The Equal Rights Review

Promovarea egalității ca un drept fundamental al omului și un principiu de bază al justiției sociale

În această ediție:

- **Special: Semnificația Egalității în Sănătate**
- **Egalitate pentru Persoanele cu Dizabilități în Europa, Africa de Sud și Marea Britanie**
- **Rele tratamente discriminatorii bazate pe gen în Moldova**
- **Uigurii Invizibili în China**
- **Mărturiile Femeilor Beduine din Israel**

Acest proiect este finanțat de Uniunea Europeană. Proiectul este implementat de către Asociația Promo-LEX în parteneriat cu The Equal Rights Trust. Opiniile exprimate în această publicație nu reflectă în mod obligatoriu opinia Comisiei Europene

Publicație semestrială The Equal Rights Trust

Ediția a șasea (2011)

The Equal Rights Review

Uniunea Europeană

UNDP Moldova

Publicaţia dată a fost tradusă în limba Română şi editată în cadrul proiectului ***"Consolidarea Protecţiei Juridice şi Sporirea Nivelului de Conştientizare cu privire la aplicarea relelor tratamente pe motiv de discriminare în Moldova, inclusiv în regiunea Transnistreană"***, proiect implementat de către Asociaţia Promo-LEX în parteneriat cu The Equal Rights Trust.

Scopul proiectului este de a contribui la prevenirea tuturor formelor de aplicare a relelor tratamente pe motiv de discriminare, în special cele bazate pe gen, orientare sexuală, rasă, HIV/SIDA, religie, disabilitate, limba vorbită, precum şi motivate de asocierea cu şi autopercepţia persoanei de a poseda una sau mai multe dintre caracteristicile date.

„The Equal Rights Review" este o publicaţie semestrială editată de The Equal Rights Trust. Opiniile exprimate în publicaţia dată nu reflectă în mod necesar punctul de vedere al The Equal Rights Trust şi al Asociaţiei Promo-LEX.
Publicaţia a fost tradusă şi publicată cu acordul The Equal Rights Trust.

Acest proiect este finanţat de Uniunea Europeană prin Instrumentul European pentru Democratie şi Drepturile Omului (IEDDO). Proiectul este co-finanţat de PNUD Moldova în cadrul „Proiectului Comun al Agenţiilor ONU din Republica Moldova pentru Promovarea şi Protecţia Drepturilor Omului".

Conţinutul acestei publicaţii este responsabilitatea exclusivă a autorilor şi nu reflectă în nici-un fel punctele de vedere ale Uniunii Europene şi PNUD Moldova.

Coordonator ediţie (în limba Română) – Olga Manole
Traducerea – Ion Vasilică
Redactor – Mariana Vatamanu
Procesare computerizată - Ion Madiudin

SE DISTRIBUIE GRATUIT

Promo - LEX

The Equal Rights Trust

Chişinău 2011

Tiraj -1500 exp. Format 178x230mm. 168 pag.

Sumar

3 *Editorial* Dreptul la Egalitate în Sănătate: Ce Mai E şi Asta?

ARTICOLE

9 *Jarlath Clifford* Convenţia ONU privind Dizabilitatea şi Impactul acesteia asupra Legislaţiei Europene în Domeniul Egalităţii

24 *Olga Manole* Rele Tratamente Discriminatorii faţă de Femei în Republica Moldova

42 *M. Rayila* Suferinţa unui Popor: Uigurii Invizibili în China Interioară

SPECIAL

59 *Gillian MacNaughton* Sistemele de Sănătate şi Dreptul la Egalitate

81 *Nick O'Brien* Legea şi „Viaţa Frumoasă": Dizabilităţile de Învăţare, Egalitatea şi Sănătatea în Marea Britanie

98 *Jonathann Kenneth Burns* Decalajul de Sănătate Mentală în Africa de Sud – O Problemă a Drepturilor Omului

MĂRTURIE

115 Femeile din Negrev: Mărturiile Reprezentantelor unei Organizaţii de Femei Beduine

INTERVIU

125 Justiţia, Egalitatea şi Echitatea în Sănătate din Perspectiva Politicilor din Domeniu şi a Legislaţiei privind Drepturile Omului: ERT discută cu Norman Daniels şi Paul Hunt

ACTIVITĂŢI

141 Activităţile de Advocacy ale The Equal Rights Trust

149 *Amal De Chickera şi Jim Fitzgerald* Protejarea Drepturilor Persoanelor Apatride: Raport de Eveniment

154 Informaţii cu privire la Proiectele Curente ale ERT

165 Itinerar de lucru ERT: Iulie - Decembrie 2010

The Equal Rights Review este o publicație semestrială editată de The Equal Rights Trust. Opiniile exprimate de autorii articolelor nu reflectă în mod necesar punctul de vedere al The Equal Rights Trust.

Redactor-şef: Dimitrina Petrova
Asistent Redactor-şef: Libby Clarke
Consiliul Consultativ de Redacție: Sandra Fredman, Colin Gonsalves, Bob Hepple, Claire L'Heureux-Dubé, Christopher McCrudden, Bob Niven, Kate O'Regan, Michael Rubenstein, David Ruebain, Sylvia Tamale
Design şi machetare: Dafina Gueorguieva
© Februarie 2011 The Equal Rights Trust
Tipărit în Marea Britanie de către Prontaprint Bayswater
ISSN: 1757-1650

Toate drepturile rezervate. Nici o parte a prezentei publicații nu poate fi tradusă, reprodusă, stocată într-un sistem de păstrare a informației sau transmisă în nici o formă, fără acordul în scris al The Equal Rights Trust sau a unei licențe pentru copiere limitată din partea Copyright Licensing Agency Ltd., Marea Britanie, sau a Copyright Clearance Center, SUA.

Susțineți cauza egalității drepturilor

The Equal Rights Trust este o instituție filantropică ce există din suportul public. Pentru a face o donație online, vă rugăm să vizitați www.equalrightstrust.org, sau să expediați un cec la adresa de mai jos. Pentru donații prin transfer bancar, numărul contului The Equal Rights Trust la Banca Coutts (UK) este: 07130988; IBAN GB43COUT18000207130988; Adresa băncii: Coutts & Co., 440 Strand, Londra WC2R 0QS

The Equal Rights Trust
126 North End Road
Londra W14 9PP
Marea Britanie

Tel.: +44 (0)207 610 2786
Fax: +44 (0)203 441 7436
info@equalrightstrust.org

www.equalrightstrust.org

The Equal Rights Trust este înființată în Anglia sub formă de companie limitată prin garanție şi înregistrată în calitate de instituție filantropică. Codul companiei 5559173. Codul instituției filantropice 1113288.

Dreptul la Egalitate în Sănătate: Ce Mai E şi Asta?

Dacă prin *egalitate* presupunem un drept fundamental al omului şi un principiu de bază al justiţiei sociale (potrivit definiţiei date în declaraţia de misiune a ERT), atunci cum putem "ajusta" această noţiune cu referire la sănătate? Ce înseamnă, de fapt, egalitatea în sănătate? În ediţia de faţă, *The Equal Rights Review* caută răspunsuri anume la această întrebare.

Într-un dublu interviu publicat în acest număr, doi experţi reputaţi în domeniul drepturilor în sănătate (Paul Hunt) şi în cel al politicilor de sănătate (Norman Daniels) ne oferă o iniţiere în sinuoasele chestiuni juridice, morale şi politice ce învăluie sectorul respectiv. De vreme ce problematica egalităţii în sănătate nu se încadra în nicio „disciplină", aceasta a devenit un domeniu profesional distinct, care a atras experţi şi practicieni din diverse sfere: experţi în politici de sănătate, medici, filozofi, jurişti, economişti, politologi etc. Reformulată în termeni de drepturi ale omului, întrebarea este: Ce drept efectiv la egalitate în domeniul sănătăţii li se oferă persoanelor prin legi, fie existente, fie dezirabile?

Într-o accepţiune mai restrânsă, dreptul la egalitate în sănătate presupune dreptul la nediscriminare în raport cu sănătatea. Această definiţie poate fi înţeleasă în două feluri: fie că starea de sănătate reprezintă un **temei** protejat împotriva discriminării, fie că discriminarea în baza unui temei protejat (care ar putea fi şi starea de sănătate, printre altele) este interzisă în **domeniul** sănătăţii. În primul sens, starea de sănătate a unei persoane nu trebuie să fie – ca regulă generală – un temei pentru discriminare în varii domenii, cum ar fi angajarea în câmpul muncii. De exemplu, în cazul *Hoffman versus S. A. Airways* (2000), Curtea Constituţională a Africii de Sud a decis că, prin păstrarea politicii de a nu angaja persoane seropozitive, o companie aeriană se făcea vinovată de discriminare nejustificată în baza criteriului HIV/SIDA. În cel de-al doilea sens, o persoană nu trebuie să sufere discriminare în baza unui temei protejat, cum ar fi rasa, genul sau religia, în domeniul sănătăţii. De exemplu, un spital care ignoră un apel de urgenţă provenit dintr-un cartier populat de o minoritate etnică (în timp ce, în mod normal, acesta trimite ambulanţe în oricare alt colţ al oraşului în cazuri similare de urgenţă) se face vinovat de discriminare rasială în domeniul sănătăţii. Un serviciu ce oferă tratament persoanelor cu HIV/SIDA, dar care *prima facie* nu este accesibil homosexualilor în măsura în care este accesibil heterosexualilor, comite discriminare pe temei de orientare sexuală în domeniul sănătăţii.

Ambele tipuri de discriminare ridică însă mai multe întrebări dificile. Dacă e să analizăm starea de sănătate (precum şi un anumit grad de handicap ce poate reieşi din aceasta) în calitate de temei protejat, este evident faptul că angajatorii, prestatorii de servicii şi alţii nu pot fi obligaţi să trateze persoanele cu diferite afecţiuni în mod identic, în toate cazurile. Un loc de muncă poate veni cu cerinţa ca angajatul

să posede o sănătate care să excludă anumite afecţiuni – senzoriale, fizice sau mentale. Totuşi, există reguli care trebuie urmate pentru a exclude discriminarea în cazul tratamentelor diferite acolo unde acestea sunt inevitabile. Aşa cum se arată într-un articol de Jarlath Clifford din acest număr, în ultimii ani, în cadrul legislaţiei referitoare la dizabilitate şi egalitate, s-au dezvoltat anumite abordări progresiste care răspund la acest gen de întrebări, iar în corpul dreptului la egalitate s-a introdus fundamentalul concept cu privire la adaptarea rezonabilă.

O multitudine de întrebări de ordin moral şi politic există, de asemenea, şi în privinţa dreptului la nediscriminare în domeniul sănătăţii, în special într-o ramură a sectorului, cum ar fi cea a serviciilor legate de intervenţii diagnostice, profilactorii, terapeutice sau de reabilitare. S-ar părea că a asigura nediscriminarea în bază de rasă, religie sau gen în prestarea acestor servicii este o misiune simplă, dar, dacă privim mai atent, observăm că aici se ascund numeroase probleme. De exemplu, în cazul satisfacerii anumitor necesităţi de ordin religios ale pacienţilor din spitale (alimentaţie specială, consiliere religioasă sau spirituală, medicamente scumpe, cum ar fi varianta sintetizată genetic a factorului coagulant VII, care vor fi solicitate, din considerente religioase, de un membru al Martorilor lui Iehova în ajunul unei intervenţii chirurgicale), acestea trebuie acoperite cu bani publici sau achitate de cei interesaţi? Este şi mai dificil să stabileşti ce înseamnă discriminare în sănătate pe motiv de dizabilitate sau vârstă şi, cu atât mai mult, în temeiul stării de sănătate! Încă în 1984, Aaron şi Schwartz au arătat că în cadrul Serviciului Naţional de Sănătate (NHS) din Marea Britanie nu exista o normă oficială privind accesul la servicii de hemodializă, însă exista o „înţelegere" neoficială conform căreia pacienţilor cu vârsta de peste 65 de ani, precum şi celor cu vârsta de peste 55 ani a căror insuficienţă renală era asociată cu o afecţiune cardiacă sau diabet, hemodializa urma să le fie refuzată. Putem spune în acest caz că NHS a admis discriminare pe motiv de vârstă? Să examinăm o situaţie şi mai gravă: o persoană aflată în stare vegetativă cronică sau o persoană cu Alzheimer într-o fază tardivă, care riscă să sufere un acces fatal de aritmie, are oare acelaşi drept să obţină un DCI (defibrilator cardiac implantabil), al cărui cost este de 40 de mii de dolari, ca şi alţi pacienţi cu un asemenea risc? Sau refuzul unui DCI ar însemna discriminare pe motiv de dizabilitate?

Din perspectiva unitară a dreptului la egalitate, aşa cum se spune în *Declaraţia principiilor egalităţii* din 2008, printre altele, dreptul la egalitate în sănătate trebuie să fie mai „greu" decât dreptul la nediscriminare pe motiv de sau în domeniul sănătăţii. Acesta cuprinde dreptul la un sistem de sănătate care să permită persoanei să participe în condiţii egale cu ceilalţi la viaţa economică, socială, culturală, civilă şi politică, aşa cum o cere Principiul 1 al *Declaraţiei*. De asemenea, el implică şi o obligaţie din partea autorităţilor de a dezvolta un sistem de sănătate orientat spre realizarea acestui drept. Dacă admitem că sănătatea nu este (doar) un obiect al comerţului, ci, mai degrabă, unul ce ţine de drepturi, fiind şi o obligaţie a sectorului public, atunci egalitatea în sănătate este cel mai bine promovată în cadrul unui sistem de sănătate finanţat din bani publici, aşa cum o recomandă Comisia OMS pentru Determinanţii Sociali ai Sănătăţii. Şi chiar dacă uneori este imposibil de a aplica plenar principiile generale ale egalităţii în anumite politici şi practici din domeniul sănătăţii, acestea din urmă trebuie să fie compatibile cu principiile generale.

Una dintre problemele centrale în domeniul sănătăţii, mai exact în ceea ce priveşte accesul egal la sănătate, este stabilirea priorităţilor în distribuirea resurselor, proces cunoscut ca *normare* (în engleză *rationing* – stabilirea raţiilor, proces care presupune o limitare a resur-

selor medicale). Termenul stârneşte anumite controverse, inclusiv datorită faptului că mulţi actori din domeniu continuă să nege existenţa acestui fenomen. E uşor să negi existenţa normării ştiind că procesul este în mare parte invizibil: nu există vreun control public, iar cei care iau decizii legate de normare poartă rareori, ca să nu spunem niciodată, responsabilitate pentru consecinţele deciziilor lor asupra sănătăţii unor pacienţi sau a unor categorii ale populaţiei. Şi întrucât transparenţa este o precondiţie a justiţiei într-o societate democratică, caracterul invizibil al normării este, în mod prezumptiv, injust. Rămânând invizibilă, normarea poate fi explicită (fiind formulată în instrucţiuni medicale) sau implicită, cum e cazul „înţelegerii" din cadrul NHS de care am vorbit mai sus. Dar dacă vrem ca normarea să devină un fenomen vizibil ochiului public, întrebarea-cheie, desigur, este: Cine ar trebui să fie, de fapt, factorul de decizie care creează reguli privind normarea: piaţa, politicienii, organele administrative, comunitatea de medici, justiţia, publicul? Un exemplu de normare examinată în instanţa de judecată este cauza *Soobramoney vs Ministerul Sănătăţii (Kwazulu-Natal)*[1], în care o persoană cu diabet care suferea de o afecţiune ischemică a cordului şi de o boală cardiovasculară, la care se adăuga şi o insuficienţă renală ireversibilă, fusese refuzată să fie inclusă în programul de hemodializă a unui spital de stat pe motiv că spitalul, din considerente de austeritate, adoptase o politică de normare care o făcea pe această persoană ineligibilă. Curtea Constituţională a susţinut raţionalitatea acelei politici, dar, în acelaşi timp, a remarcat că responsabilitatea pentru luarea a astfel de decizii dificile de stabilire a priorităţilor bugetului de sănătate trebuie să aparţină autorităţilor politice şi medicale şi că înalta Curte nu se va grăbi să intervină în asemenea decizii atâta timp cât acestea sunt raţionale şi adoptate cu bună credinţă. Din perspectiva principiilor generale ale egalităţii, abordarea cea mai atractivă ar fi încredinţarea procesului de normare publicului, prin intermediul formelor de deliberare democratică, aşa cum o recomandă Daniels în cărţile sale şi în acest număr – cu toate că abordarea respectivă ascunde riscuri serioase, atât în aplicarea practică, cât şi datorită limitărilor inerente.

O altă întrebare privind egalitatea în sănătate este următoarea: Pe ce criterii legitime trebuie să se bazeze deciziile de normare? Trebuie să luăm drept regulă favorizarea celor care suferă cel mai mult, celor mai bolnavi? Sau regula de bază trebuie să fie maximizarea beneficiilor totale ale cheltuielilor în sănătate, unde raportul cost-eficienţă ar fi măsurat cu ajutorul unor indicatori precum anii QALY (ani de viaţă cu calitate ajustată)? Criteriul din urmă pare a fi rezonabil, dar acesta ar putea duce la unele consecinţe pe de-a dreptul injuste sau absurde. A fost demonstrat, de exemplu, ce fel de probleme pot să apară atunci când rinichii destinaţi transplantului sunt acordaţi conform criteriului de „eficienţă": precum a arătat Veatch, cea mai bună cale de a obţine beneficiul maxim din rinichii disponibili este de a-i acorda exclusiv bărbaţilor albi, pentru că ei arată rezultate mai bune (în sensul şanselor de supravieţuire a organului grefat) datorită unor factori de compatibilitate a ţesuturilor.[2] Majoritatea oamenilor ar cădea de acord că această interpretare a principiului cost-eficienţă ar fi injustă. În acest sens, e util să ne întrebăm dacă ar fi la fel de injust cazul în care un anume medicament ar fi oferit doar categoriilor de persoane a căror predispoziţie genetică le dă şanse de trei ori mai mari ca acesta să-i lecuiască. Nu ar fi acesta un caz de discriminare pe motiv de predispoziţie genetică? Şi nu vorbim de un exemplu ipotetic: în medicina modernă, bunăoară în oncologie, predispoziţia genetică de a reacţiona pozitiv la anumite forme de tratament joacă un rol din ce în ce mai important.

