

Iceland
Liechtenstein
Norway



**Active
citizens fund**

**ACCESS: Advocacy, Capacitare și
Consolidare pentru Égalitate în
Sănătate și Siguranță**

RAPORT FINAL

cu privire la accesul femeilor la
servicii de siguranță și sănătate



Proiect derulat de:



RABEA
MOVEMENT
NORWAY

Centrul FILIA este o organizație feministă care face auzite vocile femeilor prin lucru direct în comunități și activități de advocacy, activism, sensibilizare, studii și analize. Ne dorim o societate solidară, în care drepturile și nevoile diverse ale femeilor sunt respectate care oferă șanse egale tuturor oamenilor.

Material realizat cu sprijinul financiar Active Citizens Fund România, program finanțat de Islanda, Liechtenstein și Norvegia prin Granturile SEE 2014-2021. Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor SEE și Norvegiene 2014-2021; pentru mai multe informații accesați www.eeagrants.org.

Mai multe informații despre proiect disponibile la: www.centrulfilia.ro/access.
Lucrăm împreună pentru o Europă verde, competitivă și incluzivă.

Copyright © Iunie 2023

Centrul de Dezvoltare Curriculară și Studii de Gen FILIA

Autoare:

Adela Alexandru, Responsabilă Organizare Comunitară (coord.)

Andreea Bragă, Expertă violență

Adina Păun, Expertă sănătate

CUPRINS

Accesul femeilor la sănătate

- Date statistice și legislație în vigoare în domeniul sănătății femeilor
 - Informații culese de pe teren cu privire la sănătatea femeilor
 - Monitorizarea aplicării metodologiei cu privire la sănătatea femeilor
-

Accesul femeilor la siguranță

- Date statistice și legislație în vigoare în domeniul siguranței femeilor
 - Informații culese de pe teren cu privire la siguranța femeilor
 - Monitorizarea aplicării metodologiei cu privire la siguranța femeilor
-

Recomandări

- Recomandări cu privire la sănătatea femeilor
 - Recomandări cu privire la siguranța femeilor
-

Overview asupra proiectului

România are dificultăți în aplicarea legislației privind egalitatea de gen atât în privința accesului la sănătate, cât și în privința prevenirii și combaterii violenței împotriva femeilor. Există o diferență notabilă între ceea ce este legiferat și oferit formal versus ceea ce este disponibil și accesibil la nivel informational, logistic și financiar pentru femei - mai ales pentru cele din categorii vulnerabile.

Proiectul "ACCESS - Advocacy, Capacitare, Consolidare pentru Egalitate în Sănătate și Siguranță" a propus soluții reale și aplicabile pentru îmbunătățirea intervenției autorităților locale și naționale în domeniul siguranței și sănătății femeilor, prin construirea unui sistem de colaborare între autoritățile locale și județene cu atribuții în domeniu.

Am pornit la drum în martie 2021 și am reușit să încheiem parteneriate cu 6 primării și autorități județene (Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, Direcții de Sănătate Publică, Inspectorate Județene de Poliție și Consilii Județene), să organizăm în cele 6 comune 24 de evenimente de conștientizare și mapare a problemelor cu femei, alte șase evenimente cu scopul creșterii mobilizării cetățenelor în acțiuni de advocacy local în urma cărora să participe la întâlniri cu reprezentanți ai autorităților locale. Am organizat întâlniri cu autoritățile locale și județene și 4 mese rotunde cu reprezentanți ai acestora, am elaborat 2 metodologii privind intervenția coordonată a profesioniștilor și un training pentru aplicarea lor. Ulterior, am monitorizat implementarea metodologiilor și aplicarea legislației în vigoare cu privire la egalitatea de gen. Totodată, am organizat un training pentru activiști în sfera drepturilor omului despre o abordare integratoare de gen.

Ni s-au alăturat în acest demers următoarele 6 comune:

- în județul Argeș: Valea Mare Pravăț, Aninoasa, Bughea de Jos
- în județul Ialomița: Ion Roată, Munteni-Buzău și Borănești

și 7 instituții de la nivel județean (DGASPC-uri, DSP-uri, IPJ-uri din cele 2 județe și Consiliul Județean Argeș).

În cei 2 ani și jumătate de proiect ne-am propus să contribuim la o mai bună înțelegere a felului în care se configurează violența împotriva femeilor și accesul la servicii de sănătate în cele 6 comunități și să construim împreună un exemplu de bună practică care va putea fi replicat la nivel național.

Overview asupra proiectului

În 2021 ne-am concentrat pe munca la firul ierbii. Am organizat 24 de evenimente de conștientizare și consultare cu 510 femei participante, iar din discuțiile avute s-au conturat trei categorii principale de obstacole:

1. **lipsa de informații** privind pașii necesari pentru obținerea protecției în cazuri de violență domestică sau pentru obținerea asigurării de sănătate și modul în care ar putea beneficia de diverse tipuri de servicii care sunt decontate;
2. **încrederea scăzută în autorități** - ca urmare a intervenției neadecvate (remarci rasiste și clasiste, lipsa sprijinului în navigarea sistemului birocratic, blamarea victimelor în cazurile de violență) femeile își dezvoltă propriile mecanisme de supraviețuire/ieșire în/din relația abuzivă, evită să apeleze la servicii de sănătate, în special de prevenție și recurg la metode nedovedite științific, preluate din popor și/sau renunță să mai apeleze la autorități;
3. **vulnerabilitatea socio-economică**, o consecință a lipsurilor (venituri, locuințe adecvate, educație etc.); de exemplu: distanța față de centrele de testare și lipsa resurselor pentru a plăti transportul fac ca femeile din comunități rurale să nu acceseze serviciile disponibile.

Marea majoritate a femeilor nu își cunosc drepturile și nici cine, ce poate să facă în materie de instituții și roluri, însă percep nedreptatea în raport cu lipsa de intervenție sau intervenția deficitară a autorităților. Am organizat 6 traininguri de advocacy la care au participat 165 de femei și am discutat punctual despre cum funcționează sistemul politic românesc și cum pot gândi soluții la rezolvarea problemelor lor. În urma acestora, s-au ales 38 de reprezentante ale celor 6 comunități care să participe la întâlniri cu reprezentanții autorităților locale, inclusiv primari sau viceprimari. Pentru multe dintre femei a fost pentru prima dată când au simțit că discută de la egal la egal și organizat cu oamenii pe care i-au votat ca să le reprezinte interesele pe plan local.

În același timp, am dorit să înțelegem care sunt limitările existente din perspectiva reprezentanților autorităților responsabile cu prevenirea și combaterea violenței în familie și accesul la servicii de sănătate. În martie 2022 am organizat 4 mese rotunde (câte 2 în fiecare județ) cu participarea a 39 de profesioniști alături de care am discutat despre accesul la servicii contraceptive, urmărirea sarcinii și acces la servicii de screening (monitorizarea riscului de apariție a cancerului de col și cancerului de sân), precum și aspecte ce țin de intervenția și rolurile serviciilor în domeniul violenței domestice.

