferi acces la servicii de calitate tuturor persoanelor, indiferent de sex sau de statutul HIV pozitiv. Tratamentul diferit, dezavantajos, suferit de femeile care trăiesc cu HIV în România în accesul la servicii din specialitatea obstetrică-ginecologie constituie o încălcare flagrantă a dreptului la egalitate și nediscriminare. Exemplele de situații de refuz pe baza statutului HIV pozitiv în acordarea asistenței medicale la naștere, pentru consult ginecologic, pentru asistență medicală de urgență post-avort sau pentru avort electiv reprezintă de asemenea discriminări interzise de lege. Constituie discriminare pe criteriul statutului HIV pozitiv și neluarea mijloacelor de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil, segregarea nejustificată a femeilor care trăiesc cu HIV, tratarea lor în mod umilitor, jignitor, judecarea și criticarea lor pentru deciziile din domeniul reproducerii, ignorarea, neglijarea și deconsiderarea lor, precum și încălcarea confidențialității privind statutul HIV pozitiv.

În ciuda acestui cadrul legislativ generos care recunoaște la nivel declarativ drepturile persoanelor care trăiesc cu HIV, statul român a eșuat în punerea în practică a acestor legi, lăsând femeile care trăiesc cu HIV/SIDA vulnerabile la discriminarea din partea unităților sanitare și personalului medical.

V. RECOMANDĂRI

CĂTRE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

- Să reitereze obligațiile de respectare a regulilor de bază în aplicarea precauțiilor universale, inclusiv a obligațiilor conducerii unităților sanitare de a asigura materialele necesare respectării acestor reguli.
- Să adopte proiectul strategiei naționale HIV/SIDA și proiectul strategiei naționale privind sănătatea și drepturile sexuale și ale reproducerii care conțin măsuri importante în ceea ce privește sănătatea și drepturile sexuale și ale reproducerii în cazul persoanelor care trăiesc cu HIV, vizând în mod special femeia care trăiește cu HIV.
- Să reitereze importanța recomandării testării voluntare HIV pe parcursul sarcinii de către medicul la care este luată în evidență femeia însărcinată și să asigure capacitatea reală de a promova și furniza serviciile de testare voluntară cu consiliere ca parte a pachetului de îngrijiri prenatale acoperit de asigurările sociale de sănătate. Caracterul voluntar al testării trebuie să fie menționat explicit.
- În colaborare cu reprezentanții profesiilor medicale implicate, să revizuiască *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină* și să înlocuiască formulările lipsite de claritate.
- În colaborare cu asociațiile profesionale să transmită *Ghidului clinic privind infecția HIV în sarcină*, în format electronic, tuturor medicilor de familie, medicilor ginecologi, moașelor și asistentelor medicale.
- Să elaboreze un Breviar informativ cu principalele informații practice incluse în *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină* și să îl disemineze către personalul medical.
- Să includă în procesul de educație profesională continuă a medicilor de familie, medicilor ginecologi, moașelor etc obligativitatea unui curs/atelier care să prezinte *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină*.
- Să dezvolte un sistem explicit de sancționare a abaterilor de la standardele prezentate în *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină*, cu menționarea instituțiilor responsabile, procedurilor de control preventiv, procedurilor de aplicare a sancțiunilor.
- Să elaboreze și să transmită către toate spitalele de obstetrică-ginecologie acreditate pentru efectuarea de operații cezariene o Scrisoare metodologică prin care să fie precizat caracterul de obligativitate a asigurării accesului la operație cezariană a femeilor care trăiesc cu HIV, indiferent de dificultățile bugetare ale spitalului.
- Să elaboreze și să transmită către toate spitalele de obstetrică-ginecologie o Scrisoare metodologică prin care să se precizeze modul în care trebuie organizată asistența medicală a femeilor care trăiesc cu HIV.
- Să includă în cadrul procesului de educație profesională continuă a medicilor de familie, medicilor ginecologi, moașelor și asistentelor din unitățile din sistemul de asistență pentru sarcină a obligativității participării la un curs/atelier pe tematica transmiterii HIV, a măsurilor destinate prevenirii transmiterii HIV în unitățile medicale și a drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV, inclusiv dreptul la respectarea confidențialității.
- Să dezvolte un sistem de sancționare a abaterilor de la Legea drepturilor pacientului.
- Să adopte un set de reglementări care să detalieze obligația personalului medical de respectare a dreptului la confidențialitate al pacientului, cu specificarea garanțiilor procedurale pentru realizarea acestui drept.

- Să aloce fonduri publice pentru elaborarea unor broșuri destinate informării persoanelor care trăiesc cu HIV în privința opțiunilor lor reproductive și pentru pregătirea personalului medical în domeniul opțiunilor reproductive ale persoanelor care trăiesc cu HIV.

CĂTRE CONSILIUL NAȚIONAL PENTRU COMBATEREA DISCRIMINĂRII

- Să adopte o instrucțiune prin care să consacre principiul nediscriminării în accesul la servicii de sănătate, inclusiv sănătate sexuală și a reproducerii, pe criteriul HIV pozitiv.
- Să promoveze prin programe, politici publice și alte activități care intră în competența sa, principiul nediscriminării în accesul la servicii de sănătate, inclusiv sănătate sexuală și a reproducerii, pe criteriul HIV pozitiv.
- Să monitorizeze respectarea principiului nediscriminării pe criteriul HIV pozitiv în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate, inclusiv sănătate sexuală și a reproducerii.