Există încă multe alte întrebări legate de normare: Vârsta pacientului trebuie să conteze sau nu? Ar trebui să penalizăm comportamentele

şi stilurile de viaţă iresponsabile care au dus la dobândirea bolii? Ce facem cu aşa-numitele „gropi fără fund" – pacienţii care suferă de mai multe patologii grave, datorită cărora riscă să necesite un număr disproporţional de mare de intervenţii scumpe, pe parcursul unor perioade lungi de timp? Cum funcţionează regulile de normare existente (implicite sau explicite) în societatea modernă? Sunt ele echitabile? Şi, având în vedere importanţa enormă (şi inevitabilitatea) normării în sănătate în contextul discursului despre egalitate, întrebarea cea mai izbitoare este: De ce subiectul se discută atât de puţin în societate?

Un alt domeniu al egalităţii în sănătate abordat în acest număr al ERR este legat de determinanţii sociali ai sănătăţii, întru demonstrarea relaţiei cauzale dintre statutul socio-economic şi starea de sănătate a persoanei. Studierea determinanţilor sănătăţii este un exerciţiu despre indivizibilitatea şi interdependenţa drepturilor omului. Ştiind că sănătatea depinde de posibilitatea persoanei de a se bucura de anumite drepturi, o persoană nu beneficiază de oportunităţi egale de a fi sau a rămâne sănătoasă dacă s-a născut într-o comunitate săracă, a devenit victimă a violenţei, a suferit hărţuire la şcoală sau a fost tratată nedrept în procesul de căutare a unui loc de muncă. Riscul morţii maternale în Afganistan e de 1 la 8, iar în Suedia – de 1 la 17 mii 400. În SUA, între anii 1991 şi 2000, puteau fi evitate peste 886 de mii de morţi dacă ratele de mortalitate ale albilor şi afroamericanilor ar fi fost egalate. Această cifră contrastează cu cifra de 176.633 de vieţi salvate datorită progresului în medicină în aceeaşi perioadă. Prevalenţa dizabilităţilor cronice printre bărbaţii europeni cu vârsta de peste 85 de ani este de 58,8% în rândul celor mai puţin şcoliţi, faţă de 40,2% în rândul celor cu mai multe studii.[3] În plus, relaţia dintre statutul socioeconomic şi sănătate are mai multe grade. Un exemplu ar fi „gradientul social în sănătate", unde urmaşii persoanelor din chintila superioară au o rată a mortalităţii mai joasă decât urmaşii persoanelor din chintila următoare.[4] Se afirmă deseori că viaţa ar fi o valoare de cel mai înalt ordin, un scop în sine, şi, prin urmare, este „de nepreţuit". Însă în practică, aşa cum vedem la Leonard Fleck, „vieţile de nepreţuit sunt vieţile pacienţilor asiguraţi în deplină măsură, ceea ce le permite să acceseze o multitudine de intervenţii medicale foarte scumpe şi eficiente".[5] Analiza sistemului de asigurare medicală reprezintă una dintre cele mai bune metode de a depista structura inegalităţilor din cadrul societăţii.

Ediţia de faţă a ERR este construită pe aceste şi alte întrebări similare. Şi cu toate că există literatură mai mult decât suficientă în domeniile ştiinţelor politice, politicilor de sănătate, economiei, medicinei sociale şi dreptului medical, unde se vorbeşte despre subiecte care au legătură cu egalitatea în sănătate, continuă să lipsească o abordare unitară din perspectiva egalităţii şi drepturilor omului. O asemenea perspectivă holistică trebuie să fie integrată în căutările teoretice şi practice ale egalităţii în sănătate. Egali în faţa legii, oamenii ar trebui să fie egali, într-un sens fundamental al cuvântului, şi în faţa doctorului.

Dimitrina Petrova

1 Cauza CCT 32/97, decisă la 27 noiembrie 1997.
2 Veatch, R. M., *Patient, Heal Thyself: How the New Medicine Puts the Patient in Charge*, OUP, 2009, p. 55.
3 Raportul final al Comisiei privind Determinanţii Sociali ai Sănătăţii, *Recuperarea decalajului dintre generaţii: echitatea în sănătate prin acţiune asupra determinanţilor sociali ai sănătăţii*, Organizaţia Mondială a Sănătăţii, 2008, p. 30.
4 *Ibid*., p. 31.
5 Fleck, L. M., *Just Caring: Health Care Rationing and Democratic Deliberation*, OUP, 2009, p. Viii.

ARTICOLE

"Îndeplinirea misiunii CDPD depinde acum de modul în care autoritățile naționale vor aborda în procesul de implementare chestiuni complexe precum capacitatea juridică. În orice caz, energia și viziunea insuflate de CDPD în lupta pentru egalitate pentru persoanele cu dizabilități nu trebuie subestimate"

Jarlath Clifford

Convenţia ONU privind Dizabilitatea şi Impactul acesteia asupra Legislaţiei Europene în Domeniul Egalităţii

Jarlath Clifford[1]

Introducere

La 23 decembrie 2010, Uniunea Europeană (UE) a ratificat Convenţia Naţiunilor Unite cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilităţi (CDPD). Pentru prima dată în istorie UE a devenit parte la un tratat internaţional de drepturile omului.[2] CDPD a fost ratificată la doar câteva săptămâni după ce Comisia Europeană a publicat Strategia europeană pentru persoanele cu dizabilităţi pentru anii 2010-2020, care conţine un plan detaliat de acţiuni de abilitare a persoanelor cu dizabilităţi, astfel încât acestea să se poată bucura de drepturile lor şi să beneficieze pe deplin de participare în societatea şi economia europeană.[3]

Ratificarea înseamnă că UE se obligă să asigure respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilităţi, protejarea şi realizarea lor. Aceasta include obligaţiile celor 16 state membre ale UE care au ratificat Convenţia şi ale celorlalte 11 care au semnat-o.[4] Începând cu anul 2000, UE şi-a asumat importantul rol de a stabili în ţările membre standarde minime pentru legislaţia referitoare la discriminare pe motiv de handicap. De asemenea, Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CtEDO) a pronunţat recent mai multe decizii care au lărgit sfera de aplicare a măsurilor de protecţie pentru persoanele cu dizabilităţi de pe teritoriul UE. Totodată, multe chestiuni legate de discriminare pe motiv de dizabilitate rămân a fi subdezvoltate în comparaţie cu alte temeiuri. În acest context, prezentul articol îşi propune să examineze evoluţiile recente ale legislaţiei europene referitoare la discriminare pe motiv de dizabilitate şi să identifice potenţialul CDPD în privinţa îmbunătăţirii situaţiei persoanelor cu dizabilităţi în sensul egalităţii.

Cu toate că s-au înregistrat anumite progrese în a introduce măsuri legislative de protecţie orientate spre combaterea discriminării persoanelor cu dizabilităţi, prima parte a articolului urmează să demonstreze că discriminarea şi intoleranţa rămân a fi fenomene răspândite. Partea a doua va examina CDPD în vederea identificării unor prevederi-cheie pentru eradicarea inegalităţilor de care suferă aceste persoane. Ultima parte va analiza recentele evoluţii în materie de drept şi politici europene (atât ale UE, cât şi ale Consiliului Europei) şi va aprecia potenţiala influenţă a CDPD asupra mecanismelor regionale.

1. Discriminarea şi intoleranţa faţă de persoanele cu dizabilităţi în Europa

În UE, fiecare a şasea persoană – sau aproximativ 80 de milioane – suferă de un handicap mediu sau sever.[5] Potrivit comisarului pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei, această cifră în ţările membre se situează între 10 şi 15 la sută din populaţie, adică între 80 şi 120 de milioane de oameni.[6] Gama

largă de deficienţe care se încadrează în termenul de „dizabilitate" face ca definiţia acestuia să fie mult mai cuprinzătoare decât cele aplicate oricărei alte categorii vulnerabile. Persoanele cu dizabilităţi includ persoanele cu deficienţe fizice, mentale[7], intelectuale[8] şi senzoriale. Trebuie de remarcat faptul că protecţia împotriva discriminării pe motiv de dizabilitate se extinde în multe cazuri şi asupra persoanelor cu maladii ca HIV/SIDA sau diabet, având în vedere discriminarea cu care se pot confrunta acestea după ce sunt diagnosticate.[9]

Cu toate că multe persoane cu dizabilităţi se pot confrunta cu tratamente discriminatorii similare, cauzele dezavantajului diferă şi depind de deficienţele individuale. De exemplu, momentele ce afectează capacitatea unei persoane cu schizofrenie de a se bucura de egalitate pot să difere totalmente de situaţia persoanelor cu HIV/AIDS sau a celor care au pierdut un membru sau o funcţie senzorială. În acest sens, definiţia persoanelor cu dizabilităţi inclusă în Articolul 1 al CDPD oferă o abordare holistică, în spiritul drepturilor omului, în definirea dizabilităţii. Articolul 1 spune:

„Persoanele cu dizabilităţi includ persoanele cu handicap fizic, mental, intelectual sau senzorial permanent, care, în interacţiune cu alte obstacole, poate împiedica participarea lor eficientă la viaţa socială, în aceeaşi măsură ca şi alţi cetăţeni."

Definiţia dată de Articolul 1 se distanţează de conceptul medical de dizabilitate, care a fost dominant pe parcursul istoriei, şi se apropie de cel social, conform căruia „persoanele cu dizabilităţi simt handicapul lor ca pe o restricţie socială, fie ca urmare a unor medii construite inaccesibil, fie a viziunilor dubioase despre inteligenţă sau competenţă socială, a inabilităţii publicului larg de a utiliza limbajul semnelor, a lipsei de materiale în limbajul Braille sau a atitudinilor publice ostile faţă de persoanele cu dizabilităţi de vedere".[10]

O definiţie care se bazează pe experienţe individuale e capabilă să formeze un cadru mai exact de discuţii despre dizabilităţi, identificând surse ascunse de discriminare şi ajutându-ne să înţelegem mai bine ce înseamnă drepturile omului.[11] Definind dizabilitatea într-un fel care ia în calcul percepţia individuală, dar şi piedicile în calea participării sociale (bariere de mediu, construite sau umane), Articolul 1 al CDPD oferă dreptul la protecţie unei game largi de persoane care riscă discriminare pe motiv de dizabilitate.

Discriminarea pe motiv de dizabilitate e o moştenire istorică adânc înrădăcinată în fiecare societate.[12] În Europa, această moştenire se reflectă prin acceptarea mai multor practici care discriminează profund persoanele cu dizabilităţi. Se consideră deseori că ele sunt incapabile de a se implica într-o muncă productivă, de a frecventa şcolile cu acelaşi succes ca şi colegii lor fără dizabilităţi sau de a contribui activ la viaţa comunităţii lor. În multe cazuri, discuţiile privind elaborarea măsurilor de egalizare pentru persoanele cu dizabilităţi se bazează pe asemenea teorii. Potrivit Organizaţiei Internaţionale a Muncii, în Europa, o persoană cu handicap cu vârsta între 16 şi 64 de ani are o şansă de 66% de a-şi găsi o slujbă; acest indicator scade până la cifra de 47% în cazul persoanelor cu un handicap moderat şi până la 25% în cazul unei persoane cu un handicap sever.[13] Însă inegalitatea nu se limitează doar la angajare. Agenţia Uniunii Europene pentru Drepturile Fundamentale a constatat recent că în 17 din 27 de ţări membre ale UE participarea politică a persoanelor cu probleme de sănătate mentală sau cu dizabilităţi intelectuale este limitată sau refuzată.[14]

O altă problemă importantă este că persoanele fără dizabilităţi nu se consultă şi nu implică persoanele cu dizabilităţi în luarea deciziilor care au impact asupra vieţilor celor din urmă. Începând cu anul 2008, comisarul Consiliului Europei pentru Drepturile Omului, Thomas Hammarberg, şi-a exprimat îngrijorarea, cel puţin cu trei ocazii diferite, în legătură cu tratamentele cu care se confruntă persoanele cu dizabilităţi.[15] În anul 2009, oficialul a subliniat necesitatea acordării problemei respective a unei atenţii sporite:

„În timpul misiunilor mele întreprinse în statele membre ale Consiliului Europei am ajuns la concluzia că persoanele cu dizabilităţi intelectuale mai rămân a fi stigmatizate şi marginalizate, că sunt rareori consultate sau măcar ascultate, că multe dintre ele continuă să fie ţinute în instituţii de stil vechi în condiţii inumane şi că încercările de a le asigura cu un loc de trai şi cu alte servicii în sânul comunităţii au cunoscut obstacole şi tergiversări."[16]

Simptomele discriminării pe motiv de dizabilitate, precum stigmatizarea, stereotipurile şi prejudecăţile, sunt în continuare răspândite, având o influenţă corozivă şi marginalizând persoanele cu dizabilităţi. Aceste simptome bruiază claritatea şi constructivismul reflecţiilor despre ce ar trebui să se întreprindă ca procesele şi procedurile să devină mai accesibile şi incluzive pentru persoanele cu dizabilităţi. Astfel, în multe ţări europene, aceste persoane sunt marginalizate în procesele de luare a deciziilor politice şi legislative din cauza percepţiei moştenite precum că nu ar avea capacitatea de a se implica şi a participa activ.[17]

Şi mai îngrijorătoare sunt stigmatizarea şi prejudecăţile, care adesea se reflectă în documente oficiale, ducând la încălcări revoltătoare ale drepturilor omului comise împotriva persoanelor cu dizabilităţi. Nu foarte demult, Comitetul European al Drepturilor Sociale a condamnat practica de segregare a copiilor cu dizabilităţi intelectuale în cadrul sistemelor educaţionale din Franţa[18] şi Bulgaria.[19] De asemenea, mass-media din Marea Britanie a acordat o atenţie deosebită atacurilor violente îndreptate împotriva persoanelor cu dizabilităţi de învăţare. Într-un caz mediatizat pe larg, un bărbat de 64 de ani cu dizabilităţi mentale şi dificultăţi de învăţare din Manchester a murit din cauza unui atac de cord după ce fusese hărţuit şi abuzat verbal de către doi tineri.[20] Acesta, nefiind un caz izolat, se înscrie într-o tendinţă care arată că intoleranţa faţă de persoanele cu dizabilităţi creşte şi devine tot mai vizibilă. Faptul că fenomenul violenţei împotriva persoanelor cu dizabilităţi este ignorat, subestimat sau neînţeles poate fi unul dintre motivele acestei tendinţe. În ultimul raport privind crimele motivate de ură, publicat de Organizaţia pentru Securitate şi Cooperare în Europa (OSCE), care arată că doar 9 state europene au raportat către OSCE existenţa unor date privind crimele împotriva persoanelor cu dizabilitate, se sugerează că fenomenul subraportării este şi el un obstacol.[21] Prin urmare, ignorarea sau neînţelegerea acestei probleme reprezintă un factor dominant în răspândirea discriminării pe scară largă, dar şi monitorizarea şi raportarea insuficientă a acestor atacuri.

2. Provocarea unică a dizabilităţii şi Convenţia ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi

CDPD a fost adoptată în 2006 şi a intrat în vigoare în 2008. Scopul documentului este de a promova, proteja şi asigura exercitarea deplină şi în condiţii de egalitate a tuturor drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului de către toate persoanele cu dizabilităţi.[22] Acesta a fost cel mai rapid negociat tra-

tat în domeniul drepturilor omului din istorie[23] şi, din momentul adoptării, s-a bucurat de susţinere semnificativă în toată lumea.[24] Persoanele cu dizabilităţi şi organizaţiile din domeniu au fost principalii actori care au influenţat redactarea şi adoptarea CDPD.[25] Această influenţă se resimte nu doar datorită numărului vast de drepturi fundamentale pe care le garantează CDPD – civile, politice[26] şi socio-economice[27] –, dar şi procedurilor de aplicare a unor mecanisme precum monitorizarea.[28] Având în vedere proporţiile discriminării faţă de persoanele cu dizabilităţi, trebuie să subliniem în cele ce urmează unele prevederi-cheie ale CDPD care sunt importante pentru combaterea discriminării în toată Europa.

2.1 Consultare şi implicare

Aşa cum am menţionat mai sus, ignorarea şi percepţiile greşite privind capacităţile persoanelor cu dizabilităţi au contribuit la excluderea lor din mai multe sfere ale vieţii în societăţile din Europa. Fiind lipsite de căi de acces la consultare şi implicare, persoanelor cu dizabilităţi deseori li se refuză oportunitatea de a participa la procesele de luare a deciziilor publice şi de a contribui la modelarea politicilor importante. În Articolul 4(3), CDPD stipulează cerinţa consultării şi implicării:

„În elaborarea şi realizarea legislaţiei şi a politicilor de implementare a prezentei Convenţii, ca şi în alte procese de luare a deciziilor referitoare la problemele privind persoanele cu dizabilităţi, statele părţi se vor consulta îndeaproape şi vor implica în mod activ persoanele cu dizabilităţi, inclusiv copiii cu dizabilităţi, prin organizaţiile care îi reprezintă."

Articolul 4(3) al CDPD prevede că implicarea şi consultarea consistentă a persoanelor cu dizabilităţi trebuie să fie punctul de pornire în elaborarea legislaţiei şi politicilor de implementare a Convenţiei. Aceste proceduri sunt esenţiale în crearea legilor şi politicilor ce ţin de dizabilitate. Însă chiar şi în cazul legilor şi politicilor care nu implică chestiuni legate de dizabilitate, mecanismele de consultare trebuie să tindă şi spre captarea şi reflectarea viziunilor oamenilor cu handicap. Fără consultare şi implicare eficientă, persoanele cu dizabilităţi vor simţi inevitabil povara unor legi şi proceduri care nu iau în consideraţie experienţele lor personale şi care reproduc abordarea paternalistă ce a contribuit la perpetuarea dezavantajului istoric. Pentru mulţi dintre cei care elaborează legi şi politici, procedura consultării şi incluziunii ridică anumite probleme legate de comunicare şi sensibilitate (nemaivorbind de finanţare). Însă dacă în procesul de elaborare a legislaţiei şi politicilor nu se vor incorpora proceduri serioase de consultare şi implicare, fie prin participare directă a persoanelor cu dizabilităţi, fie indirect, prin organizaţii reprezentative, o egalitate efectivă nu va fi atinsă nicicând.

2.2 Adaptările rezonabile

Cu scopul de a promova egalitatea şi a elimina discriminarea, Articolul 5(3) al CDPD obligă statele părţi să întreprindă toate măsurile necesare întru a asigura adaptări rezonabile pentru persoanele cu dizabilităţi. De asemenea, CDPD obligă în mod special statele părţi să asigure adaptări rezonabile în privinţa dreptului la libertate şi la siguranţă a persoanei[29], dreptului la educaţie[30], dreptului la muncă şi la angajare în câmpul muncii.[31] Adaptarea rezonabilă este definită în Articolul 2 al CDPD în felul următor:

„'*Adaptare rezonabilă*' înseamnă modificările şi ajustările necesare şi adecvate, care nu impun un efort disproporţionat sau

nejustificat într-un caz particular, pentru a permite persoanelor cu dizabilităţi să se bucure sau să îşi exercite, în condiţii de egalitate cu ceilalţi, toate drepturile şi libertăţile fundamentale ale omului."