Overview asupra proiectului

Am constatat o tendință de plasare a responsabilității în seama „celuilalt”: de la nivel local la nivel județean și viceversa, de la o instituție la alta (de ex: de la departamentul de asistență socială la poliție și invers). În toate cele 6 comunități existența echipelor mobile de intervenție pare să fie mai degrabă o măsură de îndeplinire a prevederilor legale (scriptic, nu și practic). În lipsa unor formări de specialitate, cei responsabili pentru a gestiona situații urgente și sensibile, cum ar fi cazurile de violență în familie, nu au înțelegerea dinamicii fenomenului și intervin „intuitiv” pentru a media lucrurile, a calma situația pe moment, ci nu pentru a sancționa conform prevederilor legale. Mai mult decât atât, nu există norme și proceduri de intervenție a echipei mobile, astfel încât, cazurile de violență care ajung la Poliție sunt gestionate exclusiv de aceștia, iar cele care ajung la departamentul de asistență socială fie sunt „rezolvate” prin mediere, fie sunt redirecționate fără un plan concret către Poliție sau autoritățile județene.

Nu există o cunoaștere a serviciilor disponibile în județ: dacă există servicii integrate de urgență destinate victimelor violenței de gen - sexuale sau domestice, servicii de informare și consiliere, asistență juridică pentru victimele violenței domestice, centre de primire în regim de urgență sau locuințe protejate, către cine pot fi redirecționate femeile care au nevoie de servicii contraceptive, sau de screening. Îngrijirea medicală pe parcursul sarcinii și după naștere este și ea deficitară, ca în multe alte zone rurale din România. Unele localități nu au medic de familie. Consultațiile de obstetrică aferente sarcinii sunt greu de accesat datorită impredictibilității programului medicilor din spital/ policlinică, absența aparatului necesare și/sau a personalului cu competență în ecografia de sarcină în unitățile de stat. În plus, există un volum foarte mare de muncă birocratică și în general personal redus cu atribuții în sfera socială în primării. Atât în rândul asistentelor sociale, cât și în rândul asistentelor medicale comunitare sau mediatorelor sanitare (acolo unde există) mersul pe teren se află în plan secund.

A reieșit nevoia unei proceduri de intervenție comună la nivel de instituții. Astfel, prin corelarea informațiilor obținute, am creat două metodologii: una privind accesul la contracepție, monitorizare sarcină și servicii de screening și una privind intervenția coordonată a profesioniștilor în cazurile de violență domestică.

Overview asupra proiectului

Mai mult decât atât, în iunie 2022 am organizat un training în vederea aplicării lor, la care au participat 24 de reprezentanți ai autorităților locale și județene alături de care am parcurs teorii explicative, mituri și prejudecăți cu privire la violența împotriva femeilor, dinamica violenței în relația de cuplu, intervenția și rolurile serviciilor și instituțiilor cu atribuții și responsabilitate în domeniul violenței domestice (scenarii de lucru), dar și structura de nevoi a beneficiarelor în accesul la servicii de sănătate reproductivă (obstacole, resurse, soluții alternative).

Am menținut comunicarea periodic telefonic și pe email cu persoanele de la nivel local și județean și am dezvoltat instrumente de monitorizare (ghiduri de interviu) a aplicării metodologiilor. În perioada septembrie 2022 - martie 2023 am organizat vizite pe teren în toate cele 6 comunități și în municipiile de județ; am discutat separat cu reprezentanții autorităților și grupurile de femei. În ciuda eforturilor de a consolida relația dintre cei de la nivel local și cei de la nivel județean astfel încât beneficiarele să nu fie (și mai) vulnerabilizate, de a clarifica metodele de intervenție și rolul fiecărui actor, am constatat schimbări minore. În cele mai multe primării în ultimele 6 luni nu există sesizări verbale sau scrise înaintate de victime sau martori despre cazuri de violență domestică, nu a fost cazul de a acorda servicii victimelor violenței domestice sau sexuale sau servicii de sănătate (deși existau mame minore) și nu sunt organizate sesiuni de informare în comunitate astfel încât femeile să afle despre drepturile pe care le au și serviciile la care pot să apeleze. Cu privire la utilitatea celor 2 metodologii realizate în proiect cele mai multe persoane "nu au fost nevoite să apeleze la informații", dar o vor face "când va fi cazul".

Accesul femeilor la sănătate

Date statistice și legislație în vigoare în domeniul sănătății femeilor

România se află pe ultimul loc în UE la egalitatea de gen în sănătate și are cel mai ridicat nivel din UE al ratei mortalității evitabile prin asistență medicală.

Conform studiului Sănătății Reprodusei, 28,6% din femeile însărcinate din mediul rural nu sunt luate în evidență în primul trimestru de sarcină (în ciuda recomandărilor Societății Române de Obstetrică și Ginecologie). Numărul de consultații prenatale efectuate de către un profesionist în timpul sarcinii, precum și începerea lor în primul trimestru de sarcină se corelează puternic cu eficacitatea de a influența pozitiv evoluția normală a gravidității, inclusiv reducerea procentului de morți materne (INSMC, 2016). Conform INSS, în 2020, rata mortalității materne în România s-a dublat față de 2016, de la 8,1 la 17,2 morți materne la 100,000 nou-născuți vii. Această cifră reprezintă dublul mediei UE 2020 de 8,1 morți materne la 100,000 nou-născuți vii. În plus, 37,6% dintre femeile cu experiență sexuală nu au efectuat niciodată testul Babeș Papanicolau de depistare a riscului de cancer de col uterin. Rata mică de testare se reflectă în statisticile de la nivel european: România are o incidență de cancer de col uterin de 3 ori mai mare decât media UE și a doua cea mai mare mortalitate datorată acestei patologii: 9,6 din fiecare 100,000 de femei mor în România de cancer de col, versus 3,7 media europeană (HPV Information Centre, 2022).

Dintre toate patologiile oncologice, cancerul de sân are cea mai mare incidență în rândul femeilor române: 26,7% din total sunt cele de sân și are cea mai mare mortalitate de cauză oncologică: 17,4 cazuri la 100,000 de femei. Dacă în 2016 incidența era de 28 cazuri la 100,000 de locuitori, în 2025 se estimează că vom avea 34,6 cazuri la 100,000 locuitori. Deși se estimează că programele de screening reduc mortalitatea cu 20-40%, 79% dintre românce declară că nu au efectuat niciodată o mamografie. Din această cauză, atât incidența, cât mai ales mortalitatea datorată acestui tip de cancer înalt tratabil cu un diagnostic la timp sunt în creștere în România. Datele disponibile arată că la fiecare 3 ore, o femeie moare de cancer de sân (Coaliția pentru Sanatatea Femeii, 2017) și România este pe locul 1 în UE la decese din cauza cancerului de col (GLOBOCAN, 2019). Obstacolele se adâncesc atunci când vorbim de femei care aparțin diferitelor grupuri vulnerabile, în funcție de etnie, statut social, rezidență, nivel de educație, nivel de venit (Braga, 2017, analiza diagnostic egalitate de gen 2015-2019, 2020).

În ceea ce privește contracepția, datele arată că 48,4% dintre femeile de vârstă fertilă folosesc o metodă contraceptivă: 38,7% - o metodă modernă de contracepție și 9,6% - una tradițională. Atragem atenția că eșantionul a inclus 63% respondente din mediul urban (INSMC, 2016). În contrast, raportul "Analiză privind condițiile de viață, locuire și stare de sănătate ale copiilor, gravidelor și mamelor adolescente, din comunități vulnerabile" arată că "ponderea utilizării metodelor contraceptive este de 13% în cazul eșantionului total (640 femei) și de 12% în cazul gravidelor minore". (Salvați Copiii, 2021)

Există două tipuri de prevederi legislative care au ca obiectiv sănătatea reproductivă a femeilor. Prima categorie include drepturi generale ale oricărui pacient din România: dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate; dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare; dreptul pacientului la informația medicală, consimțământul pacientului privind intervenția medicală (Legea 46/2003).