CĂTRE AUTORITĂȚILE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE ȘI LOCALE CARE AU ÎN SUBORDINE UNITĂȚI SANITARE

- Să monitorizeze respectarea de către unitățile sanitare din subordine a obligațiilor de aplicare a regulilor de bază privind precauțiunile universale, inclusiv a obligațiilor conducerii unităților sanitare de a asigura materialele necesare respectării acestor reguli.
- Să monitorizeze adoptarea și respectarea la nivelul unităților sanitare din subordine a protocoalelor de practică medicală care transpun *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină*.
- În colaborare cu direcțiile de sănătate publică, casele județene de asigurări pentru sănătate, asociațiile de pacienți și alte ONG-uri interesate, să dezvolte un sistem de monitorizare a respectării drepturilor pacienților în unitățile medicale din teritoriul pentru care au responsabilitate.
- În colaborare cu direcțiile de sănătate publică județene și organizațiile neguvernamentale care reprezintă interesele persoanelor care trăiesc cu HIV, să organizeze un sistem de asistență a femeilor însărcinate care trăiesc cu HIV la nivelul fiecărui județ, să asigure încheierea acordurilor interinstituționale, elaborarea în cadrul fiecărei instituții implicate a procedurilor și protocoalelor destinate asigurării calității serviciilor de specialitate oferite femeilor care trăiesc cu HIV.

CĂTRE ASOCIAȚIILE PROFESIILOR MEDICALE

- Să colaboreze la revizuirea *Ghidului clinic privind infecția HIV în sarcină* și să înlocuiască formulările lipsite de claritate.
- Să transmită *Ghidului clinic privind infecția HIV în sarcină*, în format electronic, tuturor membrilor și beneficiarilor lor care fac parte din personalul medical.
- Să includă în procesul de educație profesională continuă a medicilor de familie, medicilor ginecologi, moașelor etc obligativitatea unui curs/atelier care să prezinte *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină*.
- Să includă în cadrul procesului de educație profesională continuă a medicilor de familie, medicilor ginecologi, moașelor și a asistentelor din unitățile din sistemul de asistență pentru sarcină a obligativității participării la un curs/atelier pe tematica transmiterii HIV, a măsurilor destinate prevenirii transmiterii HIV în unitățile medicale și a

drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV, inclusiv dreptul la respectarea confidențialității.

- Să includă în publicațiile profesionale destinate personalului medical informații de actualitate privind sexualitatea și reproducerea persoanelor care trăiesc cu HIV.

CĂTRE UNIVERSITĂȚILE DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

- Să includă în programele de formare a personalului medical de toate nivelele temele drepturilor pacienților în general, drepturile sexuale și reproductive ale persoanelor care trăiesc cu HIV și dezvoltarea abilităților de comunicare și a atitudinilor nediscriminatorii.
- Să includă în publicațiile profesionale destinate personalului medical informații de actualitate privind sexualitatea și reproducerea persoanelor care trăiesc cu HIV.

CĂTRE CONDUCEREA UNITĂȚILOR SANITARE

- Să elaboreze și să adopte la nivelul unităților sanitare pe care le conduc protocoalele de practică medicală care transpun *Ghidul clinic privind infecția HIV în sarcină*.
- Să încheie acorduri interinstituționale menite să asigure colaborarea cu alte unități sanitare de specialitate sau alte instituții în vederea acordării unor servicii complete femeilor însărcinate care trăiesc cu HIV.

CĂTRE ORGANIZAȚIILE NEGUVERNAMENTALE

- Organizațiile neguvernamentale care au în misiunea lor apărarea drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV și organizațiile neguvernamentale pentru apărarea drepturilor sexuale și ale reproducerii să își unească eforturile în vederea monitorizării respectării drepturilor sexuale și ale reproducerii persoanelor care trăiesc cu HIV.

NOTE

¹ A se vedea Human Rights Watch, “Romania’s Orphans: A Legacy of Repression,” Raport, vol.2, nr.15, decembrie 1990.

² Datele statistice colectate de Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea infecției HIV/SIDA în România – INBI “Prof.Dr.M.Balș” iau vârsta de 14 ani ca vârstă de referință pentru încadrarea copil-adult. Din perspectiva drepturilor omului, Convenția cu privire la drepturile copilului prevede că o persoană este copil până la vârsta de 18 ani. A se vedea Convenția cu privire la drepturile copilului, art.1, adoptată de Adunarea Generală a O.N.U. la 29 noiembrie 1989, intrată în vigoare la 2 septembrie 1990, ratificată de România prin Legea nr.19/1990, publicată în Monitorul Oficial nr.109/28 septembrie 1990 și republicată în Monitorul Oficial nr.314/13 iunie 2001 [mai departe *CDC*].

³ A se vedea Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea infecției HIV/SIDA în România – INBI “Prof.Dr.M.Balș”, Date statistice. România la 31 decembrie 2010, pp.6-7, disponibil la http://www.cnlas.ro/images/doc/romania_31dec_2010.pdf (ultima vizită 27.05.2011) [mai departe *Date statistice INBI 2010*].

⁴ A se vedea Programul de Acțiune al Conferinței Internaționale privind Populația și Dezvoltarea (ICPD Programme of Action), Principiul 8, pct.4.1 și 4.4 lit.c [mai departe *PACIPD*].