Această definiţie se aseamănă, dar este totuşi mai consistentă şi mai cuprinzătoare decât definiţia oferită de Articolul 5 al Directivei Consiliului 2000/78/EC din 27 noiembrie 2000, care, în contextul angajării şi ocupării forţei de muncă, prevede obligaţia ca:

„[A]ngajatorul [să] ia toate măsurile corespunzătoare, în funcţie de nevoi, într-o situaţie concretă, pentru a permite unei persoane cu handicap să aibă acces la un loc de muncă, să beneficieze de el, să avanseze la locul de muncă sau să beneficieze de cursuri de formare, cu condiţia ca aceste măsuri să nu presupună o sarcină disproporţionată pentru angajator".[32]

Cu toate că mai multe ţări ale UE au deja norme ce prevăd adaptări rezonabile în domeniul angajării şi ocupării forţei de muncă, Articolul 5(3) al CDPD lansează o obligaţie mai profundă şi mai extinsă. Statele părţi trebuie să ia toate măsurile necesare privind adaptările rezonabile pentru a promova egalitatea în exercitare a tuturor drepturilor omului de către persoanele cu dizabilităţi. Pentru a se conforma dispoziţiei CDPD, statele asupra cărora deja se aplică obligaţia Directivei Consiliului vor fi îndatorate să îşi extindă prevederile legale referitoare la adaptările rezonabile pentru a acoperi şi alte domenii, în afară de angajare şi ocupare a forţei de muncă.[33]

2.3 Capacitatea juridică

Articolul 12 reprezintă unul dintre cele mai dificile, dar şi interesante şi inovative aspecte ale CDPD. Articolul 12 prevede:

„1. Statele părţi reafirmă că persoanele cu dizabilităţi au dreptul la recunoaşterea, oriunde s-ar afla, a capacităţii lor juridice.

2. Statele părţi vor recunoaşte faptul că persoanele cu dizabilităţi se bucură de asistenţă juridică în condiţii de egalitate cu ceilalţi, în toate domeniile vieţii.

3. Statele părţi vor lua toate măsurile adecvate pentru a asigura accesul persoanelor cu dizabilităţi la sprijinul de care ar putea avea nevoie în exercitarea capacităţii lor juridice.

4. Statele părţi se vor asigura că toate măsurile legate de exercitarea capacităţii juridice prevăd protecţia adecvată şi eficientă pentru prevenirea abuzurilor, conform legislaţiei internaţionale privind drepturile omului. O astfel de protecţie va garanta că măsurile referitoare la exercitarea capacităţii juridice respectă drepturile, voinţa şi preferinţele persoanei, nu prezintă conflict de interese şi nu au o influenţă necorespunzătoare, sunt proporţionale şi adaptate la situaţia persoanei, se aplică pentru cea mai scurtă perioadă posibilă şi se supun revizuirii periodice de către o autoritate competentă, independentă şi imparţială sau de către un organ juridic. Măsurile de protecţie vor fi proporţionale cu gradul în care asemenea măsuri afectează drepturile şi interesele persoanei."

Articolul 12 al CDPD are un mare potenţial de a produce schimbări pozitive. Faptul că multe state continuă să restricţioneze capacitatea juridică a persoanelor cu dizabilităţi intelectuale sau să le-o refuze prin instanţa de judecată este o problemă mare.[34] Aceasta a dus la restricţionarea drepturilor fundamentale fără vreo justificare sau revizuire ulterioară. Aşa cum a arătat Agenţia Uniunii Europene pentru Drepturile Fundamentale, majoritatea ţărilor-membre ale UE leagă dreptul la participare politică de capacitatea juridică a individului.[35] Având în vedere

impactul pe care restricţionarea capacităţii juridice îl poate avea asupra capacităţii unei persoane de a-şi exercita drepturile, apar două întrebări cruciale în legătură cu sfera de aplicare a Articolului 12:

(1) Cere oare Articolul 12 statelor părţi să acorde capacitate juridică de exerciţiu tuturor persoanelor cu dizabilităţi, chiar dacă se consideră că acestea nu pot avea capacitate juridică?

(2) Dacă e aşa, ar putea acest lucru spori riscul ca unele persoane cu dizabilităţi să devină victime ale altor persoane care ar dori să profite de incapacitatea lor?

Paragrafele 3 şi 4 ale Articolului 12 oferă câteva răspunsuri la aceste întrebări. Articolul 12(3) prevede că statele vor lua toate măsurile adecvate pentru a sprijini persoanele cu dizabilităţi în exercitarea capacităţii lor juridice; astfel se spune clar că Articolul 12 se aplică tuturor persoanelor cu dizabilităţi, indiferent de forma handicapului.[36] În cazul deficienţelor mentale şi intelectuale severe, măsurile adecvate pot presupune alegerea unui reprezentant personal pentru a sprijini persoanele respective în luarea deciziilor şi exercitarea capacităţii lor juridice. De asemenea, Articolul 12(4) prevede că în astfel de cazuri trebuie să existe garanţii pentru a preveni abuzurile care pot avea loc în procesul de exercitare a capacităţii legale. Prin urmare, Articolul 12 cere statelor părţi să adopte o abordare pozitivă în privinţa capacităţii juridice, tinzând către incluziune prin sprijin în loc de o excludere automată. La acest subiect, Gerard Quinn a comentat:

„[I]ncapacitatea este un proces foarte individualizat, de aceea nu poate fi descrisă în termeni de alb şi negru. Primul lucru pe care o autoritate politică ar trebui să îl facă este să asigure suportul necesar pentru a abilita indivizii să ia decizii proprii, nu să-i priveze de această şansă şi să opteze pentru calea cea mai uşoară: de a permite altor persoane să decidă în locul lor."[37]

Astfel, Articolul 12 contrazice concepţia conform căreia persoanele considerate incapabile nu trebuie să posede dreptul de a lua decizii cu impact asupra vieţilor lor. Acesta, potrivit lui Gabor Gambos:

„[S]e opune unei paradigme vechi de două mii de ani, adânc înrădăcinate şi bazate pe prejudecăţi, potrivit căreia există persoane al căror handicap cognitiv şi decizional este într-atât de serios încât ele nu îşi pot exercita dreptul la autonomie, sau dreptul de a lua propriile decizii, şi, prin urmare, acest drept ar trebui delegat altei persoane care să ia decizii în locul lor".[38]

Dreptul la recunoaştere egală în faţa legii a persoanelor, oriunde s-ar afla, stipulat de Articolul 12(1), se opune moştenirii istorice a steriotipizării, prejudecăţilor şi stigmatizării omniprezente, care este responsabilă pentru discriminarea persoanelor cu dizabilităţi. Mai mult, în combinaţie cu alte prevederi ale CDPD, ca de exemplu Articolul 29,[39] Articolul 12 are potenţialul de a juca un rol instructiv în orientarea reformelor legislative şi a procesului de elaborare a politicilor. Articolul 12 oferă un set concret de norme pentru remodelarea relaţiei dintre persoanele cu dizabilităţi şi societate, trimiţând un semnal clar: aceste persoane „se bucură de capacitate juridică, în condiţii egele cu alţii, în toate domeniile vieţii".

2.4 Violenţa şi abuzurile

Violenţa faţă de persoanele cu dizabilităţi este un subiect care rămâne deseori în umbră în procesul de elaborare a măsurilor legislative şi normative ce au drept scop promova-

rea unei egalităţi depline şi efective. Articolul 16 al CDPD cere statelor:

"să ia toate măsurile legislative, administrative, sociale, educaţionale şi alte măsuri adecvate pentru a proteja persoanele cu dizabilităţi, atât în familie, cât şi în afara acesteia, împotriva tuturor formelor de exploatare, violenţă şi abuz, inclusiv împotriva celor pe criterii de sex;[40] (…) să ia toate măsurile adecvate pentru a preveni orice formă de exploatare, violenţă şi abuz prin asigurarea, printre altele, a unor forme corespunzătoare de asistenţă şi sprijin pentru persoanele cu dizabilităţi, familiile şi îngrijitorii lor, sensibile la sex şi vârstă;[41] (…) să implementeze legi şi politici eficiente (...) pentru a asigura identificarea, investigarea şi (...) judecarea cazurilor de exploatare, violenţă şi abuz împotriva persoanelor cu dizabilităţi[42]."

Necesitatea unor prevederi legale mai solide, inclusiv a unei reacţii mai drastice din partea justiţiei şi a unor pedepse mai aspre pentru infracţiuni din ură comise dintr-un şir de motive, inclusiv dizabilitate, a fost identificată de comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei.[43] Fără prevederi efective care ar obliga guvernele să prevină, să urmărească penal şi să acorde prioritate cazurilor de violenţă şi abuz faţă de persoanele cu dizabilităţi, eforturile de a documenta şi a raporta crimele din ură pot eşua. În mai multe ţări europene nu există legi pentru crime grave motivate de dizabilitatea victimei şi, se pare, că relativ puţine ţări ţin o evidenţă a infracţiunilor de acest gen. În ţările unde asemenea legi există, de exemplu în Regatul Unit, atât nivelul de raportare a crimelor de acest gen, cât şi rata de urmărire penală a cazurilor înregistrate este joasă.[44] Articolul 16 al CDPD consolidează acest aspect al legislaţiei referitoare la dizabilitate şi egalitate prin impunerea unor obligaţii ferme statelor părţi de a adopta măsuri legislative şi normative pentru a asigura siguranţa persoanelor cu dizabilităţi. Adoptarea măsurilor este indubitabil un prim pas important, însă mai e nevoie şi de campanii de sensibilizare bine orientate pentru ca victimele să îşi cunoască drepturile, să înţeleagă procedurile de reclamare a cazurilor de abuz şi violenţă şi să nu le fie frică să le reclameze. În afară de aceasta, instruirile şi acţiunile de sensibilizare în rândul judecătorilor şi reprezentanţilor organelor de drept ar fi benefice, ajutându-i pe reclamanţii cu dizabilităţi să obţină şanse egale în cadrul sistemului de justiţie penală. O parte din vina pentru nivelul scăzut de reclamare a atacurilor violente faţă de persoanele cu dizabilităţi o poartă şi organele de drept, care nu ştiu cu exactitate cum să se comporte cu victimele care au dizabilităţi şi care nu pot povesti ce li s-a întâmplat aşa cum ar face-o persoanele fără dizabilităţi. Astfel, atunci când se implementează măsuri pentru protecţia persoanele cu dizabilităţi de violenţă şi abuz, este foarte important să se implementeze şi acţiuni de instruire şi sensibilizare printre reprezentanţii organelor de drept, pentru ca persoanele cu dizabilităţi să poată face reclamaţii într-un mediu confortabil şi înţelegător, care le-ar permite să îşi relateze experienţele într-un mod eficient.

Ar fi bine ca în procesul de elaborare a legilor şi politicilor pentru rezolvarea unor chestiuni problematice, spre exemplu cea a consultării sau violenţei/crimelor din ură, să se urmeze experienţa de succes a implementării mecanismelor şi garanţiilor legale care interzic discriminarea pe temei de rasă sau gen. Comunicarea cu unele categorii de persoane cu dizabilităţi rămâne a fi o mare problemă în anumite domenii. De aceea este important să se creeze proceduri care să asigure platforme efective de comunicare pentru persoanele cu dizabilităţi. Alte chestiuni, ca, de exemplu, capacitatea juridică şi adaptările rezonabile, fie sunt unice pentru problema dizabilităţii, fie

sunt considerate în mod tradiţional strâns legate de aceasta. Astfel, ele reprezintă dificultăţi practice şi conceptuale mai mari pentru autorităţile ce elaborează legi şi politici. Cu toate acestea, CDPD oferă standarde clare şi instructive care obligă statele părţi să adopte măsuri pentru îmbunătăţirea situaţiei persoanelor cu dizabilităţi privind egalitatea.

3. Impactul potenţial al CDPD asupra legislaţiei şi politicilor europene

3.1 Uniunea Europeană

Legislaţia antidiscriminare referitoare la dizabilitate a fost introdusă în Uniunea Europeană prin Directiva Consiliului 2000/78/EC din 27 noiembrie 2000, care stabileşte un cadru general pentru promovarea unui tratament egal în domeniul ocupării forţei de muncă şi condiţiilor de muncă.[45] Această Directivă a interzis discriminarea directă şi indirectă, hărţuirea şi indicaţiile discriminatorii faţă de persoanele cu dizabilităţi în domeniul angajării şi ocupării forţei de muncă. În jurisprudenţa sa de mai devreme, Curtea de Justiţie a Comunităţilor Europene (CJCE) a fost înclinată să utilizeze o definiţie medicală a dizabilităţii. Potrivit CJCE, dizabilitatea:

„[T]rebuie înţeleasă ca referindu-se la o limitare ce rezultă, în principal, din anumite deficienţe fizice, mentale sau psihologice şi care împiedică participarea persoanei în cauză la viaţa profesională. (…) Cu toate acestea, utilizând conceptul de dizabilitate în Articolul 1 al Directivei, legiuitorul a ales în mod deliberat un alt termen decât cel de boală. Prin urmare, aceste două concepte nu pot fi considerate ca fiind identice."[46]

În jurisprudenţa ulterioară, interpretarea protecţiei împotriva discriminării pe motiv de dizabilitate a început să cuprindă conceptul de *discriminare prin asociere*.[47] Efectul practic al acestei decizii presupune că dacă o persoană fără dizabilităţi este discriminată din cauza unei asocieri cu o persoană cu dizabilităţi – de exemplu, o mamă care are grijă de un copil cu dizabilităţi –, aceasta va beneficia de protecţie împotriva discriminării conform Articolului 2(a) al Directivei. Justificarea acestei interpretări a fost oferită de avocatul general al CJCE, Poiares Maduro, în unul din avizele sale:

„Efectul Directivei constă în faptul că un angajator nu-i va mai putea trata pe unii angajaţi într-un mod mai puţin favorabil decât pe alţii doar din considerente religioase, de vârstă, dizabilitate şi orientare sexuală. Un astfel de comportament ar însemna să supui acele persoane unui tratament injust şi să nu le respecţi demnitatea şi independenţa personală. Acest fapt rămâne neschimbat şi în cazul când angajatul care este victimă a discriminării nu are nicio dizabilitate. Temeiul care serveşte drept motiv al discriminării suferite de acesta rămâne a fi dizabilitatea. **Directiva operează la nivel de temeiuri de discriminare. Răul pe care este menită să-l îndrepte este utilizarea anumitor caracteristici drept temeiuri pentru a-i trata unii angajaţi mai puţin bine decât pe alţii; ceea ce face, de fapt, Directiva este eliminarea cu desăvârşire a religiei, vârstei, dizabilităţii şi orientării sexuale din şirul temeiurilor pe care un angajator le poate invoca în mod legitim pentru a-i trata pe unii oameni mai puţin bine** [sublinierea noastră]. Cu alte cuvinte, Directiva nu permite ca ostilitatea angajatorului faţă de persoanele ce aparţin categoriilor enumerate să devină temei pentru orice fel de tratament mai puţin favorabil în contextul angajării şi ocupării forţei de muncă."[48]

După ce interpretările de mai devreme privind dizabilitatea au fost criticate pentru abordarea excesiv de medicală, jurispruden-

ța recentă a CJCE a abordat conceptele-cheie și îngrijorările referitoare la persoanele cu dizabilități într-un mod progresist și binevenit.

Dar ce impact l-ar putea avea ratificarea CDPD de către UE asupra jurisprudenței CJCE? În cauza *Mangold vs Helm*, CJCE spune:

„[P]rincipiul de bază al interzicerii acestor forme de discriminare [pe motiv de religie sau convingere, dizabilitate, vârstă sau orientare sexuală] își are originea, așa cum reiese din considerentele I și IV ale Directivei respective, în diferite instrumente internaționale și tradiții constituționale comune ale statelor membre".[49]

Potrivit considerentului 4 al preambulului Directivei, dreptul tuturor persoanelor la egalitate în fața legii și la protecție împotriva discriminării:

„[C]onstituie un drept universal recunoscut prin Declarația Universală a Drepturilor Omului, prin Convenția Națiunilor Unite privind eliminarea tuturor formelor de discriminare față de femei, prin Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială, Pactul Națiunilor Unite privind drepturile civile și politice și drepturile economice, sociale și culturale, precum și prin Convenția europeană pentru apărarea drepturilor omului și libertăților fundamentale, semnate de toate statele membre".

Implicația ratificării CDPD constă în faptul că documentul trebuie citit de instituțiile UE, inclusiv de CJCE prin prisma considerentului 4 al Directivei. Prin urmare, CDPD va deveni parte a fundamentului dreptului universal la egalitate în fața legii și la protecție împotriva discriminării. În acest sens, CJCE trebuie să tindă spre ralierea deciziilor sale la CDPD. În plus, odată cu intrarea în vigoare a Cartei drepturilor fundamentale a Uniunii Europene, CJCE poate fi ajutată de prevederile CDPD în interpretarea Articolelor 21[50] și 26[51] ale Cartei.

În ceea ce privește politicile Uniunii Europene, CDPD a avut o influență majoră asupra conținutului Strategiei europene în domeniul dizabilității pentru anii 2010-2020.[52] Comisia Europeană a justificat oportunitatea strategiei prin necesitatea implementării efective a CDPD în Europa și armonizării politicilor UE în domeniul dizabilității. Strategia include opt domenii de acțiune unde a fost identificată necesitatea armonizării politicilor la nivel comunitar.[53] Cu îndrumarea CDPD, Uniunea Europeană s-a angajat să susțină și să contribuie la inițiativele naționale de implementare a cerințelor CDPD prin acțiuni de strategie, inclusiv:

- Susținerea și suplimentarea politicilor și programelor naționale ce au drept scop promovarea egalității, de exemplu, prin promovarea ralierii legilor statelor membre privind capacitatea juridică la cerințele CDPD; și

- Depunerea de eforturi acolo unde este cazul, într-un cadru lărgit al acțiunilor de nediscriminare, pentru a evidenția dizabilitatea ca pe un subiect important ce ține de drepturile omului în contextul politicii externe a UE; desfășurarea acțiunilor de sensibilizare și informare privind CDPD și nevoile persoanelor cu dizabilități, inclusiv în materie de accesibilitate, în domeniul ajutorului de urgență și ajutorului material; consolidarea rețelei de corespondenți în materie de handicap; creșterea gradului de sensibilizare privind problemele legate de dizabilitate în cadrul delegațiilor UE; asigurarea promovării drepturilor persoanelor cu dizabilități în țările candidate și potențial candidate.