Cea de-a doua categorie privește drepturi care se referă strict sănătatea reproductivă:

- dreptul la întreruperea sarcinii la cerere (Legea 286/2009; art.201);
- conform Contractului Cadru de acordare a asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate (CoCa), atât femeile asigurate cât și cele neasigurate au dreptul la două consultații de planning familial pe an cu medicul de familie; gratuitate pentru consultațiile cu medicul de planning familial. În acest moment, nu există opțiunea de mijloace contraceptive gratuite cu excepția unor programe dezvoltate de ONG-uri sau disponibilitate sporadică prin rețeaua de planning familial a Direcției Generale de Asistență Socială și Protecție a Copilului din anumite județe;
- conform CoCa, atât femeile asigurate cât și cele neasigurate au dreptul la gratuitate în privința monitorizării sarcinii și a leuziei până la 4 săptămâni post-partum, inclusiv o listă de analize și investigații agreeate de CNAS; asigurarea urgențelor medico-chirurgicale pe parcursul sarcinii, inclusiv nașterea; două vizite ale medicului de familie la domiciliu: la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere;
- conform CoCa, atât femeile asigurate cât și cele neasigurate au dreptul la gratuitate în privința depistării, confirmării și tratamentului infecțiilor cu transmitere sexuală cu potențial endemic, cum sunt hepatita virală acută B și C, infecția gonococică; infecția HIV; sifilisul; șancrul moale;
- Femeile asigurate în sistem CNAS cu vârste între 25 și 64 de ani au dreptul la testare Babeș-Papanicolau o dată la 5 ani cu trimitere de la medicul de familie. Femeile neasigurate pot accesa cu frecvență variabilă și imprevizibilă programele de screening gratuite organizate de diverse instituții medicale și/sau organizații non-guvernamentale;

- Femeile asigurate în sistem CNAS cu vârste între 50 și 69 de ani au dreptul la mamografie de screening cu bilet de la medicul de familie o dată la 2 ani;
- Conform programului național anti-HPV, fetele cu vârste între 11-18 ani au dreptul la vaccinare anti HPV prin medicul de familie indiferent de statutul de asigurare al părinților;
- Asiguratele gravide, lehuze sau care alăptează au dreptul la concediu de risc maternal de maximum 120 de zile calendaristice, în întregime sau fracționat (OUG 96/2003, completată prin Legea nr. 25/2004).

Accesul femeilor la sănătate

Informații culese de pe teren cu privire la sănătatea femeilor

Deși ca pacientă în orice centru medical, clinică sau spital ai dreptul să primești o îngrijire de bună calitate, să fii tratată cu politețe, considerație și respect, să iei propriile decizii privind viața ta sexuală și reproductivă, să primești informații și să pui întrebări, pentru multe femei dintre cele peste 500 de femei cu care ne-am întâlnit în decursul a 2 ani de proiect, **accesul la informație privind drepturile și obligațiile pacientelor** constituie o barieră greu de depășit. În teorie, medicul sau orice personal medical trebuie să se asigure că pacienta are toate informațiile pe care le dorește și că a înțeles ceea ce i s-a spus. Realitatea din teren ne arată că femeile care accesează serviciile de sănătate pleacă cu multe necunoscute: nu înțeleg terminologia medicală, nu le e clar propriul diagnostic, nu înțeleg care sunt următorii pași pe care trebuie să îi facă. Acest lucru ridică gradul de scepticism față de sistemul de sănătate.

Marea majoritatea a beneficiarelor cu care am discutat nu știau că femeile cu vârste între 25 – 64 de ani, care au sau nu au asigurare de sănătate, pot beneficia de gratuitate pentru efectuarea testului Babeș Papanicolau. O mare parte nu cunoșteau nici procedura în sine - faptul că screening-ul pentru cancerul cervical se poate realiza fie prin inspecție vizuală simplă și colorare cu acid acetic, fie prin testul Babeș Papanicolau realizat la intervale regulate, fie prin testarea HPV. Un procent copleșitor dintre cele aproximativ 200 de femei cu care ne-am întâlnit nu au făcut niciodată testul Babeș Papanicolau, iar marea lor majoritate nu au auzit niciodată despre virusul HPV. Acest test se efectuează anual după vârsta de 35 de ani, iar medicii recomandă ca primul astfel de test să fie făcut la împlinirea vârstei de 21 de ani sau la trei ani de la primul contact sexual, dacă aceasta a avut loc înaintea acestei vârste. În funcție de rezultatele testului, medicul poate decide dacă vei continua să faci testul anual sau la intervale mai mari de timp. Ghidul european recomandă ca femeile care nu prezintă simptome să facă un astfel de test la interval de 3-5 ani, dacă rezultatele testului sunt normale. Testarea Babeș Papanicolau este (teoretic) oferită gratuit tuturor femeilor asigurate. În România incidența de cancer de col este de 3 ori mai mare decât media la nivelul UE, cu cea mai mare mortalitate din Europa, de 14,2 la 100.000 de femei. Datele arată ca doar 23% dintre femei și-au făcut în ultimii 3 ani testul Babes Papanicolau.

De asemenea, șansele ca o femeie să dezvolte cancer de sân în timpul vieții sale sunt crescute. Datele din Statele Unite și Marea Britanie arată că riscul individual este de 12,33%, iar unii factori care favorizează apariția acestui tip de cancer

sunt pur și simplu naturali – este vorba despre gen (deși cancerul de sân poate apărea, mult mai rar, și la bărbați), vârstă și fond genetic. Alți factori care influențează apariția cancerului de sân sunt (mai) controlabili – se consideră că expunerea la radiații, consumul de alcool, obezitatea, lipsa activității fizice, lipsa nașterilor sau a alăptării sunt lucruri care afectează șansele de a dezvolta cancer mamar. Există mai multe modalități prin care se poate depista precoce cancerul mamar: autoexaminarea sânelui, examenul clinic al sânelui, mamografia, ecografia, rezonanța magnetică nucleară și tomosinteza.

Din păcate, și în cazul depistării precoce a cancerului de col și a celui de san, **lipsa de informare și distanța față de centrele de testare fac ca femeile din comunități rurale să nu acceseze serviciile disponibile.**

Un alt obstacol identificat pe teren este **lipsa asigurărilor de sănătate**. Femeile neasigurate pot accesa uneori anumite tipuri de testare (caravane mobile, spitale care decid să ofere testarea oricărei femei, indiferent de statutul de asigurat, programe ONG), dar ratele mari de incidență și mortalitate datorate cancerului de col atestă că acest sistem nu funcționează pentru un număr prea mare de românce. Multe femei nu știu că pot beneficia de urmărirea gratuită în sarcină. Dacă o femeie neasigurată încearcă să acceseze aceste servicii, se lovește de pași birocratici care presupun drumuri către un cabinet de obstetrică (unde trebuie să achite ecografia de confirmare a sarcinii), oficiul județean al CNAS, și ulterior medicul de familie. Multe nu au resursele financiare sau de timp pentru a face aceste demersuri, frecvent în mai multe rânduri până la rezolvare, și ajung astfel la spital pentru prima dată în sarcină la naștere. Chiar asigurate fiind, trimerile către analize eliberate de medicul de familie nu folosesc mult atunci când nu pot beneficia de gratuitate din cauza epuizării fondurilor lunare.