⁵ Date statistice puse la dispoziția ECPI de către Institutul Național de Boli Infecțioase “Prof.Dr.M.Balș”, Adresa nr.5146/23.08.2010.

⁶ A se vedea PACIPD, *supra* nota 4, pct.4.1, 4.24-4.29. A se vedea de asemenea Comitetul pentru eliminarea discriminării împotriva femeii, Observații și concluzii către: Bosnia și Herțegovina, ¶ 36, U.N.Doc.CEDAW/C/BIH/CO/3 (2006); Belarus, ¶ 374, U.N. Doc.A/55/38 (2000); Grecia, ¶ 208, U.N.Doc. A/54/38 (1999); Slovenia, ¶119, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1 (1997); Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, ¶ 310, U.N. Doc. A/54/38 (1999). A se vedea de asemenea, Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale, Observații și concluzii către Honduras, 21/05/2001, U.N. Doc.E/C.12/1/Add.57, ¶¶ 27, 48.

⁷ A se vedea Fundația Soros România, Barometrul de opinie publică. Viața de cuplu, mai 2007, p.63, disponibil la <http://www.soros.ro/ro/publicatii.php?cat=2#> (ultima vizită 27.05.2011).

⁸ Human Rights Watch, “Viața nu așteaptă” Eșecul României în protecția și susținerea copiilor și a tinerilor care trăiesc cu HIV (2006), HUMAN RIGHTS WATCH VOLUME 18, NO. 6(D), p.4 [mai departe *Viața nu așteaptă*].

⁹ A se vedea declarațiile prof.univ.dr. Adrian Streinu-Cercel în conferințe de presă preluate în mass media, disponibile la <http://www.romedic.ro/fonduri-insuficiente-pentru-tratamentul-pacientilor-cu-hiv%7Csida-0N19143>, <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-8071427-adrian-streinu-cercel-daca-nu-vor-bani-pentru-terapii-hiv-sida-atunci-vom-avea-problema-serioasa-atunci-vorbim-virusuri-mutante-nici-nu-vreau-gandesc.htm> (ultima vizită 27.05.2011). A se vedea de asemenea Raport de analiza a situației și a răspunsului HIV/SIDA în România, realizat de Eduard Petrescu, Consultant Centrul Roman HIV/SIDA, decembrie 2010, p.50 [mai departe *Raport de analiză 2010*]. A se vedea de asemenea Uniunea Națională a Organizațiilor Pacienților care trăiesc cu HIV/SIDA (UNOPA), Comunicate de presă din 21.01.2011, 25.11.2010 și 19.05.2010, disponibile la http://unopa.ro/?page=pagini_list&PageId=Comunicate+de+presa_16&m=2 (ultima vizită 27.05.2011).

¹⁰ A se vedea Viața nu așteaptă, *supra* nota 8. A se vedea de asemenea Departamentul de Stat SUA, 2009 Human Rights Report România (2009), Secțiunea 6, disponibil la http://romania.usembassy.gov/2009_rhr_en.html și UNOPA, Raportul de evaluare. Situația actuală a persoanelor seropozitive (2010), disponibil la http://unopa.ro/?page=pagini_list&PageId=Proiecte+in+derulare_17&ArticleId=RAPORT+DE+EVALUARE+-+Situatia+actuala+a+persoanelor+seropozitive_2&m=3 (ultima vizită 27.05.2011).

¹¹ Viața nu așteaptă, *supra* nota 8, p.26.

¹² *Ibidem*.

¹³ În 2010 au fost raportate 111.037 de testări HIV la gravide ca grupă de risc (117 pozitive). A se vedea Date statistice INBI 2010, *supra* nota 3, p.45. În 2009, au fost raportate 99.850 de teste HIV (0,08% pozitive) efectuate la femeile gravide (în total 222.925 de nașteri). A se vedea Raport de analiză 2010, *supra* nota 9, pp.45-46.

¹⁴ A se vedea Legea 46/2003 privind drepturile pacientului, publicată în Monitorul Oficial nr.51 din 29 ianuarie 2003, art.1 și 18 [mai departe *Legea 46/2003*]. Obligatorie este consilierea gravidelor privind importanța cunoașterii statusului HIV în prevenirea transmiterii materno-fetale, nu obligativitatea testării HIV a gravidelor. A se vedea Metodologia de aplicare a Ordinului 889/5 noiembrie 1998 pentru reactualizarea Ordinului nr.912/11 septembrie 1992 privind instituirea sistemului de declarare a infecției

cu HIV și aprobarea metodologiei de aplicare a acestuia, pct.I, disponibilă la <http://www.hivromania.ro/index.html/articles?articleID=312&parentID=124> (ultima vizită 27.05.2011).

¹⁵ A se vedea Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights [Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului], Versiunea consolidată (2006), Recomandarea 3, pct.20 lit.b și c, disponibile la http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf (ultima vizită 27.05.2011) [mai departe *Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului*].

¹⁶ A se vedea Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA în România, din cadrul Institutului Național de Boli Infecțioase “Prof.dr.Matei Balș” – București, date statistice, www.cnlas.ro, citat în Raport de analiză 2010, *supra* nota 9, pp.45-46.