Pentru a se conforma întrutotul cerinţelor CDPD, UE va trebui să mai adopte şi alte măsuri legislative în sprijinul Directivei Consiliului 2000/78/EC. Astfel, se prea poate că CDPD va oferi impulsul necesar pentru apariţia unei noi directive anti-discriminare, care ar ridica nivelul de protecţie împotriva discriminării pe motiv de handicap (precum şi vârstă, religie, gen şi orientare sexuală) la standardele de care beneficiază temeiul discriminării rasiale. Luând în consideraţie angajamentul asumat în Articolul 6(1) al CDPD privind combaterea discriminării multiple, adoptarea unei directive anti-discriminare noi reprezintă un punct de pornire necesar.

3.2 Consiliul Europei

Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CtEDO) a stabilit un exemplu pe care CJCE ar trebui să-l urmeze în privinţa CDPD. Beneficiind de standardele conţinute de CDPD, CtEDO a plasat, în ultimii doi ani, la Strasbourg, subiectul discriminării şi intoleranţei faţă de persoanele cu dizabilităţi în centrul atenţiei . În cauza *Glor vs Elveţia*,[54] reclamantul, Sven Glor – cetăţean al Elveţiei, a fost declarat inapt din punct de vedere medical pentru armată din cauza diabetului de care suferea. Potrivit autorităţilor elveţiene, starea sa de sănătate reprezenta o problemă, având în vedere anumite restricţii legate de serviciul militar, inclusiv accesul limitat la îngrijire medicală şi medicamente, efortul fizic semnificativ şi presiunea psihologică la care sunt supuşi militarii. Cu toate acestea, autorităţile au decis că diabetul d-lui Glor nu este destul de grav pentru a-l elibera de îndatorirea de a achita o taxă, deloc neglijabilă, plătită în Elveţia de cei scutiţi de serviciul militar. Astfel, dl Glor a afirmat că a fost supus discriminării din cauza handicapului său, cu încălcarea Articolelor 14 şi 8 ale Convenţiei Europene a Drepturilor Omului (CEDO), pentru că i s-a interzis să îşi îndeplinească serviciul militar şi pentru că a fost obligat să plătească respectiva taxă, întrucât handicapul său nu a fost considerat îndeajuns de grav pentru a beneficia de scutire.

Deşi Articolul 14 al CEDO conţine şi o clauză potrivit căreia oricare alt temei neinclus expres poate fi considerat parte a dreptului la nediscriminare, înainte de cauza *Glor vs Elveţia*, CtEDO nu mai constatase niciodată încălcarea dreptului la nediscriminare pe motiv de dizabilitate. Este, de asemenea, important faptul că CtEDO a decis că diabetul constituie o dizabilitate. În hotărârea sa, CtEDO a condamnat discriminarea pe temei de dizabilitate comisă de autorităţile elveţiene, care nu au asigurat adaptări rezonabile pentru dl Glor şi nu au identificat vreo soluţie care să corespundă circumstanţelor sale individuale. Hotărârea este lăudabilă şi datorită faptului că remarcă prezenţa în cadrul CDPD a unui consens european şi universal privind necesitatea de a proteja persoanele cu dizabilităţi de tratamente discriminatorii. Această remarcă a fost făcută în pofida faptului că Elveţia nu semnase CDPD.

CtEDO s-a bazat pe cazul Glor atunci când a emis o hotărâre în cauza *Alajos Kiss* vs Ungaria[55], în anul 2010. Reclamantul în acest caz suferea de tulburare bipolară şi din această cauză a fost pus sub tutelă parţială. Constituţia ungară interzice categoric persoanelor care se află sub tutelă să voteze. Astfel, reclamantul nu a putut să participe la vot în alegerile parlamentare din 2006. CtEDO a decis unanim că o astfel de interdicţie categorică încalcă dreptul la alegeri libere, consfinţit în Articolul 3 al Protocolului 1 al CEDO. În hotărârea sa, Curtea a menţionat:

„Curtea consideră că tratarea persoanelor cu dizabilităţi intelectuale sau mentale ca pe o categorie comună reprezintă o clasificare îndoielnică, iar **restrângerea drepturi-**

lor lor trebuie să se supună unui control strict [sublinierea noastră]. Această abordare este reflectată şi în alte instrumente ale dreptului internaţional (…). Astfel, Curtea conchide că o suprimare arbitrară a drepturilor legate de vot, fără o evaluare judiciară individualizată şi bazată doar pe existenţa unui handicap ce necesită impunerea unei tutele parţiale, nu poate fi considerată ca fiind compatibilă cu temeiurile legitime de restricţionare a dreptului de a vota."[56]

Prin constatarea faptului că restricţionarea drepturilor persoanelor cu dizabilităţi intelectuale sau mentale trebuie să se supună unui control strict, CtEDO a sugerat nevoia atingerii unui prag foarte înalt pentru ca această restricţionare să devină justificată. Deciziile anterioare ale CEDO au folosit acest nivel de control în circumstanţe limitate în legătură cu distincţiile făcute pe motive de rasă sau gen.[57] Iar CDPD a stat la baza constatării CtEDO privind nevoia de a utiliza acelaşi nivel de control atunci când se evaluează distincţiile făcute pe motiv de dizabilitate.[58]

Puterea jurisprudenţei CtEDO privind discriminarea şi intoleranţa faţă de persoanele cu dizabilităţi cu siguranţă va fi testată în viitorul apropiat. Spre exemplu, interpretarea CEDO în concordanţă cu standardele CDPD poate fi testată în cazul *Kiyutin vs Rusia*,[59] care se află acum pe rol. În acest caz, reclamantul este un cetăţean al Uzbekistanului care locuieşte în regiunea Oriol din Rusia. El este căsătorit cu o cetăţeană a Rusiei, cu care are un copil mic. Cu toate acestea, cererea dlui Kiyutin pentru obţinerea unui permis de şedere a fost respinsă de autorităţile ruse pe motiv că acesta are HIV. Conform Legii Federaţiei Ruse privind statutul juridic al cetăţenilor străini, străinii care doresc să rămână în ţară pentru o perioadă îndelungată trebuie să demonstreze că sunt HIV-negativi. În cererea sa către CtEDO, dl Kiyutin a afirmat că respingerea cererii sale de obţinere a unui permis de reşedinţă îi încalcă dreptul la respectarea vieţii private şi de familie, precum şi dreptul la nediscriminare (Articolele 8 şi 14 ale CEDO). ONG-urile care au intervenit pe marginea acestei cauze au afirmat că dreptul la egalitate şi nediscriminare, consfinţit în Articolul 5 al CDPD, protejează persoanele cu HIV/SIDA.[60] Dacă CtEDO va fi de acord cu poziţia petentului, aceasta va reprezenta nu doar un caz ponderos de aplicare a CDPD în interpretarea CEDO, dar va mai deschide şi o nouă dimensiune care va permite persoanelor cu HIV/SIDA să beneficieze de protecţie în baza dreptului la nediscriminare pe motiv de dizabilitate.

Nu este surprinzător faptul că procesul de fortificare a jurisprudenţei CtEDO în problemele legate de dizabilitate a început odată cu intrarea în vigoare a CDPD. O mare parte din ţările care s-au obligat să respecte CEDO sunt state părţi şi la CDPD şi, după câte se pare, există un consens general între aceste state în privinţa necesităţii de a promova, a proteja şi a realiza drepturile legate de handicap ,. Evident, uneori CtEDO trebuie să joace rolul unui creator de consens în procesul de elaborare a deciziilor sale.[61] Sperăm că, odată ce există deja un consens privind CDPD, CtEDO va avea mai multă pondere atunci când va chema la ordine statele care admit discriminare faţă de persoanele cu dizabilităţi şi le încalcă drepturile fundamentale.

În scurta sa existenţă, CDPD a reuşit să adauge o nouă dimensiune extrem de importantă în lupta împotriva discriminării pe motiv de dizabilitate în Europa. Convenţia a fortificat concepte juridice semnificative, precum *adaptarea rezonabilă*, a oferit îndrumare în jurisprudenţă CtEDO şi a încurajat ţările europene să elaboreze noi garanţii şi măsuri pentru a întări drepturile legate de dizabilitate şi a promova o egalitate efectivă pentru

persoanele cu dizabilităţi. Rămâne să mai vedem dacă CJCE va urma exemplul CtEDO şi va ţine cont de CDPD în procesul de luare a deciziilor în probleme legate de dizabilitate. Cu toate acestea, în lumina unei protecţii sporite împotriva discriminării şi a promovării egalităţii pentru persoanele cu dizabilităţi, cerute de Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene, este de aşteptat că CDPD va deveni un îndreptar firesc.

Concluzii

CDPD a fost calificat drept „o schimbare de paradigmă" în legătură cu modul în care drepturile omului trebuie înţelese în secolul al XXI-lea.[62] Acest fapt va avea consecinţe pentru orice document de drept internaţional şi, cu atât mai mult, pentru legile menite să protejeze drepturile persoanelor care au fost atât de mult timp neglijate în societate. În scurta perioadă de la intrarea sa în vigoare, impactul CDPD este foarte promiţător.

În Europa, necesitatea unei protecţii solide în contextul drepturilor omului pentru persoanele cu dizabilităţi a fost acceptată aproape unanim. CDPD a început deja să modeleze politicile Uniunii Europene şi jurisprudenţa CtEDO, dovedindu-se a fi un instrument-cheie în multe domenii pentru promovarea reformelor legislative şi obligarea statelor să revizuiască modul în care sunt percepute şi tratate persoanele cu dizabilităţi. În multe aspecte, documentul pune sub semnul întrebării substratul paternalist al politicilor de ajutor social pentru persoanele cu dizabilităţi din numeroase ţări europene. Cu toate acestea, în Europa discursul paternalist rămâne să stea la baza legilor, politicilor şi practicilor în domeniul dizabilităţii. Astfel, aceste evoluţii strategice urmează doar să promoveze egalitatea efectivă pentru persoanele cu dizabilităţi în multe domenii importante, precum educaţia, sănătatea, justiţia penală şi participarea politică, după ce entuziasmul şi bunăvoinţa iniţială insuflată de CDPD se va mai diminua datorită dificultăţilor în procesul de transformare a ideilor în soluţii practice pentru problemele cu care se confruntă persoanele cu dizabilităţi.

Nu încape niciun pic de îndoială, apariţia unei convenţii universale în domeniul dizabilităţii a fost necesară din cauza lacunelor mari care au existat la nivel naţional, regional şi internaţional în ceea ce priveşte protecţia împotriva discriminării. Am adus argumente în acest articol că CDPD a început să influenţeze mecanismele şi instituţiile Uniunii Europene şi cele ale Consiliului Europei. Însă aceste mecanisme ar trebui să aibă un impact şi asupra procesului de elaborare a legilor şi politicilor la nivel local. La acest nivel este clar că discriminarea şi intoleranţa faţă de persoanele cu dizabilităţi rămân a fi foarte răspândite în toată Europa. Îndeplinirea misiunii CDPD depinde acum de modul în care autorităţile naţionale vor aborda în procesul de implementare chestiuni complexe precum capacitatea juridică. În orice caz, energia şi viziunea insuflate de CDPD în lupta pentru egalitate pentru persoanele cu dizabilităţi nu trebuie subestimate.

---

[1] Jarlath Clifford activează în calitate de consultant în cadrul *Equal Rights Trust*. Acest articol se bazează pe o prezentare făcută la conferinţa cu tema *Probleme legale privind interzicerea şi prevenirea xenofobiei şi altor forme de intoleranţă*, desfăşurată la Universitatea din Vilnius, Lituania, la 19 noiembrie 2010. Autorul este recunoscător lui Amal de Chickera pentru comentariile sale valoroase pe marginea proiectului prezentului articol.

[2] Comisia Europeană, *UE a ratificat Convenţia ONU cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilităţi*, Comunicat de presă, Bruxelles, 5 ianuarie 2010, disponibil la: http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/4&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en

[3] Comisia Europeană, *Strategia europeană pentru persoanele cu dizabilităţi pentru anii 2010-2020: reînnoirea angajamentului pentru o Europă fără bariere*, SEC(2010) 1324 final, Bruxelles, 15 noiembrie 2010, disponibil la: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SEC:2010:1324:FIN:EN:PDF

[4] În mod similar, în cadrul Consiliului Europei, 26 de state membre au ratificat CDPD, 19 au semnat acest document şi doar 2 nu l-au semnat şi nu l-au ratificat.

[5] A se vedea mai sus, nota 3.

[6] Comisar pentru drepturile omului al Consiliului Europei, Drepturile Omului şi Dizabilităţile: Drepturi egale pentru toţi, CommDH/IssuePaper (2008)2, Strasbourg, 20 octombrie 2008, disponibil la: https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1355349&Site=CM

[7] De exemplu, schizofrenia sau tulburarea bipolară.

[8] De exemplu, limitările de învăţare la persoanele cu sindromul Down.

[9] În Marea Britanie, infecţia HIV constituie o dizabilitate, potrivit Anexei 1, Părţii 1, Para 6 a Legii privind egalitatea din 2010. De asemenea, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a stabilit că discriminarea faţă de o persoană cu diabet constituie o discriminare pe motiv de dizabilitate, în cauza *Glor vs Elveţia*, Cererea nr. 13444/04, 30 aprilie 2009.

[10] Scotch, R. K., *Modele de dizabilitate şi americanii*, *Berkeley Journal of Employment and Labor Law*, Vol. 21(1), 2000, p. 215.

[11] Rămân încă multe semne de întrebare în privinţa caracterului şi sferei de aplicare a obligaţiilor statului de a proteja drepturile persoanelor cu dizabilităţi. De exemplu, la 11 decembrie 2007, Biroul Înaltului Comisar pentru Drepturile Omului, în colaborare cu raportorul special pentru tortură şi Comitetul contra torturii, au organizat un seminar la tema *O lume fără tortură şi alte tratamente şi pedepse crude, inumane şi degradante*, unde s-a încercat să se clarifice problema relelor tratamente discriminatorii faţă de persoanele cu dizabilităţi. Raportul final al seminarului poate fi găsit la: http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/torture.htm

[12] Colin Barnes, de exemplu, afirmă că discriminarea instituţională se ascunde în paternalismul excesiv al sistemelor contemporane de asistenţă socială, care ignoră sistematic sau nu satisfac îndeajuns nevoile persoanelor cu dizabilităţi. A se vedea: Barnes, C., *Discriminarea instituţională faţă de persoanele cu dizabilităţi*, Consiliul Britanic al Organizaţiilor Persoanelor cu Dizabilităţi, Londra, 1991.

[13] Organizaţia Internaţională a Muncii, *Discriminarea la locul de muncă în Europa. Date statistice*, disponibil la: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_decl_fs_90_en.pdf

[14] Agenţia Uniunii Europene pentru Drepturile Fundamentale, *Dreptul la participare politică a persoanelor cu probleme de sănătate mentală sau deficienţe intelectuale,* octombrie 2010, disponibil la: http://www.fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/Report-vote-disability_EN.pdf

[15] Comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei, *Persoanele cu dizabilităţi mentale trebuie să fie asistate şi nu lipsite de drepturile lor individuale*, *Viewpoints*, 21 septembrie 2009, disponibil la: http://www.coe.int/t/commissioner/Viewpoints/090921_en.asp; *idem*, *O criză de neglijare a drepturilor omului: persoanele cu dizabilităţi intelectuale mai rămân a fi stigmatizate şi excluse*, *Viewpoints*, 14 septembrie 2009, disponibil la: http://www.coe.int/t/commissioner/Viewpoints/090914_en.asp; *idem*, *Respect şi acţiune bazată pe drepturi în loc de milă pentru persoanele cu dizabilităţi*, *Viewpoints*, 20 octombrie 2010, disponibil la: http://www.coe.int/t/commissioner/Viewpoints/081020_en.asp

[16] Comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei, *O criză de neglijare a drepturilor omului: persoanele cu dizabilităţi intelectuale mai rămân a fi stigmatizate şi excluse.* A se vedea nota 15.

[17] De exemplu, Belgia, Cehia, Germania, Irlanda, Polonia şi Portugalia refuză persoanelor cu probleme de sănătate mentală şi persoanelor cu dizabilităţi dreptul la participare politică. A se vedea nota 14.

[18] Comitetul European al Drepturilor Sociale, *Asociaţia internaţională de autism din Europa vs Franţa*, Plângerea nr. 13/2002, 4 noiembrie 2003.

[19] Comitetul European al Drepturilor Sociale, *Centrul de Advocacy pentru Dizabilităţi Mentale (MDAC) vs Bulgaria*, Plângerea nr. 41/2007, 3 iunie 2008. Pe această cauză, Comitetul European al Drepturilor Sociale a opinat că eşecul de a întreprinde măsuri adecvate pentru a lua în calcul diferenţele existente poate duce la discriminare. Astfel, Comitetul a constat încălcarea Articolului 17 (2) al Cartei sociale europene revizuite, precum şi a Articolului E, manifestate prin discriminare faţă de copiii cu dizabilităţi intelectuale moderate, severe sau acute plasaţi în instituţii speciale.

[20] Shakespeare, T., *Efectul crud al crimelor din ură pe motiv de dizabilitate*, rubrica *Comment is Free*, ziarul *Guardian* (ediție online), 12 martie 2010, disponibil la: http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2010/mar/12/disability-hate-crime-david-askew

[21] Cele 9 țări sunt Belgia, Cipru, Finlanda, Franța, Georgia, Germania, Moldova, Olanda și Regatul Unit. A se vedea, Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa, *Crimele motivate de ură în regiunea OSCE – cazuri și reacții. Raport anual pentru 2009*, Oficiul pentru Instituții Democratice și Drepturile Omului, octombrie 2010, disponibil la: http://www.osce.org/odihr/documents/73636

[22] CDPD, Articolul 1.