Sistemul de sănătate este subfinanțat, fapt care se reflectă în **lipsa aparatului** (multe spitale județene sau orașenești nu au un ecograf la care se pot efectua ecografiile morfologice de sarcină, nu au colposcop sau mamograf), **a dezvoltării profesionale a cadrelor medicale** (în multe cazuri, dacă există aparatura, medicii nu au competențe necesare) și **în penuria de medicamente**. Sistemul medical se confruntă și cu o lipsă cronică de personal calificat în mai toate specialitățile, inclusiv, în orașele mici, în obstetrică-ginecologie.

Foarte îngrijorător, **există semnale de alarmă în privința acoperirii teritoriului cu medici de familie, esențiali în furnizarea îngrijirii primare, inclusiv în privința sănătății reproductive** (consiliere de planning familial, urmărirea sarcinii, leuziei și nou-născutului, depistarea ITS, participare în programele de screening de cancer de col și de sân). În acest context mai larg care afectează toți pacienții instituțiilor medicale de stat, accesul femeilor vulnerabile la servicii de sănătate reproductivă este și mai problematic.

O altă instanță în care serviciul legiferat nu se regăsește în practică este avortul la cerere. Raportul Centrului FILIA "Refuzul La Efectuarea Avortului La Cerere În România- Raport De Cercetare 2020-2021" arată că 50% din cele 171 unități de obstetrică ginecologie contactate nu efectuează întreruperi de sarcină la cerere și că din totalul de 802 medici de obstetrică ginecologie care activează în aceste instituții, doar 34% fac această procedură. **La nivel județean, în Argeș și Ialomița, incluse în proiectul ACCESS, nu sunt mari dificultăți în accesarea avortului la cerere. Însă la o privire mai atentă asupra ariei județene, în zona Câmpulung, unde se află cele 3 comune în care ne-am desfășurat activitatea, mai există medici/unitate medicală unde se pot efectua întreruperi de sarcină doar la Costești, aflat la aproximativ 2 ore cu mașina.**

Am observat din discuțiile și interacțiunile cu femeile din cele 6 comunitati un **grad extrem de scăzut de încredere în autoritățile locale, județene și chiar centrale.** Femeile își dezvoltă propriile mecanisme de rezolvare a problemelor când vine vorba de sănătatea lor. De multe ori chiar și cele care sunt asigurate nu accesează sistemul de sănătate public mergând la medicul de familie să ia bilet de trimitere pentru a merge în sistemul privat, la centre care colaborează cu Casa de Asigurări. În lipsa informațiilor și resurselor (de timp, financiare) ajung să devină ținta exploatarei economice pe plan local și se îndatorează pentru a plăti transport (de multe ori la negru) care să le ducă până la spital - în multe cazuri privat - pentru a-și rezolva problemele urgente.

Nu de puține ori femeile au primit remarci rasiste și clasiste în relația cu autoritățile locale și județene. Femeile povestesc despre experiențele lor în raport cu spitalele de unde au fost puse în saloane segregate pe rasă, date afară pentru că nu existau "locuri în saloanele voastre de țigani", trimise acasă că nu aveau programare online, deși accesul la tehnologie este în continuare un privilegiu în România, că erau "nеспălate" numai pentru că veneau dintr-un anumit sat cu pondere mai mare de romi, ținute cu orele pe holuri și acuzate că "exagerează". **Și maternitatea vine la pachet cu foarte multe obstacole și cu foarte multă discriminare din partea sistemului când vorbim de intersecția dintre gen, etnie și clasă socială și economică.** În rândul beneficiarelor noastre au fost cazuri în care consultul în timpul sarcinii a fost amânat de la o luna la alta, iar în ciuda faptului că femeile și-au exprimat dorința de a naște prin cezariană, au fost lăsate până în ultimul moment cu riscul de a li se declanșa sarcina natural. În ceea ce privește operația cezariană la cerere, conform ghidului Societății de Obstetrică, medicul poate lua în discuție operația cezariană efectuată la cerere după stabilirea cadrului legislativ.

O barieră în plus pentru femeile din comunitățile rurale marginalizate o reprezintă digitalizarea serviciilor. În lipsa alfabetizării, accesului la internet și/sau a unor dispozitive tip smartphone, programările online sau confirmarea pe email sunt motive în plus pentru a renunța la vizita la doctor.

Accesul femeilor la sănătate

Monitorizarea aplicării metodologiei cu privire la sănătatea femeilor

Ca urmare a creării Metodologiei privind intervenția coordonată a profesioniștilor pentru sănătatea femeilor și a trainingului organizat cu participarea reprezentanților autorităților locale și județene, în perioada iulie 2022 – aprilie 2023 am desfășurat o campanie de monitorizare a implementării acesteia. În acest sens am menținut legătura telefonic și pe email și am organizat vizite pe teren.

Am discutat cu asistentele sociale din cele 6 comune, precum și asistentele medicale comunitare și/sau mediatoarele sanitare (acolo unde există) despre activitățile desfășurate în beneficiul femeilor în cele 10 luni. În privința identificării unor nevoi specifice de servicii de sănătate reproductivă la vizitele în comunitate sau direct dinspre femei, aflăm că nu au existat astfel de solicitări – femeile se descurcă singure, se duc direct la spital sau unde au nevoie. **“Astea sunt mai sănătoase ca noi! Știu ele unde să se ducă”** a fost comentariul uneia dintre asistentele sociale la o vizita pe teren. Au existat situații în care, întrebând despre cazuri specifice pe zona de sănătate care s-au ivit la nivelul comunității, să aflăm ca asistenta medicală comunitară se ocupă de cadastru și alte dosare și nu are timp să meargă pe teren. Este important de menționat că nu sunt excepții cazurile în care mediatoarele sanitare și asistentele medicale comunitare sunt folosite în primării în scopuri birocratice sau care nu au legătură cu fișa postului.

O medie de femei pentru care au intermediat accesul la servicii de sănătate ar fi de 3 pers./lună, cu diferențe mari între comune, existând comune unde sunt raportate 0 beneficiare, în special în primăriile unde nu sunt mediatoare sanitare sau asistente medicale comunitare. În cele mai multe cazuri intermedierea este înțeleasă drept anchete sociale pentru a beneficia de servicii de planning familial (în zona Câmpulung), respectiv ajutor punctual pentru diverse recomandări de medici sau programări.

În unele localități, femeile cu vârsta între 24 și 64 de ani au beneficiat de consult de specialitate și le-au fost recoltate probe pentru testare gratuită Babeș Papanicolau și HPV, în vederea depistării leziunilor precursorii ale cancerului de col uterin prin amplasarea unei caravane mobile chiar în localitate printr-un program național de screening, prin fonduri europene, coordonat de Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului.

În decursul a 10 luni în niciuna dintre cele 6 localități nu a fost solicitat ajutorul DGASPC/DSP/alte instituții pentru cazuri privind sănătatea femeilor – cu excepția programului de screening menționat.

La inițiativa personalului din primării cu atribuții în domeniul social și de sănătate nu se organizează periodic sesiuni de informare pentru promovarea sănătății femeilor sau serviciile care sunt disponibile gratuite. Singurele excepții sunt cele în care AMC merge lunar la întâlnirea rețelei organizată de coordonatoarea din partea Direcției de Sănătate Publică. Aceste întâlniri urmăresc Calendarul anual al temelor prioritare de sănătate specifice naționale pentru organizarea la nivel național a campaniilor și activităților de informare și dacă primesc materiale și au disponibilitate de timp atunci organizează întâlniri tematice la nivelul comunității.