¹⁷ A se vedea Societatea Academică Română, Criză și reformă în sistemul de sănătate. O radiografie la zi, decembrie 2010, disponibil la http://media.hotnews.ro/media_server1/document-2010-12-10-8117332-0-raportul-sar.pdf (ultima vizită 27.05.2011). A se vedea de asemenea Societatea Academică Română, Intră sănătatea în comă? SAR Policy Brief No.44, noiembrie 2009, disponibil la http://www.sar.org.ro/files/412_Policy%20memo44.pdf (ultima vizită 27.05.2011) și Comisia prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, Raportul „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului”, București 2008, disponibil la http://www.presidency.ro/static/ordine/COMISIASANATATE/UN_SISTEM_SANITAR_CENTRAT_P E_NEVOILE_CETATEANULUI.pdf (ultima vizită 27.05.2011).

¹⁸ A se vedea Ministerul Sănătății, Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor – 2010-2012, pp.34-35. A se vedea de asemenea Dr. Dana Otilia Fărcășanu, Percepția populației asupra corupției, plăților informale și introducerii coplății în sistemul public de sănătate din România, în Management financiar. Management în sănătate XIV/1/2010; pp.9-14, disponibil la http://www.managementinsanitate.ro/pdf/Revista_nr_1_2010_pdf/ro/3_Perceptia%20populatiei%20asupra%20coruptiei%20platilor%20informale%20si%20introducerii%20coplatii%20in%20sistemul%20public%20de%20sanatate%20din%20Romania.pdf (ultima vizită 27.05.2011).

¹⁹ A se vedea Viața nu așteaptă, *supra* nota 8.

²⁰ Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului raporta la 31 martie 2005 pentru Human Rights Watch un număr de 3.400 de copii care trăiau cu HIV înscrși în documentele direcțiilor județene pentru asistență socială și protecția copilului dintr-un total de 7.200 de copii și tineri între 15-19 ani care trăiau cu HIV (11.200 fiind cifra totală a persoanelor care trăiau cu HIV la acea dată în România). A se vedea Viața nu așteaptă, *supra* nota 8, pp.13-14.

²¹ 48% dintre cei care au luat parte la sondaj au declarat că nu s-ar simți confortabil în preajma unei persoane infectate cu HIV/bolnave de SIDA. 50% dintre intervievați ar lua masa cu o persoană despre care știu că este infectată cu HIV, dar 84% nu ar folosi același pahar din care a băut un individ cu astfel de probleme. 76% dintre intervievați ar îngriji o rudă infectată cu HIV. A se vedea Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, TOTEM Communications, Fenomenul discriminării în România. Raport sintetic (2010), disponibil la <http://www.cncd.org.ro/noutati/Comunicate-de-presa/Rezultatele-sondajului-de-opinie-Fenomenul-discriminarii-in-Romania-in-anul-2010-100/> (ultima vizită 27.05.2011) [mai departe *Fenomenul discriminării în România 2010*].

²² 24,3% dintre tineri cred că țânțarul transmite HIV, 19% dintre tineri încă mai cred că HIV se transmite prin sărut, iar 8,7% sunt de părere că boala se contractează dând mâna cu persoana infectată cu HIV. A se vedea Asociația Română pentru Promovarea Sănătății, Raport de cercetare. Sondaj de opinie privind cunoștințele, atitudinile și practicile tinerilor cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani legate de infecția cu HIV, alte infecții cu transmitere sexuală și consecințele practicării sexului neprotejat (2010), p.26, disponibil la http://arps.ro/documente/regionale/ro-0062_raport_cantitativ_hiv.pdf (ultima vizită 27.05.2011).

²³ A se vedea Comitetul pentru drepturile copilului, Observații și concluzii către România (2009), ¶ 69 lit.b și 73, CRC/C/ROM/CO/4. A se vedea de asemenea Comitetul pentru eliminarea discriminării împotriva femeii, Observații și concluzii către România (2006), ¶¶ 24-25, CEDAW/C/ROM/CO/6.

²⁴ A se vedea Fenomenul discriminării în România 2010, *supra* nota 21, pp.15, 24, 28.

²⁵ A se vedea Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului, *supra* nota 15.

²⁶ A se vedea Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale, Comentariul General nr.14: Dreptul la cel mai înalt standard posibil al sănătății (Sesiunea 22, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), parag.44.a, disponibil la <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En> (ultima vizită 27.05.2011) [mai departe *Comentariul General nr.14*]. A se vedea de asemenea Declarația de la Alma Ata, Raportul Conferinței Internaționale privind Asistența Medicală Primară, Alma-Ata, 6-12 septembrie 1978, punctul VII.3, citată de Organizația Mondială a Sănătății, Seriile "Health for All", nr.1, Geneva, 1978.

²⁷ A se vedea Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, actualizată, art.210 lit.e, art.213 alin.1 lit.f, art.220, art.223 alin.2, art.233 [mai departe *Legea 95/2006*]. În cazul femeilor neasigurate, asigurarea de sănătate este garantată cu condiția să nu aibă nici un venit sau să aibă venituri sub salariul de bază minim brut pe țară. A se vedea Legea 95/2006, art.213 alin.1 lit.f.

²⁸ *Idem*, art.652 alin.2, art.374 alin.3. A se vedea de asemenea Ordonanța Guvernului nr.137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată, art.10 lit.b [mai departe *OG 137/2000*].

²⁹ A se vedea *OG 137/2000*, *supra* nota 28, art.2 alin.1.

³⁰ A se vedea Legea 584/2002 privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA, actualizată, art.6 lit.f [mai departe *Legea 584/2002*].