[23] ONU, *Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități: Ghid pentru advocacy,* 1 iulie 2008, disponibil la: http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/CRPD_Advocacy_Tool.pdf

[24] Lista statelor care au semnat și ratificat CDPD este disponibilă la: http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=en

[25] De Burca afirmă că în procesul de redactare a CDPD, atât în ceea ce privește prevederile de fond, cât și cele de procedură, ONG-urile și alți actori nestatali au jucat un rol central, în special în procesul de negociere. A se vedea: De Burca, G., *Uniunea Europeană în procesul de negociere a Convenției ONU privind dizabilitățile*, *Fordham Law Legal Studies Research Paper nr*. 1525611, disponibil la: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1525611. La fel, a se vedea: Stein, M., *Jacobus tenBroek, justiția participativă și Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități*, *Texas Journal on Civil Liberties & Civil Rights*, 2008, vol. 13, p.167 (William & Mary Law School Research Paper No. 9-36).

[26] A se vedea, de exemplu, CDPD, Articolul 14 (Libertatea și siguranța persoanei).

[27] A se vedea, de exemplu, CDPD, Articolul 24 (Educația). O problemă comună în realizarea drepturilor persoanelor cu dizabilități, civile, politice, sociale sau economice, constă în faptul că acest proces de multe ori obligă statele să întreprindă măsuri care necesită cheltuieli publice însemnate. De sublinit aici că drepturile sociale și economice ale persoanelor cu dizabilități sunt indivizibile de alte drepturi ale omului și sunt necesare pentru eradicarea dezavantajului istoric în privința acestor persoane. Prin urmare, nu trebuie să se admită ca argumentul cheltuielilor publice să reprezinte o justificare pentru eșecul de a promova, proteja și realiza aceste drepturi.

[28] A se vedea: CDPD, Articolul 33 (Implementarea și monitorizarea națională), în special Articolul 33(3), unde se spune că societatea civilă, în special persoanele cu dizabilități și organizațiile care le reprezintă, vor fi implicate și vor participa pe deplin la procesul de monitorizare.

[29] CDPD, Articolul 14(2).

[30] CDPD, Articolul 24(2)(c) și Articolul 24(5).

[31] CDPD, Articolul 27(i).

[32] Directiva Consiliului 2000/78/EC, din 27 noiembrie 2000, privind crearea unui cadru general pentru promovarea unui tratament egal în domeniul ocupării forței de muncă și privind condițiile de muncă.

[33] De exemplu, în Legea Marii Britanii cu privire la egalitate (2010) există obligația de a face ajustări (adaptări) rezonabile pentru persoanele cu dizabilități și în alte sfere decât angajarea în câmpul muncii, inclusiv în privința locului de trai și în domeniul educației. Însă această măsură este insuficientă pentru a asigura drepturi egale în toate sferele vieții, inclusiv civilă, politică, economică, socială și culturală.

[34] Un exemplu de refuzare și limitare a capacității juridice este Cehia, a se vedea: Inclusion Europe, *Capacitatea juridică și procedurile de tutelă în Cehia*: *rezumat*, disponibil la: http://www.inclusion-europe.org/Justice/CZ/EN_NC_CZ.pdf

[35] A se vedea mai sus, nota 14.

[36] A se vedea, *Aviz juridic pe marginea Articolul 12 al CDPD*, 21 iunie 2008, disponibil la: http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/legal%20opinion/LegalOpinion_Art12_FINAL.pdf

[37] Interviu: Promovarea unei schimbări de paradigmă: ERT discută cu Gabor Gombos și Gerard Quinn despre Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități și Protocolul opțional, *The Equal Rights Review,* vol. 2, 2008, p. 90, disponibil la: http://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/err_issue02%20reduced.pdf

[38] *Ibid.*

[39] CDPD, Articolul 29 (Participarea la viața politică și publică) cere statelor: " să se asigure că persoanele cu dizabilități pot participa efectiv și deplin la viața politică și publică, în condiții de egalitate cu ceilalți"; să asigure "proceduri, facilități și materiale de vot adecvate, accesibile și ușor de înțeles și utilizat"; să protejeze "dreptul persoanelor cu dizabilități de a vota prin vot secret la alegerile și referendumurile publice, fără intimidare, de a candida

la alegeri, de a deține efectiv un mandat ales și de a îndeplini orice funcție publică, la orice nivel guvernamental"; și " să promoveze activ un mediu în care persoanele cu dizabilități pot participa efectiv și pe deplin la administrarea afacerilor publice, fără discriminare și în condiții de egalitate cu ceilalți și să încurajeze participarea lor la afacerile publice" etc.

[40] CDPD, Articolul 16(1).

[41] CDPD, Articolul 16(2).

[42] CDPD, Articolul 16(5).

[43] Comisarul pentru drepturile omului al Consiliului Europei, *Crime din ură – fața slută a rasismului, antisemitismului, romafobiei, islamofobiei și homofobiei, Viewpoints,* 21 iulie 2008, disponibil la: http://www.coe.int/t/commissioner/Viewpoints/080721_en.asp

[44] A se vedea: Disability Now, *Dosarul crimelor motivate de ură*, disponibil la: http://www.disabilitynow.org.uk/the-hate-crime-dossier

[45] A se vedea mai sus, nota 33.

[46] *Sonia Chacón Navas vs Eurest Colectividades SA*, Cauza C-13/05, 11 iulie 2006, Para 43-44. A se vedea, de asemenea, Bell, M., *Promovarea legislației anti-discriminare în UE: propunerea Comisiei Europene pentru o nouă directivă*, *The Equal Rights Review*, vol. 3, 2009, pag. 7-18.

[47] *Coleman vs Attridge Law și Steve Law*, Cauza C-303/06, 17 iulie 2008.

[48] Avizul avocatului general Poiares Maduro, emis la 31 ianuarie 2008, pe marginea cauzei *Coleman vs Attridge Law și Steve Law*, Cauza C-303/06, Para 22.

[49] *Mangold vs Helm*, Cauza C-144/04, 22 noiembrie 2002, Para 74.

[50] Articolul 21 al Cartei drepturilor fundamentale a Uniunii Europene spune: „1. Se interzice discriminarea de orice fel, bazată pe motive precum sexul, rasa, culoarea, originea etnică sau socială, caracteristicile genetice, limba, religia sau convingerile, opiniile politice sau de orice altă natură, apartenența la o minoritate națională, averea, nașterea, un handicap, vârsta sau orientarea sexuală. 2. În domeniul de aplicare a tratatelor și fără a aduce atingere dispozițiilor speciale ale acestora, se interzice orice discriminare pe motiv de cetățenie." *Official Journal of the European Communities*, 18 decembrie 2000, C 364/13.

[51] Articolul 26 al Cartei drepturilor fundamentale a Uniunii Europene spune: „Uniunea recunoaște și respectă dreptul persoanelor cu handicap de a beneficia de măsuri care să le asigure autonomia, integrarea socială și profesională, precum și participarea la viața comunității." *Official Journal of the European Communities*, 18 decembrie 2000, C 364/13.

[52] De asemenea, în cadrul Consiliului Europei, există paralele clare între CDPD și *Recomandarea Rec(2006)5 a Comitetului de Miniștri către statele membre ale Consiliului Europei cu privire la Planul de acțiune pentru anii 2006-2015 pentru promovarea drepturilor și a deplinei participări a persoanelor cu dizabilități în societate: îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu dizabilități în Europa*, 5 aprilie 2006.

[53] Cele 8 domenii principale de acțiune sunt: accesibilitatea, participarea, egalitatea, angajarea în câmpul muncii, educația și instruirea, protecția socială, sănătatea și acțiunea externă.

[54] A se vedea mai sus, nota 9.

[55] *Alajos Kiss vs Ungaria*, Cererea nr. 38832/06, 20 mai 2010.

[56] *Ibid.*, Para 44.

[57] A se vedea, de exemplu, *Abdulaziz, Cabales și Balkandali vs Marea Britanie*, Cererea nr. 9214/80, 9473/81 și 9474/81, 28 mai 1985, în privința genului; și *Nachova și alții vs Bulgaria*, Cererea nr. 43577/98 și 43579/98, 6 iulie 2005, în privința rasei.

[58] A se vedea mau sus, nota 55, Para 44 și 14.

[59] *Kiyutin vs Rusia*, Cererea nr. 2700/10. A se vedea: *Argumentul terței părți oferit de Interights*, disponibil la: http://www.interights.org/documentbank/index.htm?id=588

[60] *Ibid.*

[61] A se vedea: Letsas G., *Adevărul în concepte independente: cum să interpretăm CEDO*, *European Journal of International Law*, vol. 15, 2004, pp. 279-305; a se vedea, de asemenea, Wintemute R., *Consensul este abordarea corectă pentru Curtea Europeană a Drepturilor Omului*, rubrica *Comment is Free*, ziarul *Guardian* (ediția online), 12 august 2010, disponibil la: http://www.guardian.co.uk/law/2010/aug/12/european-court-human-rights-consensus

[62] A se vedea mai sus, nota 23.

Rele Tratamente Discriminatorii faţă de Femei în Republica Moldova

Olga Manole[1]

Introducere

În prezent, una dintre cele mai serioase probleme de drepturi ale omului din Republica Moldova este răspândirea unui şir de abuzuri care pot fi calificate drept rele tratamente discriminatorii.[2] Deseori, cazurile de rele tratamente discriminatorii nu sunt recunoscute ca atare de autorităţile publice moldovene. În special, nu se recunoaşte legătura cauzală între relele tratamente implicate şi apartenenţa victimelor la anumite grupuri, fie că e vorba despre femei, persoane cu dizabilităţi, persoane LGBT, fie despre alte categorii vulnerabile. Dar chiar şi atunci când acest lucru se recunoaşte, lipsa de experienţă sau neînţelegerea legată de cazurile respective este acompaniată de necunoaşterea de către procurorii publici a legislaţiei aplicabile în asemenea cazuri şi de pregătirea necorespunzătoare a anchetatorilor, de inabilitatea acestora de a construi cel mai puternic caz posibil în susţinerea victimelor. Eşecul de a înţelege pe deplin natura acestor tipuri de cazuri constituie un impediment în încercarea de a asigura un remediu juridic adecvat pentru victime. În general, este indubitabil clar că sarcina de prevenire a relelor tratamente discriminatorii în societate devine cu atât mai dificilă, cu cât fenomenul rămâne a fi unul necunoscut sau neînţeles de autorităţile publice.

Fiind parte la majoritatea tratatelor principale de drepturi ale omului, atât ale Naţiunilor Unite, cât şi ale Consiliului Europei, R. Moldova rămâne încă în urmă în eforturile sale de a preveni în mod efectiv toate formele de rele tratamente pe teritoriul său. În rapoartele recente privind situaţia drepturilor omului din R. Moldova, instituţiile de monitorizare a respectării tratatelor ONU şi raportorii speciali au subliniat faptul că genul, rasa, dizabilitatea, religia şi percepţiile bazate pe stereotipizare reprezintă cauze ale relelor tratamente.[3] Această problemă este acutizată şi de lipsa competenţei în domeniu în cadrul societăţii civile. Foarte puţine organizaţii neguvernamentale din republică au experienţă în reprezentarea victimelor tratamentelor discriminatorii sau în desfăşurarea activităţilor de lobby la acest subiect pe lângă autorităţile publice.

Acest articol examinează fenomenul specific al relelor tratamente discriminatorii faţă de femeile din R. Moldova, cu referire la studiile efectuate şi activităţile sociale desfăşurate recent de Asociaţia Promo-LEX (Promo-LEX).[4]

1. Obligaţiile asumate în cadrul dreptului internaţional şi regional

R. Moldova a ratificat mai multe instrumente majore, internaţionale şi regionale, de drepturi ale omului. Ţara este semnatară a opt din nouă tratate de bază ONU privind drep-

turile omului,[5] o excepție fiind Convenția internațională privind protecția drepturilor tuturor lucrătorilor emigranți și a membrilor familiilor acestora. Moldova urmează să ratifice și Convenția internațională privind protecția tuturor persoanelor împotriva dispariţiilor forţate.

Cele mai relevante obligații internaționale asumate de R. Moldova în cadrul tratatelor privind relele tratamente discriminatorii față de femei se regăsesc în Pactul internațional privind drepturile civile și politice (PIDCP), Convenția împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse inumane și degradante (CAT) și Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDF). De asemenea, Moldova și-a asumat importante obligații privind relele tratamente discriminatorii în cadrul Convenției Europene a Drepturilor Omului (CEDO).

În 1993, R. Moldova a aderat la PIDCP. Potrivit Articolului 2 al PIDCP, aceasta se angajează să garanteze toate drepturile recunoscute în Pact „fără nici o deosebire, în special de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine națională sau socială, avere, naștere sau întemeiată pe orice altă împrejurare", iar potrivit Articolului 26, se obligă să „interzică orice discriminare și să garanteze tuturor persoanelor o ocrotire egală și eficace contra oricărei discriminări, în special de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine națională sau socială, avere, naștere sau întemeiată pe orice altă împrejurare". Egalitatea de gen este, de asemenea, protejată de Articolul 3, care obligă statele părți să asigure „dreptul egal al bărbaților și al femeilor de a se bucura de toate drepturile civile și politice". Articolul 7 al PIDCP exprimă angajamentul referitor la prevenirea torturii și a altor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante. În Comentariul General nr. 28, Comitetul ONU pentru Drepturile Omului oferă îndrumări cu privire la interpretarea și aplicarea Articolului 3 al PIDCP.[6] Acesta prezintă exemple de rele tratamente discriminatorii în bază de gen, care cuprind infanticidul feminin, arderea văduvelor sau uciderile și abuzurile legate de zestre,[7] violența în familie sau alte forme de violență împotriva femeilor, inclusiv violul, avortul forţat sau sterilizarea forţată, mutilarea genitală,[8] traficarea și prostituarea forţată.[9]

R. Moldova a aderat la CEDF în anul 1994. În baza Articolului 2 al CEDF, aceasta a condamnat discriminarea față de femei și a convenit să „ducă prin toate mijloacele adecvate și fără întârziere o politică de eliminare a discriminării față de femei" prin întreprinderea mai multor măsuri enumerate în articolul respectiv. Recomandarea generală nr. 19 emisă de Comitetul pentru eliminarea discriminării împotriva femeilor se referă la problema violenței față de femei.[10] Aceasta confirmă că „violența bazată pe sex constituie o formă de discriminare care inhibă grav abilitatea femeilor de a se bucura de drepturi și libertăți în condiții de egalitate cu bărbații",[11] și că implementarea plenară a CEDF vine cu cerința ca statele părți să ia măsuri pozitive pentru a elimina toate formele de violență împotriva femeilor.[12] Recomandarea Generală nr. 19 explică faptul că violența bazată pe gen „cuprinde acțiuni care produc daună sau suferință fizică, psihică sau sexuală, amenințări pentru astfel de acțiuni, constrângeri și alte privări de libertate".[13] De asemenea, documentul clarifică faptul că obligația statelor părți de a proteja persoanele de violența de gen nu se limitează la cazurile de violență comise de către/sau în numele statului. Statele părți „pot fi responsabile pentru acțiuni private, în cazul în care ele eșuează să acționeze cu suficientă

diligenţă pentru a preveni încălcările drepturilor sau pentru a investiga şi pedepsi actele de violenţă, precum şi pentru a acorda despăgubiri".[14] La fel, Recomandarea Generală nr. 19 oferă exemple de violenţă în bază de gen, inclusiv:

i) Violenţa şi abuzul în familie, căsătoria forţată, omorul pentru zestre, atacurile cu acid şi circumcizia femeilor;[15]

ii) Traficul de femei şi exploatarea femeilor în scopul prostituţiei;[16]

iii) Hărţuirea sexuală la locul de muncă;[17]

iv) Sterilizarea obligatorie şi avortarea forţată;[18] şi

v) Violenţa în familie, inclusiv bătaia, violul, alte forme de atacuri sexuale, forme de violenţă mentală şi de alt gen, care sunt perpetuate datorită atitudinilor tradiţionale.[19]

În încheierea Recomandării Generale nr. 19, Comitetul pentru Eliminarea Discriminării împotriva Femeilor face un şir de recomandări la subiect, printre care:

„(a) statele părţi trebuie să ia măsuri eficiente şi corespunzătoare pentru depăşirea tuturor formelor de violenţă bazate pe sex, prin acţiuni publice sau private;

(b) statele părţi trebuie să se asigure că legile împotriva violenţei domestice şi abuzului, violului, atacurilor sexuale şi altor forme de violenţă în bază de gen oferă tuturor femeilor protecţie adecvată şi respectarea integrităţii şi demnităţii lor. Victimelor trebuie să li se ofere servicii corespunzătoare de susţinere şi de protecţie. Instruirea privind subiectele sensibile la gen pentru funcţionarii din cadrul organelor de ordine şi celor judecătoreşti şi altor funcţionari publici este esenţială pentru implementarea eficientă a Convenţiei;

(c) statele părţi trebuie să încurajeze elaborarea materialelor statistice şi cercetările referitoare la proporţiile, cauzele şi efectele violenţei, eficienţa măsurilor pentru prevenirea şi lupta cu violenţa;

(d) să ia măsuri eficiente pentru a asigura respectarea şi promovarea respectării femeilor de mass-media;

(...)

(g) sunt necesare măsuri de prevenire şi pedeapsă pentru eliminarea traficului şi exploatării sexuale;

(h) statele părţi trebuie să descrie în rapoartele lor proporţiile tuturor acestor probleme şi măsuri, inclusiv prevederile penale, măsurile de prevenire şi reabilitare care au fost luate pentru protejarea femeilor implicate în prostituţie, supuse traficului sau altor forme de exploatare sexuală. De asemenea, trebuie să descrie eficienţa acestor măsuri;

(...)