Numai 2 din 6 localități au apelat la informațiile puse la dispoziție prin metodologia realizată în cadrul proiectului ACCESS, însă nu pentru management de caz sau alți pași, ci mai degrabă ca suport de curs pentru o întâlnire tematică cu privire la prevenirea cancerelor de col uterin și de sân.

Constatăm în toate primăriile o încărcătură birocratică mare, un volum de muncă ce se reduce de cele mai multe ori la dosare. Se face ce este urgent indiferent de ce e trecut în fișa postului. Asistenta medicală comunitară ajunge să lucreze la dosare de cadastru și să distribuie pachete alimentare oferite prin Programul Operațional Ajutorarea Persoanelor Dezavantajate (POAD). Astfel, mersul pe teren rămâne în plan secundar spre deloc. În contextul în care nu au loc interacțiuni (altele decât cele punctuale, birocratice) între asistenta socială/AMC/mediatoarea sanitară și comunitate este imposibil să construiești încredere și spațiul ca femeile să vină înspre aceștia cu probleme pe cât se poate de reale și urgente. Astfel, concluzia reprezentanților din primării e că femeile nu au probleme și atunci n-a fost nevoie să folosească ceea ce noi am furnizat (metodologii de intervenție coordonată). Discutând cu femeile din comunitate, concluzia este că preferă să rezolve singure, așa cum știu ele, folosindu-se de o rețea informală de persoane foarte apropiate (familie sau alți cunoscuți) pentru că nu există suficient de multă încredere în autorități și oricum **“astea (serviciile) nu sunt pentru noi”**.

Accesul femeilor la siguranță

Date statistice și legislație în vigoare în domeniul siguranței femeilor

România are probleme în aplicarea legislației privind egalitatea de gen și în special în privința prevenirii și combaterii violenței de gen. Rezultatele ultimului Index al egalității de gen, realizat de Institutul European pentru Egalitatea de Gen, plasează România la coada clasamentului (Gender Equality Index, 2022).

Violența împotriva femeilor reprezintă o problemă socială complexă, iar impactul violenței este resimțit nu numai de femeile care sunt sau au fost victime, ci și de familiile și apropiații lor, precum și de societate în ansamblu. Conform legii, violența în familie reprezintă „orice acțiune sau inacțiune intenționată, cu excepția acțiunilor de autoapărare ori de apărare, manifestată fizic sau verbal, săvârșită de către un membru de familie împotriva altui membru al aceleiași familii, care provoacă ori poate cauza un prejudiciu sau suferințe fizice, psihice, sexuale, emoționale ori psihologice, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, constrângerea sau privarea arbitrară de libertate. Constituie, de asemenea, violență în familie împiedicarea femeii de a-și exercita drepturile și libertățile fundamentale”. (Legea 217/2003)

În România, 1 din 4 femei a fost agresată fizic sau sexual de partener sau de fostul partener (FRA, 2016) și 55% dintre români consideră că violul este justificat în anumite situații (Eurobarometrul 449, 2017). Criza COVID-19 le-a îngreunat victimelor accesul la servicii specializate și la justiție. Datele IGPR arată că în anul 2022, polițiștii au intervenit la 90.174 cazuri de violență domestică. Au fost emise aproximativ 13.000 de ordine de protecție provizorii și 11.000 de ordine de protecție emise de instanță (IGPR, 2022). În plus, 19% dintre români consideră deloc sau puțin grav faptul că o femeie este violată după ce a acceptat să meargă acasă la un bărbat, iar 12% dintre români consideră deloc sau puțin grav faptul că o femeie este violată dacă este îmbrăcată „provocator” (Barometrul violenței de gen, Centrul FILIA 2022). Datele colectate de Asociația ANAIS arată o creștere a numărului cazurilor de violență în familie raportate autorităților. În anul 2022 s-a înregistrat o creștere a numărului de ordine de protecție provizorii emise de polițiști cu 17% și cu 12% infracțiunile care constituie fapte penale în sfera violenței domestice. Violența împotriva femeilor este rezultatul relațiilor inegale de putere dintre femei și bărbați, menținute și reproduse de-a lungul istoriei, care au condus la subordonarea și discriminarea femeilor de către bărbați și la împiedicarea avansării depline a drepturilor femeilor (Convenția de la Istanbul).

La momentul curent România dispune de două instrumente esențiale de protecție a victimelor violenței domestice: ordinul de protecție provizoriu emis de poliție pe loc și ordinul de protecție emis de un judecător în urma unui proces. Conform modificărilor aduse Legii 217/2003, polițistul are toată puterea de a interveni în cazurile de violență domestică. Când poliția se prezintă la un caz de violență domestică și constată că există un risc pentru victimă, poate emite un ordin de protecție provizoriu pe loc (nu este nevoie să meargă la secția de poliție, nu are nevoie de semnătura unui șef ierarhic). Prin acest ordin poate dispune evacuarea agresorului din domiciliu, indiferent de proprietarul acestuia. OPP are o valabilitate de cinci zile (120 de ore de la momentul la care a fost emis). În termen de 24 de ore de la emitere, tot dosarul întocmit de polițist cu ocazia emiterii ordinului de protecție provizoriu merge la un procuror și procurorul are la dispoziție două măsuri: fie confirmă ordinul de protecție provizoriu emis de polițist, fie dispune încetarea lui cu indicarea zilei și orei la care urmează să înceteze. Dacă procurorul confirmă acest ordin al polițistului, procurorul este cel care, în locul victimei, formulează o cerere către judecător pentru emiterea ordinului de protecție judecătoresc, care poate avea o valabilitate de până la șase luni. Dacă nu emite ordinul de protecție provizoriu, polițistul are obligația să-i pună victimei formularul la dispoziție pentru cererea de emitere a unui ordin de protecție cu care victima poate merge la judecător.

În ciuda legilor și politicilor existente, mai sunt necesare multe eforturi pentru a preveni și a combate violența împotriva femeilor, inclusiv prin educație și conștientizare a problemei, prin asigurarea accesului la servicii și suport pentru femeile care au fost victime ale violenței, precum și prin formarea personalului care intră în contact cu victimele și bugetarea serviciilor.

Accesul femeilor la siguranță

Informații culese de pe teren cu privire la siguranța femeilor

Legea 217 din 2003 privind prevenirea și combaterea violenței domestice, coroborate cu cele prevăzute în Legea 211 din 2004 cu modificări, privind unele măsuri pentru asigurarea protecției victimelor infracțiunilor prevede o serie de drepturi pe care le au victimele violenței în familie:

- dreptul la respectarea personalității, demnității și a vieții private (se acționează numai conform cu deciziile luate de victimă, se utilizează numai informația pusă la dispoziție de către victimă și vor respecta nevoile specifice individuale ale acesteia);
- dreptul la informare (autoritățile administrației publice centrale și locale au obligația să ia măsurile necesare pentru prevenirea violenței în familie și să informeze victimele);
- dreptul la consiliere psihologică gratuită oferită de către furnizorii de servicii autorizați publici (precum DGASPC) sau privați (ONG-uri);
- dreptul la protecție specială, adecvată situației și nevoilor (emiterea unui ordin de protecție prin care agresorului i se interzică să se apropie de victimă);
- dreptul la asistență juridică gratuită (numai dacă au fost sesizate organele de urmărire penală sau instanța de judecată în termen de 60 de zile de la data săvârșirii infracțiunii și dacă venitul lunar pe membru de familie este cel mult egal cu salariul de bază minim brut pe țară);
- dreptul la alte servicii (de exemplu de adăpost, consiliere socială și psihologică, asistența medicală gratuită de urgență);
- dreptul la compensații financiare (se pot primi de la persoana condamnată sau, în condițiile prevăzute de lege, de la bugetul de stat).