³¹ În România sunt 9 astfel de centre regionale: București, Institutul Național de Boli Infecțioase “Prof.dr. Matei Balș” (INBI “Matei Balș” București, Argeș, Buzău, Dâmbovița, Galați, Ialomița, Prahova, SAI-Vidra, Vâlcea, Vrancea); București, Spitalul de Boli Infecțioase și Tropicale “Victor Babeș” (“Victor Babeș” București, Brăila, Călărași, Giurgiu, Teleorman); Brașov (Brașov, Covasna, Harghita); Cluj-Napoca (Bihor, Cluj, Maramureș, Satu Mare, Sălaj); Constanța (Constanța, Tulcea); Craiova (Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt); Iași (Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui); Târgu-Mureș (Alba, Bistrița-Năsăud, Mureș, Sibiu); Timișoara (Arad, Caraș-Severin, Hunedoara, Timiș). A se vedea informație disponibilă la <http://www.cnlas.ro/contact.html> (ultima vizită 27.05.2011).

³² A se vedea Legea 584/2002, *supra* nota 30, art.6 lit.e.

³³ A se vedea Ordinul Ministerului Sănătății nr.994/2004 privind aprobarea Normelor de supraveghere și control a infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare, Anexa V, pct.1 [mai departe *OMS 994/2004*].

³⁴ Mai multe despre măsurile speciale de prevenire a transmiterii verticale găsiți în partea a doua a acestei secțiuni.

³⁵ A se vedea *Cu camera ascunsă prin maternitățile groazei*, investigație jurnalistică publicată în România Liberă, 14 septembrie 2010, disponibilă la <http://www.romanalibera.ro/exclusiv-rl/investigatii/cu-camera-ascunsa-prin-maternitatile-groazei-199398.html> (ultima vizită 27.05.2011).

³⁶ A se vedea OMS și SIGN (Safe Injection Global Network), WHO best practices for injections and related procedures toolkit [Manual de bune practici ale OMS privind injecțiile și alte proceduri asociate], martie 2010, WHO/EHT/10.02, disponibil la http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf (ultima vizită 27.05.2011).

³⁷ Fondul Națiunilor Unite pentru Populație, Organizația Mondială a Sănătății, *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings* [Sănătatea sexuală și a reproducerii femeilor care trăiesc cu HIV/SIDA: Recomandări privind îngrijirile, tratamentul și asistența femeilor care trăiesc cu HIV/SIDA și a copiilor lor în locațiile care se confruntă cu resurse limitate] (2006), p.28, disponibil la <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf> (ultima vizită 27.05.2011) [mai departe *Recomandările privind sănătatea sexuală și a reproducerii și HIV/SIDA*].

³⁸ Ghid din 4 decembrie 2009 privind infecția HIV în sarcină, (Anexa nr. 13), aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr.1.524/2009 publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.88 din 9 februarie 2010 [mai departe *Ghid privind infecția HIV în sarcină*]. Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie pe tema infecției HIV în sarcină precizează standardele, principiile și aspectele fundamentale ale conduitei particularizate unui caz concret clinic, care trebuie respectate de practicienii indiferent de nivelul unității sanitare în care activează.

³⁹ Legea 584/2002, *supra* nota 30, art.6 lit.f.

⁴⁰ Organizația Mondială a Sănătății, PMTCT Strategic Vision 2010-2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals [PMTCT Viziunea Strategică 2010-2015: Prevenirea transmiterii HIV de la mamă la copil pentru a atinge Obiectivele UNGASS și Obiectivele de Dezvoltare a Mileniului] 6 (2010), disponibil la http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf (ultima vizită 27.05.2011).

⁴¹ *Idem*. A se vedea de asemenea Organizația Mondială a Sănătății, Departamentul HIV/SIDA, Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT): Briefing Note [Prevenirea transmiterii HIV de la mamă la copil (PMTCT): Scurtă informare] 3, 1 octombrie 2007, disponibil la <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/PMTCT%20HIV%20Dept%20brief%20Oct%2007.pdf> (ultima vizită 27.05.2011).

⁴² Ghid privind infecția HIV în sarcină, *supra* nota 38.

⁴³ Recomandările privind sănătatea sexuală și a reproducerii și HIV/SIDA, *supra* nota 37, pp.37-38.

⁴⁴ Conform Ghidului clinic românesc privind HIV în sarcină, medicul trebuie să indice nașterea prin operație cezariană programată, înaintea debutului travaliului, pe membrane intacte, gravidelor HIV

pozitive cu nivele detectabile virale plasmaticice și/sau care nu sunt tratate cu HAART. A se vedea Ghid privind infecția HIV în sarcină, *supra* nota 38.

⁴⁵ La pacientele cu nivele virale nedetectabile la naștere, sub HAART, medicul poate să opteze pentru nașterea prin operație cezariană programată. Nu este clar dacă operația cezariană programată reduce riscul transmiterii verticale la gravidele cu nivele virale nedetectabile la naștere și/sau sub HAART. Studiile controlate randomizate disponibile au fost realizate înaintea introducerii HAART și nu sunt date despre încărcătura virală. Există date (limitate) provenite din studii care nu raportează un efect protector al nașterii prin operație cezariană la paciente sub HAART. Un argument pentru operația cezariană este necesitatea evitării travaliilor prelungite, cu perioadă lungă de membrane rupte sau cele care se termină prin cezariană de urgență. A se vedea Ghid privind infecția HIV în sarcină, *supra* nota 38.