(k) statele părţi trebuie să creeze şi să susţină servicii pentru victimele violenţei domestice, violului, atacurilor sexuale şi altor forme de violenţă bazate pe sex, inclusiv refugii, în special lucrătorii medicali calificaţi, reabilitare şi consultaţii".[20]

În anul 1995, R. Moldova a aderat la CAT şi prin aceasta şi-a asumat obligaţia să protejeze persoanele de pe teritoriul său de tratamentele care se încadrează în noţiunile de „tortură"[21] sau „tratamente crude, inumane sau degradante".[22] În contextul angajamentului de a proteja persoanele fizice pe teri-

toriul său de astfel de tratamente, Moldova şi-a asumat, de asemenea, obligaţia de a impune sancţiuni corespunzătoare faţă de persoanele responsabile pentru astfel de tratamente.[23]
În Comentariul General nr. 2, Comitetul ONU contra torturii afirmă următoarele:

„Nediscriminarea se include chiar în definiţia torturii, enunţate în Articolul 1, Paragraful 1 al Convenţiei, care interzice în mod expres acţiunile specificate atunci când acestea sunt realizate din „*orice motiv bazat pe vreo formă de discriminare...*". Comitetul subliniază că aplicarea discriminatorie a violenţei sau abuzurilor fizice sau mentale este un factor important în determinarea faptului dacă o acţiune reprezintă sau nu tortură."[24]

În afară de obligaţiile sale în cadrul tratatelor internaţionale menţionate mai sus, R. Moldova, în calitate de semnatară a CEDO,[25] în legătură cu relele tratamente discriminatorii, s-a angajat să asigure persoanelor aflate pe teritoriul său următoarele drepturi:

a) garanţia de a nu fi supus torturii, precum şi pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante;[26] şi

b) dreptul de a se bucura de toate drepturile şi libertăţile expuse în Convenţie „fără nicio deosebire bazată, în special, pe sex, rasă, culoare, limbă, religie, opinii politice sau orice alte opinii, origine naţională sau socială, apartenenţă la o minoritate naţională, avere, naştere sau orice altă situaţie".[27]

2. Situaţia actuală în R. Moldova

2.1 Legislaţia naţională

În R. Moldova lipseşte o legislaţie complexă în domeniul discriminării care să definească discriminarea directă şi indirectă, să stabilească sancţiuni şi despăgubiri corespunzătoare şi să prevadă necesitatea împărţirii sarcinii probatorii. În acelaşi timp, în privinţa discriminării faţă de femei, Parlamentul R. Moldova a aprobat, la 9 februarie 2006, Legea nr. 5-XVI cu privire la asigurarea egalităţii de şanse între femei şi bărbaţi (în continuare Legea 5-XVI).[28] Articolul 1 al Legii 5-XVI stipulează că scopul legii constă în asigurarea exercitării drepturilor egale de către femei şi bărbaţi în sfera politică, economică, socială, culturală, în alte sfere ale vieţii – drepturi garantate de Constituţia Republicii Moldova[29] – în vederea prevenirii şi eliminării tuturor formelor de discriminare după criteriul de sex. Legea 5-XVI a devenit, astfel, platforma juridică pentru dezvoltarea unui mecanism naţional de integrare a aspectelor de gen la toate nivelurile, precum şi pentru implementarea Planului Naţional de acţiuni în domeniul promovării genurilor pentru anii 2006-2009, care a fost adoptat în august 2006.[30]

Legea 5-XVI oferă definiţii ce ţin de discriminarea faţă de femei, inclusiv „abordarea complexă a egalităţii între femei şi bărbaţi";[31] „acţiunile afirmative";[32] „discriminarea după criteriul de sex";[33] „discriminarea directă după criteriul de sex";[34] „discriminarea indirectă după criteriul de sex";[35] „egalitatea de şanse";[36] „egalitatea între femei şi bărbaţi";[37] „gender";[38] „hărţuirea sexuală";[39] „sex";[40] şi „unitatea gender".[41] Articolul 5 al Legii 5-XVI interzice discriminarea după criteriul de sex. Articolul 15 pune responsabilitatea pentru asigurarea egalităţii între bărbaţi şi femei pe umerii următoarelor instituţii de stat: (i) Parlamentul; (ii) Guvernul; (iii) Comisia guvernamentală pentru egalitate între femei şi bărbaţi; (iv) Ministerul Sănătăţii (organ specializat) şi (v) unităţile gender în cadrul altor autorităţi publice centrale, precum şi în cadrul autorităţilor publice locale. Legea 5-XVI nu prevede însă niciun rol pentru in-

stanţele judecătoreşti moldovene în asigurarea egalităţii între femei şi bărbaţi.

Articolul 24 al Legii 5-XVI stipulează răspunderea pentru acţiuni de discriminare după criteriul de gen. Deşi acesta confirmă faptul că persoanele supuse formelor de discriminare au dreptul la repararea prejudiciului, iar cei care comit acţiuni de discriminare pe bază de gen poartă răspundere conform legislaţiei, în acest proces nu se atribuie niciun rol instanţelor de judecată. Astfel, este remarcabil faptul că până în prezent nu există niciun caz în care să se recunoască, de către o instanţă de judecată sau oricare altă autoritate, că o femeie a suferit vreo formă de discriminare după criteriul de gen. Prin urmare, putem afirma că Legea 5-XVI nu a dus la dezvoltarea unei practici juridice bine stabilite în domeniul discriminării pe bază de gen.

Recent, conducerea R. Moldova a luat decizia să ajusteze legislaţia naţională pentru a promova şi include mai bine principiile egalităţii de gen şi pentru a interzice orice formă de discriminare după criteriul de sex. În anul 2010, a fost creat un grup de lucru ministerial cu participarea experţilor naţionali. În prezent, se examinează un proiect de lege în vederea modificării şi completării mai multor acte legislative,[42] însă data când acesta va fi aprobat rămâne a fi incertă.

2.2 Probleme majore

2.2.1. Violenţa în familie

În anul 2007, experţi din cadrul UNICEF au constatat că fiecare a treia femeie din Moldova a fost supusă violenţei în familie cel puţin o dată în viaţă. Agresorii sunt actualii sau foştii soţi în peste 73% din cazuri, iar taţii – în 14% din cazuri. De multe ori, femeile divorţează de soţii lor agresori. Astfel, 60 la sută dintre femeile divorţate au recunoscut că au fost victime ale violenţei, faţă de 28 la sută din femeile aflate în căsătorie.[43]

Violenţa în familie în R. Moldova este un fenomen complex generat de probleme psihologice şi agravat de factori educaţionali, economici şi sociali. Victimele violenţei în familie sunt în principal femeile. Potrivit ultimului raport al Centrului Internaţional pentru Protecţia şi Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada", care se bazează pe date colectate cu ajutorul Liniei de Încredere operate de acesta, majoritatea apelurilor (792) parvenite de la victime sunt de la femeile supuse diverselor abuzuri din partea soţilor (66%), foştilor soţi (10%), concubinilor (8%), copiilor (6%), părinţilor (3%), socrilor (2%), iubiţilor (1%), fraţilor (1%), altor membri ai familiei (2%).[44]

Din numărul total al victimelor, circa 45 la sută provin din pături social vulnerabile (de exemplu, ambii soţi sunt şomeri sau şomeri sezonieri, sau nu posedă o profesie, sau nu au studii), 40% au indicat o stare materială satisfăcătoare, restul – 15% – precizând că au o stare financiară foarte bună. Astfel, aceste date arată că violenţa în familie este un fenomen răspândit în R. Moldova care se reflectă pe toate palierele spectrului economic.

Potrivit raportului „La Strada" menţionat mai sus, indiferent de statut, studii, loc de trai sau vârstă, victimele violenţei au anumite caracteristici comune. De cele mai multe ori acestea provin din familii violente; au fost martore sau victime ale violenţei în familia de origine; nu au aspiraţii şi nu îşi fac planuri de viitor; demonstrează un nivel scăzut de respect faţă de sine şi, în acelaşi timp, un nivel înalt de victimizare a propriei persoane (care se manifestă prin dependenţă emoţională de agresor şi, respectiv, incapacitate

de a efectua schimbări în viaţa personală). Concluziile analizei demonstrează faptul că în R. Moldova violenţa în familie are totuşi un pronunţat caracter gender, reflectat în prejudecăţile implantate în mentalitatea populaţiei precum că violenţa în familie nu este o problemă publică, ci, mai degrabă, una privată. Ea este deseori privită ca o parte firească a vieţii de familie, un stil normal de viaţă. Există chiar o cultură a violenţei gender, care denaturează percepţia generaţiilor viitoare despre familie – modelul abuziv este transmis din familie în familie şi din generaţie în generaţie. Expresiile răspândite în Moldova, precum „femeia nebătută e ca şi casa nemăturată", „vai de casa în care cântă găina", „să se ştie cine poartă pălărie-n casa asta" etc., reflectă norma acceptată în multe familii. Numeroase victime ale violenţei, fiind crescute în familii unde violenţa era o realitate, nu sunt conştiente de faptul că poate exista şi un alt fel de comportament, alte căi de soluţionare a conflictelor.

2.2.1.1. Legislaţia relevantă

Potrivit notei introductive la Legea nr. 45-XVI cu privire la prevenirea şi combaterea violenţei în familie (în continuare Legea 45-XVI),[45] care a intrat în vigoare la 18 septembrie 2008, „prevenirea şi combaterea violenţei în familie fac parte din politica naţională de ocrotire şi sprijinire a familiei şi reprezintă o importantă problemă de sănătate publică". Legea 45-XVI are drept scop consolidarea, ocrotirea şi sprijinirea familiei, asigurarea respectării principiilor fundamentale ale legislaţiei referitore la familie, precum şi asigurarea egalităţii de şanse între femei şi bărbaţi în realizarea dreptului lor uman la viaţă fără violenţă şi respect.

În Articolul 2 al Legii 45-XVI, violenţa în familie este definită drept: „orice acţiune sau inacţiune intenţionată, cu excepţia acţiunilor de autoapărare sau de apărare a unor alte persoane, manifestată fizic sau verbal, prin abuz fizic, sexual, psihologic, spiritual sau economic ori prin cauzare de prejudiciu material sau moral, comisă de un membru de familie contra unor alţi membri de familie, inclusiv contra copiilor, precum şi contra proprietăţii comune sau personale". Articolul 3 confirmă că protecţia împotriva violenţei în familie oferită de această lege se aplică în felul următor:

„(1) Subiecţi ai violenţei în familie sunt: agresorul şi victima cetăţeni ai Republicii Moldova, cetăţeni străini şi apatrizii care locuiesc pe teritoriul ei.

(2) Subiecţi ai violenţei în familie pot fi:

a) în condiţia conlocuirii – persoanele aflate în relaţii de căsătorie, de divorţ, de concubinaj, de tutelă şi curatelă, rudele lor pe linie dreaptă sau colaterală, soţii rudelor, alte persoane întreţinute de acestea;

b) în condiţia locuirii separate – persoanele aflate în relaţii de căsătorie, copiii lor, inclusiv cei adoptivi, cei născuţi în afara căsătoriei, cei aflaţi sub tutelă sau curatelă, alte persoane aflate la întreţinerea acestora."

Astfel, Legea 45-XVI oferă protecţie „membrilor familiei" atât în cadrul relaţiilor oficiale, cât şi în cadrul celor neoficiale.

Articolul 15 al Legii 45-XVI a introdus în premieră Ordonanţa de protecţie – instrumentul legal prin care instanţa de judecată aplică măsuri de protecţie victimei violenţei în familie. Ordonanţele de protecţie au drept scop oferirea protecţiei de urgenţă pentru victimă, cum ar fi: (i) obligarea agresorului de a părăsi temporar locuinţa comună şi/sau (ii) interzicerea de a se apropia de victimă (inclusiv printr-o ordonanţă care să spe-

cifice distanţa pe care agresorul trebuie să o păstreze). Înainte de adoptarea Legii 45-XVI, unica opţiune pentru victimă era să îşi caute un refugiu, ceea ce deseori însemna părăsirea domiciliului şi despărţirea de copii.

Cu toate acestea, de la intrare în vigoare, Legea 45-XVI a fost într-o oarecare măsură, inutilă, întrucât nu existau mecanisme de implementare a cerinţelor sale. Acest fapt se datorează în parte absenţei în Codul Penal al Republicii Moldova a prevederilor referitoare la violenţa în familie. Violenţa a fost interpretată ca o chestiune privată, iar victimele privite ca „femei cu probleme de familie". Asemenea acte de violenţă au fost de multe ori investigate în baza prevederilor penale generale referitoare la cauzarea vătămării corporale sau atacurilor, ori în baza legislaţiei contravenţionale. În funcţie de gravitatea prejudiciului cauzat, agresorul putea fi pedepsit doar cu amendă sau cu serviciu în folosul comunităţii. Însă în multe cazuri, soţii aveau să fie „reconciliaţi", iar agresorul scutit de orice pedeapsă.

Mai mult, niciuna din modificările introduse prin Articolul 15 al Legii 45-XVI, care prevăd stabilirea unui regim al ordonanţei de protecţie, nu s-au găsit integrate în normele procedurii civile. Prin urmare, judecătorul de instrucţie poate refuza eliberarea unei Ordonanţe de protecţie pentru victimă. În perioada de când a fost adoptată Legea 45-XVI, pentru prima dată în istoria R. Moldova, pentru protejarea victimelor violenţei în familie, instanţele au emis ordonanţe de protecţie. Până în prezent au fost emise circa 60 de ordonanţe de acest fel, cu precădere în zona centrală a republicii, iar acest lucru contrastează în mod evident şi remarcabil cu faptul că până la moment nu s-a înregistrat nicio hotărâre judecătorească în baza Legii 5-XVI. În acelaşi timp, ordonanţele de protecţie emise sunt rareori implementate, din motive care includ incompetenţa şi atitudinile autorităţilor responsabile de implementare.

2.2.1.2. Evoluţii recente

La 3 septembrie 2010, a intrat în vigoare o nouă Lege, nr. 167, care serveşte drept amendament la unele acte legislative (inclusiv Codul Penal, Codul Procedurii Penale şi Legea 45-XVI).[46] Propunându-şi să rezolve problema neimplementării Legii 45-XVI, Legea nr. 167 a inserat o nouă prevedere în Codul Penal – Articolul 2011 privind violenţa în familie,[47] conform căreia violenţa în familie obţine statut de infracţiune penală şi care se descrie în felul următor:

„(…) acţiune sau inacţiune intenţionată, manifestată fizic sau verbal, comisă de un membru al familiei asupra unui alt membru al familiei, care a provocat suferinţă fizică, soldată cu vătămarea uşoară a integrităţii corporale sau a sănătăţii, suferinţă psihică ori prejudiciu material sau moral. (...) Aceeaşi acţiune care (a) a cauzat vătămarea gravă a integrităţii corporale sau a sănătăţii; (b) a determinat la sinucidere sau la tentativă de sinucidere; (c) a provocat decesul victimei, se pedepseşte cu închisoare de la 5 la 15 ani."

O Ordonanţă de protecţie poate fi acum eliberată atât în cadrul proceselor penale, cât şi civile. Potrivit procedurii civile descrise în Articolul 15 al Legii 45-XVI, curtea este obligată să emită o Ordonanţă de protecţie în decurs de 24 de ore de la primirea cererii. Conform procedurii penale, organul de anchetă este obligat să ceară judecătorului să examineze cererea pentru obţinerea unei Ordonanţe de protecţie în decurs de 24 de ore. Potrivit ambelor proceduri, instanţa poate obliga agresorul: (i) să părăsească locuinţa, indiferent dacă aceasta se află în pro-

prietate comună sau nu; (ii) să stea departe de locuinţa victimei şi să păstreze o anumită distanţă care să asigure securitatea victimei; (iii) să nu contacteze victima; (iv) să nu viziteze victima la locul de muncă sau de trai şi (v) să se abţină de la păstrarea sau purtarea armelor de foc.

În plus, în cadrul dosarelor penale, instanţa poate obliga agresorul să treacă un examen medical pentru a determina dacă acesta este dependent de alcool şi/sau droguri şi, în caz de necesitate, să fie supus unui tratament medical special, să participe în programe de dezintoxicare sau consiliere pentru infractori. În cadrul proceselor civile, pârâtul poate fi obligat să acopere cheltuielile pentru repararea bunurilor distruse sau deteriorate, pentru tratamentele medicale sau pentru întreţinerea copiilor minori.

Cu toate că legile din R. Moldova menite să prevină şi să combată violenţa în familie par să ofere suficiente mecanisme de protecţie, aplicarea lor rămâne a fi un mare motiv pentru îngrijorări. Problemele majore legate de adoptarea mecanismelor de protecţie sunt expuse în cele ce urmează.

2.2.1.3. Probleme majore privind violenţa în familie

O analiză a cazurilor din practica Promo-LEX arată că cele mai problematice aspecte legate de violenţa în familie împotriva femeilor din R. Moldova sunt:

(1) Neexecutarea ordonanţei de protecţie: Una dintre cele mai des întâlnite probleme în domeniul violenţei în familie este eşecul de a executa ordonanţa de protecţie de către autorităţile publice relevante, care sunt responsabile prin lege de implementarea acesteia. În multe cazuri, lucrătorul social local şi poliţistul nu sunt informaţi despre existenţa unei ordonanţe de protecţie, de aceea nu o pot executa. În multe cazuri în care agenţii de poliţie cunosc totuşi despre existenţa violenţei în familie şi a ordonanţei de protecţie, aleg să îşi limiteze intervenţia la simplul act de informare a agresorului despre Ordonanţă, chiar dacă textul acesteia cere expres agresorului să părăsească locuinţa. Explicaţia pe care o invocă, de obicei, poliţia în aceste cazuri este lipsa spaţiului sau adăpostului alternativ în care s-ar putea muta agresorul.

(2) Demararea întârziată a urmăririi penale: Cu toate că violenţa în familie este considerată infracţiune în baza Codului Penal încă de la 3 septembrie 2010, încă multe cereri depuse la procuratură de către victime aşteaptă să fie examinate. Între timp, victimele continuă să fie supuse violenţei.

(3) Refuzul de a emite ordonanţe de protecţie: Există cazuri când instanţele au refuzat să elibereze ordonanţe de protecţie, în special atunci când agresorul nu îşi recunoaşte vina, aducând martori care depun declaraţii în favoarea acestuia. În asemenea situaţii, declaraţiile victimei sunt deseori neglijate. Mai mult, în pofida prevederilor Legii 45-XVI care se referă la un şir larg de comportamente violente, inclusiv violenţă fizică, sexuală, psihologică, spirituală şi economică, deseori instanţele asociază violenţa în familie doar cu violenţa fizică. Alte forme ale violenţei, cum ar fi cea psihologică sau economică, sunt privite ca făcând parte din rutina normală a vieţii de familie. Astfel, victimele se confruntă cu atitudini ostile din partea instanţelor, în special a judecătorilor, ceea ce afectează şi mai mult credibilitatea declaraţiilor victimelor, iar riscul la care sunt supuse nu este minimizat.

(4) Tergiversarea emiterii ordonanţelor de protecţie: Esenţa ordonanţei de protec-

ţie este să ofere protecţie imediată victimelor violenţei în familie, aceasta fiind explicaţia limitei de timp de 24 de ore stabilite atât pentru procedurile penale, cât şi pentru cele civile. În multe cazuri, emiterea ordonanţei are loc chiar şi la două săptămâni după depunerea cererii, ceea ce de multe ori este prea târziu pentru a preveni alte abuzuri împotriva victimei.