În urma întâlnirilor repetate avute cu peste 500 de femei în decursul celor 2 ani de proiect am identificat un **grad extrem de scăzut de încredere în autorități locale, județene și chiar centrale**. Femeile își dezvoltă propriile mecanisme de supraviețuire în relația abuzivă și renunță să mai apeleze la autorități, de cele mai multe ori ca urmare a experiențelor trecute în care au. În urma întâlnirilor repetate avute cu peste 500 de femei în decursul celor 2 ani de proiect am identificat un grad extrem de scăzut de încredere în autorități locale, județene și chiar centrale. Femeile își dezvoltă propriile mecanisme de supraviețuire în relația abuzivă și renunță să mai apeleze la autorități, de cele mai multe ori ca urmare a experiențelor trecute în care au avut parte de o intervenție inadecvată din partea acestora. Femeile își constituie rețele informale (familia, câteva vecine sau prietene) la care apelează atunci când se confruntă cu violență în familie pentru a le ajuta să depășească pericolul imediat și să rămână în siguranță (măcar temporar).

Un alt aspect care a reieșit din discuțiile de mapare a problemelor cu reprezentante din cele 6 comunități este acela ca **marea majoritate a femeilor nu își cunosc drepturile**. Foarte puține femei știu ca se pot apăra de agresor prin solicitarea unui ordin de protecție din partea autorităților. De asemenea, foarte puține femei cunosc serviciile specializate sau faptul că există centre, adăposturi pentru victimele violenței domestice sau locuințe protejate.

Chiar dacă se confruntă cu violență în familie, de multe ori fetele și femeile nu înregistrează o plângere la poliție. Motivele din spatele acestei decizii au legătură pe de-o parte cu **atitudini discriminatorii din partea polițiștilor, asistenței sociale, medicilor din spitale ca urmare a unui rasism instituționalizat**, pe de altă parte, din **teama de a nu provoca un rău și mai mare agresorului**, respectiv de a nu rămâne fără sprijin economic (multe dintre femeile cu care ne-am întâlnit sunt dependente financiar de partenerii lor). Chiar și atunci când depășesc această barieră și ajung la poliție, sunt cazuri în care nu primesc număr de înregistrare pentru plângerile depuse și nu sunt informate despre potențialele soluții, ci se încearcă medierea.

Nu în ultimul rând, fenomenul de **blamare a victimelor și justificarea comportamentului agresorilor este în continuare extrem de prezent**. Blamarea victimei are loc atunci când femeia agresată este considerată în întregime sau parțial vinovată pentru trauma suferită. Atunci când familia, prietenii și cei apropiați reacționează astfel, supraviețuitoarele violenței continuă să creadă că este vina lor și le va fi mult mai greu să se despartă de agresor. Aceste reacții vin și din partea reprezentanților autorităților și contribuie la izolarea victimelor, la creșterea temerii de a vorbi despre experiențele lor și să ceară ajutor. Așa cum explicam la început, o altă componentă a activității de mapare a constat în încercarea de a înțelege care sunt limitările existente din perspectiva reprezentanților autorităților responsabile cu prevenirea și combaterea violenței în familie.

O tendință observată din discuțiile purtate pe de-o parte la nivel local și pe de altă parte la nivel județean constă în **plasarea responsabilității în seama „celuilalt”**: **reprezentanții autorităților de la nivel local plasează responsabilitatea pe umerii celor de la nivel județean și vice versa**.

În toate cele 6 comunități **există echipe mobile, însă înființarea acestora pare să fie mai degrabă o măsură de îndeplinire a prevederilor legale**. Din explicațiile primite pare că aceste echipe nu contribuie cu adevărat la prevenirea și combaterea violenței în familie, în ciuda responsabilităților clare existente în legislație.

În lipsa unor formări/cursuri de specialitate, **membri echipelor locale nu au înțelegerea dinamicii fenomenului violenței împotriva femeilor și a ciclicității acestuia** (victima își retrace plângerea și se întoarce la agresor în medie de mai multe ori până pleacă definitiv). Astfel, reprezentanții autorităților locale **intervin “intuitiv” pentru a media lucrurile, a le calma și nu pentru a-l sancționa pe agresor și a o sprijini pe victimă pentru a ieși din relație.**

În niciuna dintre cele 6 comune **nu sunt bugetate servicii pentru victimele violenței domestice.** Din discuțiile avute, **reiese nevoia unei proceduri de intervenție comună la nivel de instituții** - cu alte cuvinte, un document din care fiecare să știe ce are de făcut.

Accesul femeilor la siguranță

Monitorizarea aplicării metodologiei cu privire la siguranța femeilor

Ca urmare a creării Metodologiei privind intervenția coordonată a profesioniștilor în cazurile de violență domestică și a trainingului organizat cu participarea reprezentanților autorităților locale și județene, în perioada iulie 2022 – aprilie 2023 am desfășurat o campanie de monitorizare a implementării acesteia. În acest sens am menținut legătura telefonic sau pe email și am organizat vizite pe teren.

Am solicitat informații cu privire la sesizările primite în scris sau verbal din partea victimelor sau a martorilor despre cazuri de violență domestică sau violență sexuală împotriva femeilor și fetelor. În marea majoritate a primăriilor, asistența socială nu cunoaște activitatea poliției locale. Am cerut date separate de la fiecare localitate și în baza legii 544/2000 am aflat ca în anul 2022 au existat:

În județul Ialomița

- La nivelul com. Ion Roată - 7 dosare penale privind infracțiunea de violență în familie; toate cele 7 sesizări au fost înregistrate prin SNUAU 112 și a fost emis 1 ordin de protecție provizoriu confirmat de procuror și transformat în ordin de protecție;
- La nivelul com. Munteni Buzău – 18 infracțiuni înregistrate privind infracțiunea de violență în familie și amenințare dintre care 11 sesizări au fost înregistrate prin SNUAU 112, iar 7 verbal; deși într-un caz s-a constatat existența unui risc ridicat pe baza chestionarului de evaluare, victima a refuzat emiterea unui OPP

- La nivelul com. Borănești - 11 dosare penale privind infracțiunea de violență în familie; toate cele 11 sesizări au fost înregistrate prin SNUAU 112; a fost emis 1 ordin de protecție provizoriu confirmat de procuror și transformat în ordin de protecție.

În Ion Roată și Munteni Buzău, reprezentantele asistenței sociale cu care am discutat nu cunoșteau aceste informații și susțin că nu le-a fost adusă la cunoștință existența unor situații de violență în familie nici de către alte autorități, nici de către victime sau martori - "nu a fost cazul" / "nu am auzit". În Borănești, asistentele sociale știau un caz și participă la intervenții alături de poliție atunci când sunt solicitate.