⁴⁶ A se vedea Ghid privind infecția HIV în sarcină, *supra* nota 38.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ A se vedea Legea 584/2002, *supra* nota 30, art.10.

⁵⁰ A se vedea declarațiile prof.univ.dr. Adrian Streinu-Cercel în conferințe de presă preluate în mass media, disponibile la <http://www.romedic.ro/fonduri-insuficiente-pentru-tratamentul-pacientilor-cu-hiv%7Csida-0N19143>, <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-8071427-adrian-streinu-cercel-daca-nu-vor-bani-pentru-terapii-hiv-sida-atunci-vom-avea-problema-serioasa-atunci-vorbim-virusuri-mutante-nici-nu-vreau-gandesc.htm> (ultima vizită 27.05.2011). A se vedea de asemenea Raport de analiză 2010, *supra* nota 9, p.50 și Uniunea Națională a Organizațiilor Pacienților care trăiesc cu HIV/SIDA (UNOPA), Comunicate de presă din 21.01.2011, 25.11.2010 și 19.05.2010, disponibile la http://unopa.ro/?page=pagini_list&PageId=Comunicate+de+presa_16&m=2 (ultima vizită 27.05.2011). A se vedea de asemenea Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului, *supra* nota 15, Recomandarea 6.

⁵¹ A se vedea Ghid privind infecția HIV în sarcină, *supra* nota 38, pct.7.4.

⁵² Legea 46/2003, *supra* nota 14, art.2 și 3.

⁵³ A se vedea Legea 584/2002, *supra* nota 30, art.8 alin.3.

⁵⁴ A se vedea Codul penal al României, art.185. A se vedea de asemenea Ministerul Sănătății și Familiei, Colegiul Medicilor din România, Societatea de Obstetrică și Ginecologie, Standarde și recomandări de practică pentru efectuarea întreruperii electivă de sarcină, iunie 2003.

⁵⁵ A se vedea OG 137/2000, *supra* nota 28, art.2, art.10 lit.b, Codul de Deontologie Medicală a Colegiului Medicilor din România din 30.08.2008, art.3, disponibil la <http://www.cmr.ro/content/view/385/38/> (ultima vizită 24.01.2011) [mai departe *Codul de Deontologie Medicală a CMR*] și Codul de etică și deontologie profesională al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România din 9 iulie 2009, art.3 lit.e, art.21 și art.46, disponibil la <http://www.oammrbuc.ro/pagina.php?id=109&m=3> (ultima vizită 27.05.2011). A se vedea de asemenea Legea 46/2003, *supra* nota 14, art.3.

⁵⁶ A se vedea Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului, *supra* nota 15, parag.105.

⁵⁷ Recomandările privind sănătatea sexuală și a reproducerii și HIV/SIDA, *supra* nota 37.

⁵⁸ A se vedea Legea 584/2002, *supra* nota 30, art.8.

⁵⁹ A se vedea Curtea Europeană a Drepturilor Omului, *M.S. împotriva Suediei*, parag.41-44, nr.74/1996/693/885, 27.08.1997.

⁶⁰ Legea nr.286/2009 privind Codul Penal, art.226, publicată în Monitorul Oficial al României nr.510 din 24.07.2009. Noul Cod penal va intra în vigoare la o dată ulterioară.

⁶¹ Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, semnată pe 4 noiembrie 1950 la Roma, intrată în vigoare la 3 septembrie 1953, ratificată de România prin Legea nr. 30 din 18 mai 1994 privind ratificarea Convenției pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale și a protocoalelor adiționale la această convenție, publicată în Monitorul Oficial Nr.135/31 mai 1994 [mai departe *CEDO*].

⁶² Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene, anexă la Tratatul de la Lisabona, de modificare a Tratatului privind Uniunea Europeană și a Tratatului de instituire a Comunității Europene, semnat la Lisabona la 13 decembrie 2007, ratificat de România prin Legea nr.13 din 17 februarie 2008, intrat în vigoare pe 1 decembrie 2009 [mai departe *Carta drepturilor fundamentale*].

⁶³ Carta Socială Europeană, adoptată la Torino pe 18 octombrie 1961, intrată în vigoare la 26 februarie 1965, revizuită la Strasbourg pe 3 mai 1996, ratificată de România prin Legea nr.74 din 3 mai 1999 privind ratificarea Cartei sociale europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996, publicată în Monitorul Oficial Nr.134/4 mai 1999 [mai departe *Carta socială europeană (revizuită)*].

⁶⁴ Declarația universală a drepturilor omului, adoptată prin Rezoluția Adunării Generale a O.N.U. 217/A/III din 10 decembrie 1948, semnată de România la 14 decembrie 1955 [mai departe *DUDO*].

⁶⁵ Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice, adoptat și deschis spre semnare de Adunarea Generală a O.N.U. la 16 decembrie 1966, intrat în vigoare la 23 martie 1976, cf. art. 49 pentru toate dispozițiile cu excepția celor de la art. 41, la 18 martie pentru dispozițiile de la art. 41, ratificat de România la 31 octombrie 1974 prin Decretul nr.212, publicat în Buletinul Oficial al României nr.146/20 noiembrie 1974 [mai departe *PIDCP*].