(5) Rolul organizaţiilor neguvernamentale active: Cu toate că există cazuri de emitere a ordonanţelor de protecţie, acestea sunt deseori eliberate în rezultatul intervenţiei câtorva ONG-uri active, susţinute şi asistate de Fondul Naţiunilor Unite pentru Populaţie, Organizaţia Internaţională pentru Migraţie (OIM) şi, printre altele, Procuratura raionului Căuşeni.[48] Deşi într-un număr limitat, ordonanţe de protecţie au fost emise de jurisdicţii raionale – în Căuşeni, Făleşti, Rezina, Anenii Noi, Vulcăneşti şi în municipiul Chişinău. Constituie un motiv de îngrijorare faptul că instanţele care emit ordonanţe de protecţie pentru victimele violenţei în familie se află, în mare parte, în jurisdicţiile în care sunt prezente ONG-uri active.

(6) Rapoartele raportorilor speciali ai ONU: În rapoartele din 2009, Manfred Novak (raportor special ONU pentru tortură şi alte forme crude, inumane sau degradante de tratament) şi Yakin Ertürk (raportor special ONU pentru violenţă împotriva femeilor) au subliniat faptul că eşecul autorităţilor moldovene de a reacţiona la acuzaţii de violenţă în familie discriminează femeile în accesul lor la un recurs efectiv şi poate constitui complicitate în asemenea rele tratamente.[49] În R. Moldova, infracţiunile ce implică violenţă împotriva femeilor nu sunt privite ca o problemă ce justifică intervenţia organelor abilitate, exceptând cazurile când acestea rezultă în vătămare gravă.

2.2.1.4. Exemple

În cele ce urmează vom oferi exemple din cazurile asistate de Promo-LEX pentru a ilustra constatările enunţate mai sus:

(1) Cazul X: În acest caz, Promo-LEX reprezintă o femeie în vârstă de 71 de ani cu scopul de a curma violenţa cu care aceasta se confruntă în familie. În ultimul an, au fost depuse numeroase plângeri la poliţie şi Procuratură, precum şi la Direcţia Asistenţă Socială şi Ministerul de Interne. Au fost obţinute două ordonanţe de protecţie. Prima a fost emisă la 22 iunie 2010 pentru o perioadă de 30 de zile, iar a doua – la 23 iulie 2010 pentru o perioadă de 90 de zile. Niciuna dintre aceste ordonanţe de protecţie nu a fost executată. Urmare a petiţiilor depuse din partea victimei de către Promo-LEX, unii ofiţeri de poliţie au fost sancţionaţi, ulterior dându-şi demisia. Cu toate acestea, nici ofiţerii care i-au înlocuit nu au asigurat executarea ordonanţelor de protecţie.

Agresorul nu a fost înlăturat din locuinţa victimei, acesta continuând să o bată. O nouă cerere pentru obţinerea unei ordonanţe de protecţie a fost depusă recent, împreună cu solicitarea ca Procuratura să explice ce măsuri sunt sau urmează a fi întreprinse. Procuratura insistă în răspunsurile sale că agresorul suferă de schizofrenie, motiv din care nu poate fi tras la răspundere. Însă încercările avocatului victimei de a obţine plasarea agresorului într-o unitate psihiatrică – dat fiind pericolul pe care acesta continuă să-l prezinte pentru victimă – au rămas fără răspuns. Astfel, avem un caz în care victima la o vârstă de 71 de ani continuă să fie bătută, în timp ce autorităţile ezită să întreprindă vreo măsură adecvată.

(2) Cazul Y: Asociaţia Promo-LEX a fost notificată despre acest caz în iunie 2010. Victima

este divorţată, dar continuă să locuiască cu fostul său soţ în acelaşi apartament. Ani în şir, fostul soţ a comis abuzuri faţă de femeie. La 22 iunie 2010, acesta a bătut-o crunt. Ea a reuşit să scape şi a mers la secţia de poliţie. Poliţistul a condus-o acasă, a dus agresorul la secţia de poliţie, a întocmit un proces-verbal şi apoi l-a eliberat. Bărbatul s-a întors acasă şi a bătut-o pe fosta soţie şi mai crunt. Strigătele de ajutor au fost auzite de un vecin care a chemat poliţia şi ambulanţa. A doua zi, victima a încercat să depună o plângere la comisariatul de poliţie, însă acolo înregistrarea i-a fost refuzată. Promo-LEX a cerut emiterea unei ordonanţe de protecţie, care a fost eliberată la 30 iunie 2010 pentru o perioadă de trei luni. Agresorul nu s-a conformat prescripţiilor ordonanţei de protecţie, iar autorităţile au eşuat în a o executa forţat. Cu toate acestea, victima a refuzat să depună o plângere privind neexecutarea ordonanţei de protecţie. De asemenea, ea a refuzat să dea curs unui proces penal împotriva agresorului pentru violenţă în familie în temeiul Articolului 2011 al Codului Penal. Nu este exclus ca refuzul victimei de a iniţia un proces penal să fi fost motivat de frica acesteia faţă de agresor.

(3) Cazul Z: Victima în acest caz este divorţată din anul 2003, însă continuă să locuiască cu fostul soţ în acelaşi apartament. Instanţa a divizat apartamentul în patru părţi; victimei, celor două fiice şi fostului soţ li s-au repartizat câte un sfert. Bucătăria, baia şi coridorul rămân spaţii comune, unde continuă să aibă loc cazuri de violenţă îndreptate împotriva victimei. Promo-LEX a depus o cerere la organul de poliţie ca acesta să se adreseze instanţei de judecată pentru a obţine o ordonanţă de protecţie care să interzică fostului soţ să insulte şi să aplice forţa asupra victimei. La 22 iunie 2010, judecătoria de sector a emis o ordonanţă de protecţie. Cu toate acestea, cazurile de violenţă au continuat, fostul soţ ignorând ordonanţa de protecţie. Astfel, la 22 septembrie 2010, a fost depusă o plângere la procuratura de sector cu scopul de a iniţia o anchetă penală în temeiul Articolului 2011 al Codului Penal, plângerea fiind examinată de poliţie. Promo-LEX a mai depus şi o cerere la Direcţia Asistenţă Socială, solicitând informaţie privind acţiunile lucrătorului social în vederea asigurării executării ordonanţei de protecţie şi prevenirii altor cazuri de violenţă. Răspunsul primit de Promo-LEX la 11 noiembrie 2010 a confirmat faptul că s-a deschis un studiu de caz în cadrul căruia situaţia va fi monitorizată în timp.

În urma unui alt incident violent produs la 29 noiembrie 2010, în care victima a avut de suferit de pe urma acţiunilor fostului soţ şi ale amantei acestuia, a fost depusă încă o plângere la Ministrul Afacerilor Interne. La 10 decembrie 2010, a fost solicitată o ordonanţă de protecţie în regim de urgenţă în baza faptului că ordonanţa precedentă nu fusese executată, iar victima a continuat să sufere de pe urma acţiunilor violente ale fostului său soţ. La 13 decembrie 2010, avocatul victimei a fost informat că cererea din 10 decembrie 2010 nu a rămas înregistrată pe computerul instanţei. De atunci, au mai fost depuse şi alte cereri din partea victimei, juriştii Promo-LEX continuând să lucreze la acest caz.

2.2.1.5. Concluzii

Cazurile descrise mai sus ilustrează în mod clar faptul că în pofida adoptării unei legislaţii naţionale care prevede abordarea problemei violenţei în familie atât din perspectiva legii penale, cât şi a celei civile, victimele acestor rele tratamente deseori întâmpină dificultăţi în a obţine o ordonanţă de protecţie şi, în majoritatea cazurilor, procesul durează mai mult decât cele 24 de ore stipu-

late în Codul Penal. La fel, în majoritatea cazurilor, ordonanţele de protecţii emise sunt ignorate de agresori, în timp ce autorităţile responsabile eşuează în a le aplica şi executa forţat.

În cadrul unei conferinţe de presă din 3 noiembrie 2010, dedicată modificărilor legislative recente în domeniul violenţei în familie, procurorul general Valeriu Zubco a declarat că în cazurile în care victimele violenţei în familie se ciocnesc de indiferenţa sau neprofesionalismul poliţiei, a procurorilor sau lucrătorilor sociali, acestea ar trebui să se adreseze autorităţilor superioare, precum Procuratura Generală sau Ministerul Afacerilor Interne.[50] De asemenea, procurorul general a afirmat că, în ultimii doi ani, procuraturile au înregistrat circa 300 de plângeri şi cereri ce ţin de violenţa în familie.

Promo-LEX nu consideră abordarea procurorului general ca fiind una constructivă şi că ar putea contribui la prevenirea şi combaterea violenţei în familie. Nu este acceptabil să pui responsabilitatea pentru supravegherea activităţii autorităţilor de stat pe umerii victimei. În schimb, este necesar ca Procuratura Generală, Ministerul de Interne şi Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei să instruiască profesionişti în domeniul violenţei domestice şi să efectueze controale interne pentru a monitoriza modul în care sunt implementate normele legale referitoare la violenţa în familie. Serviciile destinate victimelor violenţei în familie trebuie să devină proactive, flexibile şi, unde e necesar, mobile, iar crearea serviciilor specializate pentru agresori trebuie să rămână o prioritate.

Există, în acelaşi timp, şi motive de satisfacţie, pentru că au fost făcuţi, şi continuă să se facă, paşi importanţi în ceea ce priveşte problema violenţei în familie în R. Moldova, inclusiv:

(1) Guvernul, cu susţinerea UNFPA, continuă să îmbunătăţească cadrul normativ referitor la violenţa în familie. De exemplu, (i) la 22 februarie 2010, Guvernul a aprobat Regulamentul de organizare şi funcţionare a centrelor pentru victimele violenţei în familie şi (ii) a elaborat ghiduri specializate pentru asistenţi sociali, personal medical şi agenţi de poliţie cu privire la implementarea legislaţiei în domeniul violenţei în familie, precum şi Standardele pentru centrele victimelor violenţei în familie. Ultimele două documente aşteaptă aprobarea Guvernului.

(2) În vederea soluţionării problemei lipsei serviciilor pentru agresori, în raionul Drochia a fost creat primul centru de reabilitare pentru astfel de infractori. Se presupune că acest centru va oferi agresorilor servicii psihologice, medicale, sociale şi de informare.

(3) Eforturile menţionate mai sus sunt completate de acţiuni naţionale de sporire a nivelului de conştientizare, care au drept scop crearea unei atitudini de zero-toleranţă faţă de violenţa în familie; acţiuni de advocacy sunt desfăşurate de „La Strada".

2.2.2. Violenţa sexuală

Potrivit ultimelor statistici oferite de Ministerul Afacerilor Interne, pe parcursul anului 2010, în R. Moldova au fost înregistrate 504 cazuri de infracţiuni sexuale, clasificate după cum urmează: (i) 323 de cazuri de viol (o creştere de 32,4% în comparaţie cu anul 2009) şi (ii) 181 de cazuri de violenţă sexuală (o creştere de 39,2%).51 Din numărul total de cazuri, doar 251 (50%) au fost expediate spre a fi examinate în instanţa de judecată, 139 din dosare au fost casate, iar 112 au rămas fie nesoluţionate, fie sunt în proces de examinare.

2.2.1.1. Legislaţia relevantă

Infracţiunile ce implică violenţă sexuală sunt considerate infracţiuni penale ce se pedepsesc conform Codului Penal. Potrivit Articolului 171 al Codului Penal:

„Violul, adică raportul sexual săvârşit prin constrângere fizică sau psihică a persoanei sau profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra ori de a-şi exprima voinţa, se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 5 ani."[52]

Legea nr. 167 a introdus o modificare în Articolul 171 al Codului Penal, potrivit căreia violul a fost recunoscut drept un act ce poate avea loc inclusiv în cadrul familiei.[53] Astfel, violul marital a obţinut statut de infracţiune penală în R. Moldova.

Articolul 172 al Codului Penal se referă la „acţiunile violente cu caracter sexual", formele cele mai grave fiind pasibile de termene lungi de detenţie, inclusiv pe viaţă, după cum urmează:

„Homosexualitatea sau satisfacerea poftei sexuale în forme perverse, săvârşite prin constrângere fizică sau psihică a persoanei ori profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra sau de a-şi exprima voinţa, se pedepsesc cu închisoare de la 3 la 5 ani."

Legea nr. 167 conţine şi o nouă prevedere conform căreia acţiunile violente cu caracter sexual pot avea loc şi în cadrul familiei.[54]

Legea 45-XVI defineşte „violenţa sexuală" drept:

"[O]rice violenţă cu caracter sexual sau orice conduită sexuală ilegală în cadrul familiei sau în alte relaţii interpersonale, cum ar fi violul conjugal, interzicerea folosirii metodelor de contracepţie, hărţuirea sexuală; orice conduită sexuală nedorită, impusă; obligarea practicării prostituţiei; orice comportament sexual ilegal în raport cu un membru de familie minor, inclusiv prin mângâieri, sărutări, pozare a copilului şi prin alte atingeri nedorite cu tentă sexuală; alte acţiuni cu efect similar".[55]

Unul dintre cele mai problematice aspecte legate de problema violenţei în familie în R. Moldova este modul în care sunt investigate infracţiunile de „viol" şi „acţiunile violente cu caracter sexual". Procurorii se axează mai mult pe comportamentul victimei decât pe cel al agresorului şi, în consecinţă, investigaţia pare să fie direcţionată în sensul adunării de probe care să submineze şi să contrazică versiunea victimei. ***Ghidul metodologic privind investigarea infracţiunilor sexuale***, publicat la 15 august 2008 de Direcţia Urmărire Penală din cadrul Procuraturii Generale, a prezentat un set de recomandări practice pentru procurori în investigarea infracţiunilor sexuale. Potrivit acestui ghid, procurorii trebuie să demonstreze existenţa rezistenţei fizice opuse de victimă. De aici reiese că, dacă nu există dovada unei rezistenţe fizice, raportul sexual a fost consimţit de victimă. Mai mult, ghidul încearcă să sugereze ideea că în unele cazuri, cum ar fi rapoartele sexuale cu participarea unei persoane de vârstă adolescentă, o anumită doză de forţă fizică ar putea fi acceptabilă, având în vedere „timiditatea" adolescentului. De aici reiese că, indiferent dacă există dovada rezistenţei fizice sau a forţei, acest lucru nu va fi suficient în toate cazurile pentru a demonstra producerea unui viol sau a unei acţiuni violente cu caracter sexual.

Acest ghid demonstrează o abordare problematică în investigarea cazurilor de viol şi violenţă sexuală în R. Moldova, care este ilustrată cu ajutorul exemplelor oferite mai jos.

2.2.1.2. Exemple

Cauza *I.G. împotriva R. Moldova* (Cererea nr. 53519/07) depusă la Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CtEDO) la 6 octombrie 2007[56] este un exemplu elocvent al modului defectuos în care sunt rezolvate cazurile de violenţă sexuală în R. Moldova.

Reclamanta (I.G.) s-a născut la 10 decembrie 1989 şi la momentul evenimentelor în cauză avea puţin peste 14 ani şi jumătate. În seara zilei de 21 august 2004, I.G. a mers împreună cu V.R., în vârstă de 23 de ani, la un disco-bar. Reclamanta şi V.R. se cunoşteau de mai mulţi ani şi s-au întâlnit cu diferite ocazii. I.G. îşi aminteşte că a consumat împreună cu V.R. aproximativ 100 ml de vodcă. Întorcându-se acasă, V.R. a violat-o pe I.G. în maşina sa şi se presupune că a ameninţat-o cu moartea dacă ea ar fi povestit cuiva despre asta. I.G. i-a spus mamei sale că a fost violată de către V.R. Mama a mers la V.R. acasă, unde acesta a recunoscut că a întreţinut relaţii sexuale cu I.G. Mama fetei a reclamat cazul de viol la secţia de poliţie din raionul Sângerei la 25 august 2004. La 26 august 2004, procuratura raionului Sângerei a deschis un dosar penal în cazul reclamat, pentru viol „săvârşit cu bună ştiinţă asupra unui minor" (în temeiul Articolului 171(2)(b) al Codului Penal). După 3 ani de examinare a cazului în instanţele naţionale, V.R. a fost achitat cu justificarea că examenul medical la care a fost supusă I.G. nu a relevat nicio urmă de vânătăi, leziuni, sânge sau spermă.

I.G. a solicitat asistenţă psihologică după finalizarea procesului în instanţele naţionale. Din cauza lipsei serviciilor specializate oferite de guvern victimelor atacurilor sexuale, în perioada iulie-august 2007 ea a fost consultată de un psihiatru oferit de organizaţia neguvernamentală locală „Memoria",[57] specializată pe probleme ce includ violenţa sexuală. Un extras din fişa medicală a I.G., emis la 18 august 2007, confirmă faptul că ea suferea de tulburare posttraumatică cauzată de o combinaţie de factori, inclusiv: (i) violul; (ii) eşecul instanţelor de a pronunţa o sentinţă adecvată şi (iii) umilirea publică la care a fost supusă atâta timp cât a durat procesul în instanţele naţionale.

În 2007, juriştii Promo-LEX au înaintat cauza I.G. la CtEDO. I.G. afirmă că dreptul său de a nu fi supusă tratamentelor inumane sau degradante, garantat de Articolul 3 al CEDO (interzicerea torturii) şi dreptul la respectarea vieţii sale private în conformitate cu Articolul 8 al CEDO (Dreptul la respectarea vieţii private şi de familie) au fost încălcate prin eşecul statului de a-şi respecta obligaţiile pozitive – de a investiga şi a urmări penal în mod efectiv infracţiuni ce implică violenţă sexuală. În special, I.G. afirmă că eşecul instanţelor de judecată în a evalua în mod adecvat problema consimţământului unui minor a constituit o nerespectare a obligaţiei pozitive pe care o are statul în aplicarea efectivă a normelor juridice penale ce prevăd pedepsirea infracţiunilor sexuale săvârşite asupra minorilor. De asemenea, I.G. declară că nu s-a putut bucura de un recurs efectiv la nivel naţional în vederea obţinerii de remediere şi despăgubire pentru încălcarea drepturilor sale. Astfel, I.G. afirmă că împotriva ei a avut loc o încălcare a Articolului 13 (Dreptul la un recurs efectiv), luat împreună cu Articolele 3 şi 8 ale Convenţiei.