La nivelul județului Ialomița există un centru de consiliere pentru agresori la Slobozia - un serviciu public, fără personalitate juridică, înființat prin Hotărârea Consiliului Județean Ialomița (Hotărâre nr. 91/28.05.2021) în subordinea Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Ialomița. Este un serviciu social licențiat (conform Licenței seria LF nr. 00127/20.06.2022), și funcționează având în vedere prevederile Legii nr. 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare și ale Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței domestice, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Scopul său este de furnizare de servicii complexe agresorilor familiari, în vederea corectării comportamentelor agresive și pentru a sprijini reabilitarea și reinserția socială a acestora. Pe termen lung, scopul acestui serviciu este de a preveni și combate violența domestică prin facilitarea și furnizarea acestor servicii către agresorii familiari. Niciuna dintre cele 3 localități nu au beneficiari ai centrului în ciuda cazurilor existente (conform datelor poliției) și a discuțiilor avute la nivel local în care unul dintre primari lua în calcul achiziționarea unui container în care să locuiască agresorii domestici cu ordin de protecție.

Din nou, una dintre problemele identificate în cadrul discuțiilor a fost slaba comunicare și coordonare a instituțiilor la nivel local și județean. La nivel local, poliția intervine în urma apelurilor la 112, nu apelează la echipa mobilă și nici nu informează asistența socială din primărie despre cazurile de violență, cu excepția unei situații în care este nevoie de anchetă socială. Între nivel local și județean, autoritățile locale nu realizează campanii de informare la nivel comunitar cu privire la serviciile disponibile și, așa cum ni s-a arătat încă de la începutul proiectului, de multe ori nici nu le cunosc. Cu toate acestea, în cazurile în care se identifică un caz care are nevoie de servicii integrate în cadrul unui centru, iar asistența socială este cea care intermediază accesul în centru, inclusiv prin transport și însoțirea la centru, ni s-a adus la cunoștință despre cazuri unde victima a trecut prin reacții rasiste și inadecvate chiar în fața reprezentantelor autorităților locale.

Astfel, departamentul de asistență socială din primăriile care trec prin astfel de situații au dezvoltat o rezistență în a mai refera victime ale violenței către centre.

În județul Argeș

- La nivelul com. Valea Mare Pravăț – 7 infracțiuni conform art. 199 din Codul Penal
- La nivelul com. Bughea de Jos – 1 infracțiune conform art. 199 din Codul Penal
- La nivelul com. Aninoasa – 4 infracțiuni conform art. 199 din Codul Penal

La fel ca în jud. Ialomița, în urma monitorizării, atât prin discuții telefonice, cât și față-în-față, niciuna dintre reprezentantele primăriilor nu avea cunoștință de existența unor situații de violență în familie nici de către alte autorități (în speță, poliția de la nivel local), nici de către victime sau martori - "nu a fost cazul" / "nu am auzit". Este important de menționat că în cadrul monitorizării în grupurile de femei de la nivel local, ni s-a adus la cunoștință că poliția este chemată săptămânal pentru cazuri de violență domestică, iar fapte de violență există de mai multe ori pe săptămână în comunitate. Astfel, fie informațiile de la nivel local nu ajung la reprezentanți din lipsa încrederii, fie aceștia nu le consideră importante de menționat.

În plus, nu există o înțelegere clară a noțiunii de violență domestică – au existat cazuri în care am primit exemple clare de violență care a avut loc între membrii de familie (de exemplu între soacra și nora; între actuali/foști concubini etc.) însă reprezentantele asistenței sociale nu încadrau aceste situații/fapte la cazuri de violență domestică.

Cinci din șase localități din Argeș și Ialomița nu au acordat servicii victimelor violenței domestice sau sexuale. În cinci din șase primării nu au fost în contact cu victime care au avut nevoie de îngrijiri medicale de urgență și nici nu au fost victime care să fi beneficiat de transport cu autovehiculele primăriei către unitatea sanitară sau centre pentru victime.

Nicio localitate nu a sesizat organele de urmărire penală, poliția – deși în multe dintre localități există mame minore care au întreținut relații sexuale cu bărbați majori. Într-o vizita pe teren în comuna Munteni Buzău am identificat o mamă minoră (în vârstă de 15 ani), iar din discuțiile pe care le-am avut cu mama minorei, am aflat că fata sa a cunoscut un bărbat major pe internet, domiciliat în Focșani și tânărul a venit cu mașina și a luat-o de acasă de 2 ori. Mama a anunțat poliția din comună cu privire la plecarea minorei de acasă, însă nu a făcut o plângere scrisă. Din spusele mamei, poliția din comună a adus-o cu mașina înapoi acasă după o perioadă (în ambele cazuri).

Ce știm din spusele mamei fetei minore, agresorul ar avea 19 ani, țin legătura cu el, iar acesta vrea să o ia pe minoră la Focșani cu tot cu copil să întemeieze o familie. Mama fetei nu este de acord. Am adresat o sesizare Inspectoratului Județean de Poliție Ialomița pentru a afla stadiul cercetărilor penale efectuate cu privire la faptele descrise mai sus, însă răspunsul primit a fost ca nu pot comunica datele personale sau date din procedură (art. 12 din Legea 544/2001) – în ciuda faptului ca am menționat specific că nu ne sunt de interes aceste informații, ci strict stadiul anchetei.

În cele 10 luni pe care le-am monitorizat nicio primărie nu a solicitat ajutorul DGASPC în vederea identificării serviciilor necesare pentru protecție victimelor. În continuare nu există o cunoaștere clară a serviciilor disponibile la nivel de județ. În una dintre vizite, întrebând-o pe asistenta socială ce ar face punctual dacă ar veni să îi ceară ajutorul o femeie care a fost lovită de partener, răspunsul acesteia a fost că ar apela telefonul copilului.

După cum am menționat, la o primă întrebare cu privire la cazurile de violență domestică existente la nivel de comună majoritatea răspunsurilor sunt din categoria "noi nu avem". Apoi, discutând aplicat, am reușit să scoatem la suprafață o serie de cazuri specifice și am aflat că, de multe ori, personalul din primării ajută victime ale violenței domestice cu mâncare și bani, însă prin chetă la nivelul primăriei, fără să fie sustenabil sau organizat, printr-un sistem paralel acolo unde statul esuează.

Cu excepția cazului menționat anterior, nu sunt îndrumate victime către furnizori privați sau publici de servicii sociale în vederea găzduirii în centre rezidențiale. Într-o altă vizită pe teren am asistat la o situație în care asistența socială a aflat de situația unei femei însărcinate care împreună cu cei 4 copii fusese alungată de către soacră din locuință. Asistența socială a apelat soțul plecat să muncească în străinătate ca să îi ceară opinia cu privire la ce să facă mai departe; a contactat viceprimarul și primarul pentru a merge împreună la fața locului să discute cu soacra "să o îmbuneze"; a discutat cu o rudă care ar putea să o găzduiască câteva zile însă nicio secunda nu a adus în discuție posibilitatea de a cere sprijin din partea DGASPC. La recomandarea noastră a sunat în cele din urmă la unul dintre centrele rezidențiale disponibile în zonă.

Cu privire la utilitatea Metodologiei privind intervenția coordonată a profesioniștilor în cazurile de violență domestică, majoritatea spun că au la îndemână informația și o vor consulta la nevoie. Reprezentanții din primării invocă volumul mare de muncă, mai ales muncă de birou, birocrație pentru distribuirea alimentelor POAD, a tichetelor sociale și dosarelor de încălzire care le ocupă cea mai mare parte a timpului și atunci percep chiar și parcurgerea informațiilor ca pe "o muncă în plus".

O persoană din cadrul poliției a povestit că a dat mai departe unei alte colege metodologia privind intervenția coordonată a profesioniștilor în cazurile cu privire la siguranța femeilor și i-a fost de folos să urmeze pașii (la Tulcea), iar o altă persoană a folosit informațiile cuprinse în document în instructajele de la posturile de Poliție de la nivel local.