⁶⁶ Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale, adoptat și deschis spre semnare de Adunarea Generală a O.N.U. la 16 decembrie 1966, prin Rezoluția 2200 A (XXI), intrat în vigoare la 3 ianuarie 1976, ratificat de România la 31 octombrie 1974 prin Decretul nr.212, publicat în Buletinul Oficial al României nr.146/20 noiembrie 1974 [mai departe *PIDESC*].

⁶⁷ Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei, adoptată și deschisă spre semnare de Adunarea Generală a O.N.U. prin Rezoluția 34/180 din 18 decembrie 1979, intrată în vigoare la 3 septembrie 1981, ratificată de România la 26 noiembrie 1981 prin Decretul nr.342, publicat în Buletinul Oficial al României nr.94/28 noiembrie 1981 [mai departe *CEDAW*].

⁶⁸ CDC, *supra* nota 2.

⁶⁹ Convenția împotriva torturii și a altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, adoptată și deschisă spre semnare de Adunarea Generală a O.N.U. prin Rezoluția 39/46 din 10 decembrie 1984, intrată în vigoare la 26 iunie 1987, ratificată de România prin Legea nr.19 din 9 octombrie 1990, publicată în Buletinul Oficial al României nr.112/10 octombrie 1990 [mai departe *CIT*].

⁷⁰ A se vedea Constituția României, art.11 și 20.

⁷¹ A se vedea Political Declaration on HIV/AIDS [*Declarația politică privind HIV/SIDA*], G.A. Res.60/262, Annex, U.N. Doc. A/RES/60/262 (2 iunie 2006), par.11 (arată inegalitățile de gen prezente în contextul pandemiei HIV/SIDA, reafirmă importanța apărării drepturilor omului, inclusiv nediscriminarea și combaterea stigmatizării, ca elemente esențiale în răspunsul global la pandemia HIV/SIDA, subliniază nevoia de a întări politicile și programele legate de HIV/SIDA și sănătatea reproducerii); Declaration of Commitment on HIV/AIDS [*Declarația de angajament privind HIV/SIDA*], G.A. Res. 26/2, Annex, U.N. Doc. A/RES/S-26/2 (27 iunie 2001) (recunoaște rolul resurselor umane și a infrastructurii naționale sociale și medicale în prevenirea, tratamentul și serviciile de susținere pentru a combate pandemia HIV/SIDA) [mai departe *Declarația de angajament privind HIV/SIDA*].

⁷² A se vedea Constituția României, art.34.

⁷³ A se vedea CEDAW, *supra* nota 67, art.12; PIDESC, *supra* nota 66, art.12; PACIPD, *supra* nota 4, par.7.3, 7.17; Declarația și Platforma de acțiune de la Beijing, A patra conferință mondială privind femeile, Beijing, China, 4-15 septembrie 1995, U.N. Doc. A/CO NF.177/20 (1995), par. 89; CDC, *supra* nota 2, art.5; Carta socială europeană (revizuită), *supra* nota 63, art.11; Carta drepturilor fundamentale, *supra* nota 62, art.35; Carta africană a drepturilor omului și popoarelor, *adoptată la 27 iunie 1986*, OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev.5, 21 I.L.M. 58 (1982), *intrată în vigoare la 21 octombrie 1986*, art.16; Protocolul adițional la Carta africană a drepturilor omului și popoarelor din 2003, art.14.

⁷⁴ De exemplu, dacă organizarea activității de transplant de organe presupune investiții și angajarea unor resurse considerabile, asigurarea asistenței medicale de specialitate la naștere nu presupune investiții atât de mari și este o nevoie imediată, continuă cu care se confruntă o categorie largă de populație. A se vedea Comitetul pentru drepturile economice, sociale și culturale, Comentariul General nr.3: Natura obligațiilor statelor părți, U.N. Doc. E/1991/23, par.9 (14 decembrie 1990) [mai departe *Comentariul General Nr.3*].

⁷⁵ A se vedea Declarația de la Alma Ata, Raportul Conferinței Internaționale privind Asistența Medicală Primară, Alma-Ata, 6-12 septembrie 1978, citată de Organizația Mondială a Sănătății, Seriile "Health for All", nr.1, Geneva, 1978.

⁷⁶ Comentariul General nr.14, *supra* nota 26, par.12 (statuează asupra faptului că accesibilitatea cuprinde nediscriminarea, accesibilitatea fizică, accesibilitatea economică și accesul la informație]. A se vedea de asemenea Raportul Raportorului special ONU privind dreptul fiecărei persoane de a se bucura de cel mai înalt standard posibil al sănătății fizice și mintale, par. 68, 71, U.N. Doc. A/HRC/4/28 (17 ianuarie 2007).

⁷⁷ A se vedea OMS 994/2004, *supra* nota 33, Anexa V.

⁷⁸ A se vedea Ghid privind infecția HIV în sarcină, *supra* nota 38, pct.7.4.

⁷⁹ A se vedea Legea 584/2002, *supra* nota 30, art.6 lit.(e) și Ghid privind infecția HIV în sarcină, *supra* nota 38, pct.10.

⁸⁰ Comentariul General nr.14, *supra* nota 26, par.12(b).

⁸¹ *Idem*, par.18.

⁸² *Idem*, par.12(c).

⁸³ A se vedea OG 137/2000, *supra* nota 28, art.2, art.10 lit.b, Codul de Deontologie Medicală a CMR, *supra* nota 55, art.3 și Codul de etică și deontologie profesională al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România din 9 iulie 2009, art.3 lit.e, art.21 și art.46, disponibil la

<http://www.oammrbuc.ro/pagina.php?id=109&m=3> (ultima vizită 27.05.2011). A se vedea de asemenea Legea 46/2003, *supra* nota 14, art.3.

⁸⁴ Comentariul General nr.14, *supra* nota 26, parag.8 și 12.

⁸⁵ *Idem*, parag.36.

⁸⁶ Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului, *supra* nota 15, p.6.

⁸⁷ A se vedea Constituția României, art.26.

⁸⁸ A se vedea CEDO, *supra* nota 61, art.8; Carta drepturilor fundamentale, *supra* nota 62, art.7.

⁸⁹ A se vedea DUDO, *supra* nota 64, art.12.

⁹⁰ A se vedea PIDCP, *supra* nota 65, art.17.

⁹¹ A se vedea Curtea Europeană a Drepturilor Omului, *X & Y împotriva Olandei*, hotărârea din 26 martie 1985, §22; cauza *Glass împotriva Marii Britanii*, nr.61827/00, §§70-72, ECHR 2004 II; *Y.F. împotriva Turciei*, nr.24209/94, §33, ECHR 2003-IX; *Matter împotriva Slovaciei*, nr.31534/96, §64, 5 iulie 1999; *Worwa împotriva Poloniei*, nr.26624/95, §80, ECHR 2003 XI). A se vedea de asemenea Comitetul pentru Drepturile Omului, Comentariul General nr.16: Dreptul la respectarea vieții private, de familie, a domiciliului și corespondenței, parag.1, 9 (8 aprilie 1988).

⁹² A se vedea Legea 46/2003, *supra* nota 14, art.13.

⁹³ A se vedea Convenția pentru protecția drepturilor omului și demnității ființei umane în domeniul aplicării biologiei și medicinei: Convenția privind drepturile omului și biomedicinei, art.5-9.

⁹⁴ A se vedea Curtea Europeană a Drepturilor Omului, cauza *Evans împotriva Marii Britanii*, Marea Cameră, hotărârea din 10 aprilie 2007, parag.71.

⁹⁵ A se vedea CEDAW, *supra* nota 67, art.16 alin.1 lit.e.

⁹⁶ A se vedea Comentariul General nr.14, *supra* nota 26, parag.3. A se vedea de asemenea, Curtea Europeană a Drepturilor Omului, *Z împotriva Finlandei*, nr. 9/1996/627/811, 25.02.1997, parag.95-96 și *Biriuk împotriva Lituaniei*, nr.23373/03, 25.11.2008, parag.43-44.

⁹⁷ A se vedea PACIPD, *supra* nota 4, pct.8.29.(b).

⁹⁸ A se vedea Legea 46/2003, *supra* nota 14, art.21-25 și art.13-20 și Legea 584/2002, *supra* nota 30, art.8.

⁹⁹ A se vedea Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului, *supra* nota 15, parag.120.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

¹⁰¹ Organizația Mondială a Sănătății, Drepturile pacienților, disponibil la <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/> (ultima vizită 27.05.2011).

¹⁰² A se vedea Constituția României, art.22; CEDO, *supra* nota 61, art.3; Carta drepturilor fundamentale, *supra* nota 62, art.4.

¹⁰³ A se vedea Curtea Europeană a Drepturilor Omului, *Costello-Roberts împotriva Marii Britanii*, Ser.A nr.247-C, p.59, §30

¹⁰⁴ A se vedea Curtea Europeană a Drepturilor Omului, *McGlinchey împotriva Marii Britanii*, 29 aprilie 2003, §57.

¹⁰⁵ A se vedea Curtea Europeană a Drepturilor Omului, *Irlanda împotriva Marii Britanii*, nr.5310/71, hotărârea din 18 ianuarie 1978), Ser.A nr.25, §162.

¹⁰⁶ A se vedea Comitetul pentru Drepturile Omului, Comentariul General nr.20: Care înlocuiește Comentariul General nr.7 privind interzicerea torturii și tratamentelor sau pedepselor crude, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1, 30, parag.7 (1994), ¶5.

¹⁰⁷ A se vedea Constituția României, art.4 și 16; CEDO, *supra* nota 61, art.14 și Protocolul 12 la CEDO; Carta drepturilor fundamentale, *supra* nota 62, Titlul III.

¹⁰⁸ A se vedea PIDCP, *supra* nota 65, art. 2(1) și PIDESC, *supra* nota 66, art 2(2).

¹⁰⁹ A se vedea Subcomisia O.N.U. pentru prevenirea discriminării și pentru protecția minorităților, parag.1, U.N. Doc E/CN.4/Sub.2/1995/51. A se vedea de asemenea Comentariul General nr.14, *supra* nota 26, parag.18.

¹¹⁰ A se vedea OG 137/2000, *supra* nota 28, art.2 alin.1. A se vedea de asemenea, Legea 584/2002, *supra* nota 30.

¹¹¹ Recomandările internaționale privind HIV/SIDA și drepturile omului, *supra* nota 15, p.35.

¹¹² A se vedea Comentariul General nr.14, *supra* nota 26, parag.8.

¹¹³ *Idem*, parag.12(b).

¹¹⁴ A se vedea Declarația de angajament privind HIV/SIDA, *supra* nota 71, parag.58.

¹¹⁵ A se vedea Legea 584/2002, *supra* nota 30, art.9.



www.ecpi.ro