Concluzii și recomandări

În concluzie, chiar și având la dispoziție metodologii de lucru unitare, coerente, trecând prin formare de specialitate pe aceste documente, dispunând de contacte la nivel județean și din partea unui ONG, intervenția profesioniștilor pentru sprijinul victimelor violenței în familie, respectiv în privința accesului la servicii de sănătate pentru femei continuă să se bazeze pe relații de colaborare personale și pe acțiuni intuitive: în cele mai multe cazuri în situațiile de violență încercând să medieze conflictul, iar în cazurile de sănătate a femeilor de plasare pe seama instituțiilor județene. Dinspre nivel județean, declarativ sunt puse constant informații la dispoziția persoanelor de la nivel local – inclusiv evenimente tip cursuri și conferințe sau pliante. În realitate, cei din primării apelează extrem de rar la cei de la județ și preferă, asemeni grupurilor de femei, să își rezolve problemele pe cont propriu, cât mai informal posibil pentru a evita navigarea sistemului birocratic.

Recomandări cu privire la sănătatea femeilor

- creșterea rolului moașelor independente. Moașele sunt o categorie de specialiști care ar putea suplini această lipsă în zonele slab acoperite de servicii medicale. Moașele au, conform normelor europene adoptate de statul român, o activitate autonomă, urmărind și asistând femeia de vârstă fertilă din punct de vedere contraceptiv, în sarcină și după naștere atât timp cât aceasta se află în fiziologie. Din păcate, cadrul legal necesar implementării și integrării meseriei de moașă în sistemul de sănătate este cvasi-absent. Lipsa acestor reglementări face ca moașele să nu se poată implica în furnizarea de îngrijire în timpul și în afara sarcinii, fapt care duce la o foarte slabă accesibilitate a serviciilor de contracepție, și la rate mari de mame neurmărite deloc pe parcursul sarcinii (una din patru femei nu are niciun consult medical pe perioada sarcinii). Date fiind posibilitățile de angajare foarte limitate, facultățile de moașe nu au mai atras studenți în ultimii ani, în prezent fiind activă în România o singură asemenea instituție, față de 9 în 2005;
- încurajarea și susținerea autorităților locale în atragerea de asistenți medicali comunitari și mediatorii sanitari; protejarea acestor categorii profesionale în a-și desfășura activitatea conform fișei de post;

- desfășurarea de campanii de informare a femeilor privind importanța testării Babeș-Papanicolau prin canale multiple (medic de familie, AMC, mediatori sanitari, asistență socială) prin mijloace adecvate nivelului de școlarizare al acestora (imagini clare, termeni din vocabularul uzual, pași clari și simpli de urmat);
- includerea în bugetele locale a cheltuielilor de transport pentru servicii medicale pentru femeile din categorii vulnerabile;
- debirocratizarea procesului de accesare a serviciilor medicale decontate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) prin eliminarea necesității adevărții de la medicul de familie pentru a confirma sarcina și accesarea serviciilor medicale gratuite în timpul sarcinii pe baza unui test de graviditate efectuat în spital;
- includerea în Strategia Națională de Sănătate (2020-2024) a refacerii și finanțării rețelei de planificare familială și Includerea anticoncepționalelor orale pe lista medicamentelor compensate;
- monitorizarea permanentă la nivel național și asigurarea accesului femeilor la servicii de întrerupere de sarcină la cerere.

Recomandări cu privire la siguranța femeilor

- în contextul unui grad redus de informare atât în rândul publicului larg cu privire la recunoașterea și sancționarea violenței domestice, cât și în rândul reprezentanților autorităților (mai ales la nivel local) cu privire la intervenția în astfel de cazuri, consideram ca este nevoie de demersuri coordonate de deconstruire a prejudecăților referitoare la adresa victimelor violenței domestice, cât și la diferențele identitare (de gen, etnie, clasă, orientare sexuală, religie etc.).
- finanțarea publică a serviciilor locale pentru prevenirea și combaterea violenței domestice în acord cu prevederile Legii nr. 217/2003, la nivelul comunelor și alocarea investițiilor în resurse umane care să fie dedicate pentru programe de prevenire și combatere a violenței împotriva femeilor și fetelor.
- sunt necesare programe de formare continuă a profesioniștilor pentru a crește eficiența intervenției în cazurile de violență domestică prin intervenții coordonate și imediate în cazuri de violență împotriva femeilor.
- de asemenea, este nevoie de o bună cunoaștere a informațiilor privind pașii pentru obținerea ordinului de protecție astfel încât acest instrument de siguranță să fie accesibil pentru femei cu un nivel scăzut de educație și, la nevoie, acordarea sprijinului necesar din partea autorităților pentru redactarea cererilor privind emiterea unui ordin de protecție de la instanțele de judecată, în cazul femeilor analfabete.

- vedem esențială implicarea efectivă a tuturor actorilor locali în prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor. Recomandăm studierea și aplicarea Metodologiei privind intervenția coordonată a profesioniștilor în cazurile de violență domestică.

Referințe bibliografice

- Centrul FILIA, iunie 2022, Metodologie privind intervenția coordonată a profesioniștilor pentru sănătatea femeilor
- Centrul FILIA, iunie 2022, Metodologie privind intervenția coordonată a profesioniștilor în cazurile de violență domestică
- Institutul pentru Sănătatea Mamei și a Copilului "Alessandrescu-Rusescu", București. Studiu sănătății reproducerii: România 2016 (raport sintetic)
- Comisia Europeană, România - Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea
- INS, CNSISP-INSP, Mortalitate Materna 2020,
- ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) 2023
- Coaliția pentru Sănătatea Femeii, 2017. Raportul de analiza "Costul și povara cancerului de san în România. Investiția într-un program de screening pentru cancerul de san în România"
- GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data
- Salvati Copiii 2021, Analiză privind condițiile de viață, locuire și stare de sănătate ale copiilor, gravidelor și mamelor adolescente, din comunități vulnerabile,
- Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003,
- Legea nr. 286 din 17 iulie 2009
- Legea nr. 25 din 5 martie 2004
- EIGE, Indicele egalității de gen 2022,
- Legea nr. 217 din 22 mai 2003
- FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) 2016, Fundamental Rights Report
- Eurobarometrul special 449: Violența bazată pe gen,
- Barometrul violenței de gen 2022 : violența împotriva femeilor în România : reprezentări, percepții / Băluță Ionela, Tufiș Claudiu. Presa Universitară Clujeană, 2022
- Giulia Crișan (ANAI), despre violența domestică: „Statul oferă servicii la nivel declarativ”

Material realizat de Centrul FILIA în cadrul proiectului „ACCESS - Advocacy, Capacitare, Consolidare pentru Egalitate în Sănătate și Siguranță”, desfășurat de Centrul FILIA în parteneriat cu Rabea Movement Norway, cu sprijinul financiar Active Citizens Fund România, program finanțat de Islanda, Liechtenstein și Norvegia prin Granturile SEE 2014-2021. Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor SEE și Norvegiene 2014-2021; pentru mai multe informații accesați www.eeagrants.org.

**Mai multe informații despre proiect
disponibile la: www.centrulfilia.ro/access**

Proiect derulat de:





Contactează-ne!

Centrul FILIA
0213 138 024

office@centrulfilia.ro 
www.facebook.com/centrul.filia 