De asemenea, I.G. afirmă că insistenţa asupra unor fapte probatorii (probe suplimentare sau indirecte) care să dovedească faptul rezistenţei i-a încălcat dreptul la nediscriminare, garantat de Articolul 14 (Interzicerea discriminării) şi de Articolul 8 al CEDO. I.G. a argumentat că cerinţa coroborării probelor cu fapte probatorii a constituit discriminare faţă de femei, pentru că la baza acesteia stă

falsa concepţie despre inabilitatea femeilor de a relata veridic faptele legate de viol şi pentru că aceasta nu reflectă realitatea violului ca fiind o infracţiune, ceea ce duce la o urmărire penală neefectivă a cazurilor veridice. Cauza a fost comunicată Guvernului R. Moldova în septembrie 2009. În februarie 2010, juriştii Promo-LEX au depus un Răspuns la Observaţiile Guvernului, iar în prezent I.G. este în aşteptarea hotărârii Curţii.

Cazul I.G. ilustrează în mod clar problemele legate de investigarea reclamaţiilor de viol de care am vorbit mai sus. Promo-LEX speră că acest caz va contribui la: (i) dezvoltarea sistemului de justiţie penală din Moldova în sfera investigării cazurilor de viol prin eliminarea procedurii discriminatorii care cere prezentarea faptelor probatorii şi (ii) la dezvoltarea jurisprudenţei CtEDO referitoare la obligaţia pozitivă a statelor de a proteja femeile de violenţă şi discriminare.

2.2.3. Hărţuirea sexuală

În Recomandarea Generală nr. 19, Comitetul ONU pentru eliminarea discriminării împotriva femeilor se referă la hărţuirea la locul de muncă ca la o formă de violenţă specifică bazată pe criteriul de gen,[58] afirmând că un asemenea comportament „poate fi umilitor şi poate constitui o problemă de sănătate şi siguranţă".[59] Hărţuirea devine o formă de discriminare "atunci când un comportament nedorit legat de orice criteriu interzis are loc cu scopul sau efectul de a viola demnitatea unei persoane sau de a crea un mediu intimidant, ostil, degradant, umilitor sau ofensiv."[60] Având în vedere că hărţuirea sexuală poate leza demnitatea unei persoane sau crea un mediu degradant la locul de muncă, un astfel de comportament discriminatoriu poate întruni criteriile ce definesc un „tratament crud, inuman sau degradant".

Cu toate că „hărţuirea sexuală" este definită în Legea nr. 5-XVI drept o formă de discriminare pe bază de gen, iar Articolul 10(3)(d) al aceleiaşi legi obligă angajatorii "să întreprindă măsuri de prevenire a hărţuirii sexuale a femeilor şi bărbaţilor la locul de muncă, precum şi a persecutării pentru depunere în organul competent a plângerilor împotriva discriminării", nu există nicio dispoziţie referitoare la executarea acestor obligaţii şi nici prevederi care să le dea acces victimelor hărţuirii sexuale la remediere. Astfel, în Moldova nu există o procedură civilă prin care victimele hărţuirii sexuale pot protesta faţă de un asemenea rău tratament discriminatoriu.

În acelaşi timp, Legea nr. 167 atribuie „hărţuirii sexuale" statut de infracţiune, încorporând-o în Articolul 173 al Codului Penal. „Hărţuirea sexuală" este definită drept „manifestarea unui comportament fizic, verbal sau nonverbal care lezează demnitatea persoanei ori creează o atmosferă neplăcută, ostilă, degradantă, umilitoare sau insultătoare cu scopul de a determina o persoană la raporturi sexuale ori la alte acţiuni cu caracter sexual nedorite, săvârşite prin ameninţare, constrângere sau şantaj".[61] Hărţuirea sexuală se pedepseşte cu: (i) o amendă de la 300 la 500 unităţi convenţionale; (ii) muncă neremunerată în folosul comunităţii de la 140 la 240 de ore sau (iii) cu închisoare de până la 3 ani.

Cu toate acestea, includerea „hărţuirii sexuale" în Codul Penal poate să rămână o măsură inutilă, deoarece legea penală în R. Moldova se supune principiului prezumpţiei nevinovăţiei; odată ce o persoană este recunoscută în calitate de bănuit, este sarcina victimei să aducă dovezi suficiente pentru a demonstra că infracţiunea a fost comisă. Inversarea sarcinii probatorii este posibilă doar în dreptul civil. Natura specifică a actelor care consti-

tuie hărţuire sexuală face dificilă misiunea victimei de a aduna dovezi suficiente pentru urmărirea penală a acţiunilor de acest fel. De multe ori, hărţuirea sexuală are loc în lipsa martorilor şi fără documentare scrisă. Astfel, încercarea de a rezolva cazurile de hărţuire sexuală pe calea legii penale va rezulta, nu arareori, într-un conflict direct între probele victimei şi cele ale agresorului, însemnând că va fi dificil de a obţine o sentinţă, şi respectiv, de a face dreptate victimei. Mai mult, acest fapt poate duce la revictimizarea victimei şi retragerea plângerii. Odată ce plângerea este retrasă, urmărirea penală încetează, privând victima de orice remediere.

Pot fi făcute patru observaţii importante cu privire la factorii care duc la perpetuarea cazurilor de hărţuire sexuală. În primul rând, multe femei nu înţeleg ce reprezintă, de fapt, hărţuirea sexuală în realitate. În special, le este dificil să înţeleagă că hărţuirea sexuală poate avea loc în şcoli sau la locul de muncă. În al doilea rând, multe femei nu cunosc legislaţia naţională menită să prevină incidenţele de hărţuire sexuală şi, ce e şi mai important, modul în care aceste legi pot trata şi pedepsi astfel de rele tratamente. Acest lucru se explică parţial prin faptul că noua legislaţie penală referitoare la hărţuire sexuală a intrat în vigoare recent, iar o practică juridică bine stabilită în domeniu abia urmează să apară. În al treilea rând, personalul managerial din întreprinderile şi instituţiile din Moldova nu este familiarizat cu problema hărţuirii sexuale şi nu cunoaşte care îi sunt obligaţiile în acest sens. Angajatorii trebuie încurajaţi să adopte o poziţie fermă faţă de actele de hărţuire sexuală la locul de muncă şi să elaboreze ghiduri interne care să explice acţiunile de întreprins. Şi în sfârşit, cazurile de hărţuire sexuală ar fi mai bine tratate în cadrul proceselor civile, unde sarcina probatorie poate fi inversată, astfel facilitând misiunea victimei de a demonstra că a fost într-adevăr supusă acestei forme de rele tratamente discriminatorii.

3. Concluzie

Din analiza de mai sus a legislaţiei şi a practicilor actuale, precum şi a exemplelor preluate din experienţa Promo-LEX, devine limpede că femeile în R. Moldova continuă să fie supuse relelor tratamente discriminatorii. Şi, deşi articolul de faţă s-a axat pe trei exemple de rele tratamente – violenţa în familie, violenţa sexuală şi hărţuirea sexuală, este important să se înţeleagă că acestea nu reprezintă întreaga gamă de rele tratamente cu care se confruntă femeile din Moldova. Sterilizarea şi avorturile forţate în instituţiile de boli mentale, dar nu numai, precum şi traficul şi exploatarea sexuală a femeilor sunt alte practici ce se încadrează în definiţia de rele tratamente discriminatorii, dar care nu au fost abordate în acest articol.

Tratatele internaţionale la care R. Moldova este parte, împreună cu evoluţiile recente în legislaţia naţională, demonstrează că guvernul este dornic, cel puţin teoretic, să accepte responsabilitatea pentru protecţia femeilor împotriva relelor tratamente discriminatorii pe bază de gen. În acelaşi timp, studiile de caz prezentate au demonstrat că legile nu sunt aplicate în măsura cuvenită. Organele responsabile de aplicarea legii fie sunt refractare în a urma procedurile legale stabilite, fie pur şi simplu nu le cunosc. Trebuie, de asemenea, să remarcăm că, într-un număr mare de cazuri, există o atitudine întărită de indiferenţă faţă de relele tratamente discriminatorii, sau chiar de acceptare a lor, în cadrul organelor care sunt, de fapt, responsabile pentru investigarea cazurilor şi aplicarea legilor respective.

Pentru a remedia situaţia, este imperativ necesar ca autorităţile de stat relevante să

adopte o abordare managerială mai fermă în rezolvarea problemei neexecutării ordonanţelor de protecţie şi în privinţa violenţei sexuale pe bază de gen. Este, de asemenea, foarte important să se ridice, prin instruiri eficiente, gradul de cunoaştere de către agenţii de ocrotire a normelor de drept a noilor prevederi legislative referitoare la violenţa în familie, egalitatea de gen, nediscriminare şi hărţuirea sexuală. La fel, guvernul moldovean trebuie să adopte o atitudine mai fermă faţă de funcţionarii care, din lipsă de dorinţă sau profesionalism, eşuează în a implementa procedurile stabilite.

În sfârşit, societatea civilă trebuie să îşi asume responsabilitatea pentru: (i) monitorizarea activităţii autorităţilor de stat relevante în implementarea legislaţiei şi (ii) educarea populaţiei în privinţa modificărilor legislative şi a modului în care acestea se răsfrâng asupra drepturilor lor. Acest lucru include activităţi direcţionate către cele mai vulnerabile categorii şi informarea lor despre căile de obţinere a remedierii de care pot dispune. De asemenea, societatea civilă trebuie să insiste pe lângă comunitatea internaţională ca aceasta să fie mai proactivă în oferirea asistenţei R. Moldova în procesul de implementare a noilor prevederi legislative, asigurându-se, totodată, că guvernul moldovean îşi onorează angajamentele asumate în cadrul tratatelor internaţionale la care este parte.

---

[1] Olga Manole este coordonator de proiecte la Asociaţia Promo-LEX, un ONG cu sediul în Chişinău, Republica Moldova, a cărui activitate este axată pe promovarea valorilor democratice şi a standardelor internaţionale recunoscute în domeniul drepturilor omului în Republica Moldova, inclusiv în regiunea transnistreană.

[2] În sensul acestui articol, „rele tratamente discriminatorii" înseamnă orice act de tortură, tratamente ori pedepse cu cruzime, inumane sau degradante, potrivit definiţiei Convenţiei ONU împotriva Torturii şi interpretării Comitetului contra torturii, atunci când un asemenea act este în legătură cu o anumită particularitate a victimei, cum ar fi apartenenţa rasială sau etnică, culoarea pielii, religia, genul, orientarea sexuală, dizabilitatea etc., care constituie, sau ar trebui să constituie, un temei în baza căruia discriminarea este interzisă.

[3] Consiliul ONU pentru drepturile omului, *Raport al raportorului special pentru tortură şi alte forme crude, inumane sau degradante de tratament, Manfred Nowak: Misiunea în Republica Moldova*, A/HRC/10/44/Add.3, 12 februarie 2009; Consiliul ONU pentru drepturile omului, *Raport al raportorului special pentru violenţă împotriva femeilor, Yakin Ertürk: Misiunea în Republica Moldova*, A/HRC/11/6/Add.4, 8 mai 2009; Comitetul ONU pentru eliminarea discriminării rasiale, *Observaţii finale ale Comitetului pentru eliminarea discriminării rasiale: Moldova*, CERD/C/MDA/CO/7, 16 mai 2008; Comitetul ONU pentru eliminarea discriminării faţă de femei, *Comentarii finale ale Comitetului pentru eliminarea discriminării faţă de femei: Republica Moldova*, 25 august 2006.

[4] În 2010, Asociaţia Promo-LEX a lansat, în parteneriat cu Equal Rights Trust, proiectul *Consolidarea protecţiei juridice şi sporirea nivelului de conştientizare cu privire la aplicarea relelor tratamente pe motiv de discriminare în Moldova, inclusiv în regiunea Transnistreană*. Beneficiind de finanţare în cadrul Instrumentului European pentru Democraţie şi Drepturile Omului, proiectul are drept scop să contribuie la prevenirea relelor tratamente ce rezultă din discriminare faţă de diferite categorii vulnerabile. Activităţile de proiect au demarat în martie 2010 şi urmează să fie încheiate în septembrie 2011. Acestea cuprind: (i) preluarea cazurilor strategice de litigiu ce conţin elemente de rele tratamente discriminatorii; (ii) instruirea juriştilor şi militanţilor specializaţi în drepturile omului cu privire la relele tratamente discriminatorii; (iii) traducerea şi distribuirea Equal Rights Review în limba română; (iv) producerea unui raport privind relele tratamente discriminatorii din R. Moldova; (v) activităţi de advocacy în vederea promovării principiilor şi normelor nediscriminării în R. Moldova.

[5] Cele 9 tratate ONU de drepturi ale omului sunt următoarele: Pactul internaţional cu privire la drepturile civile şi politice, Rez. A.G. 2200A (XXI) (1966) (PIDCP); Pactul internaţional cu privire la drepturile economice, sociale şi culturale, Rez. A.G. 2200A (XXI) (1966) (PIDESC); Convenţia privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială, Rez. A.G. 2106A (XX) (1965) (CEDR); Convenţia privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, Rez. A.G. 34/180 (1979) (CEDF); Convenţia împotriva torturii şi altor tratamente sau pedepse

inumane şi degradante, Rez. A.G. 39/46 (1984) (CT); Convenţia cu privire la drepturile copilului, Rez. A.G. 44/25 (1989) (CDC); Convenţia internaţională privind protecţia drepturilor tuturor lucrătorilor emigranţi şi ale membrilor familiilor acestora, Rez. A.G. 45/158 (1990) (CDLE); Convenţia cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilităţi, Rez. A.G. 61/106 (2006) (CDPD); Convenţia internaţională privind protecţia tuturor persoanelor împotriva dispariţiilor forţate, Rez. A.G. 61/177 (2006)(CPPDF).

[6] Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, *Comentariu general nr. 28: Egalitatea drepturilor între bărbaţi şi femei (Articolul 3)*, CCPR/C/21/Rev. 1/Add. 10, 29 martie 2000.

[7] *Ibid.*, Para 10.

[8] *Ibid.*, Para 11.

[9] *Ibid.*, Para 12.

[10] Comitetul ONU pentru eliminarea discriminării împotriva femeilor, *Recomandarea generală nr. 19: Violenţa faţă de femei*, sesiunea a unsprezecea, 1992.

[11] *Ibid.*, Para 1.

[12] *Ibid.*, Para 4.

[13] *Ibid.*, Para 6.

[14] *Ibid.*, Para 9.

[15] *Ibid.*, Para 11.

[16] *Ibid.*, Para 13.

[17] *Ibid.*, Para 17.

[18] *Ibid.*, Para 22.

[19] *Ibid.*, Para 23.

[20] *Ibid.*, Para 24.

[21] „Tortura" este definită în Articolul 1 al CAT ca „orice act prin care se provoacă unei persoane, cu intenţie, o durere sau suferinţe puternice, de natură fizică sau psihică, în special cu scopul de a obţine, de la această persoană sau de la o persoană terţă, informaţii sau mărturisiri, de a o pedepsi pentru un act pe care aceasta sau o terţă persoană l-a comis sau este bănuită că l-a comis, de a o intimida sau de a face presiune asupra unei terţe persoane, sau pentru orice alt motiv bazat pe o formă de discriminare, oricare ar fi ea, atunci când o asemenea durere sau suferinţă este provocată de către un agent al autorităţii publice sau de orice altă persoană care acţionează cu titlu oficial, sau la instigarea sau cu consimţământul expres sau tacit al unor asemenea persoane". Definiţia nu include durerea sau suferinţa care apare în mod inerent sau accidental ca urmare a unor sancţiuni legale.

[22] CAT, Articolul 16.

[23] CAT, Articolele 2 şi 4; vezi, de asemenea, şi Comitetul ONU contra Torturii, *Keppa Urra Guridi vs Spania*, Comunicarea nr. 212/2002, U.N. Doc. CAT/C/34/D/212/2002, 17 mai 2005.

[24] Comitetul ONU contra Torturii, *Comentariu general nr. 2: Implementarea Articolului 2 de către statele părţi*, CAT/C/GC/2, 24 ianuarie 2008, Para 20.

[25] R. Moldova a semnat Convenţia europeană pentru apărarea drepturilor omului şi a libertăţilor fundamentale în iulie 1995 şi a ratificat-o în septembrie 1997.

[26] CEDO, Articolul 3.

[27] CEDO, Articolul 14.

[28] Legea cu privire la asigurarea egalităţii de şanse între femei şi bărbaţi, nr. 5-XVI din 9 februarie 2006, *Monitorul Oficial al Republicii Moldova,* nr. 47-50/200 din 24 martie 2006. Disponibilă la: http://www.mpsfc.gov.md/file/legi/Legea_cu_privire_la_asigurarea_egalitatii_de_sanse_intre_femei_si_barbati_md.doc

[29] Articolul 2 al Constituţiei Republicii Moldova, adoptată la 29 iulie 1994. Disponibilă la: http://www.prm.md/const.php?lang=rom

[30] Guvernul Republicii Moldova, Planul Naţional *Promovarea egalităţii genurilor umane în societate pentru perioada 2006-2009,* nr. 984 din 25.08.2006, disponibil la: http://www.google.md/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmpsfc.gov.md%2Ffile%2Fegalitategen%2Fplan_%2520nat_ega_md.doc&rct=j&q=Planului%20na%C5%A3ional%20%E2%80%9EPromovarea%20egalit%C4%83%C5%A3ii%20genurilor%20umane%20%C3%AEn%20societate%20pentru%20perioada%202006-2009%E2%80%9D%2C&ei=LHJjTeD5HY6XOuS9jdcC&usg=AFQjCNG46_8Ge3vtQEOjlN4gJdTSSjWvMA&cad=rja

[31] Vezi mai sus, nota 30, Articolul 2: „*abordare complexă a egalităţii între femei şi bărbaţi* – integrare a principiului egalităţii între femei şi bărbaţi în politicile şi în programele din toate domeniile şi la toate nivelurile de adoptare şi aplicare a deciziilor".

[32] *Ibid.*: *„Acţiuni afirmative* – acţiuni speciale temporare de accelerare a obţinerii unei egalităţi reale între femei şi bărbaţi, cu intenţia de eliminare şi prevenire a discriminării ori a dezavantajelor ce rezultă din atitudinile, comportamentele şi structurile existente".

[33] *Ibid.*: „*Discriminare după criteriul de sex* – orice deosebire, excepție, limitare ori preferință având drept scop ori consecință limitarea sau intimidarea recunoașterii, exercitării și implementării pe bază de egalitate între femei și bărbați a drepturilor și libertăților fundamentale ale omului".
[34] *Ibid.*: „*Discriminare directă după criteriul de sex* – orice acțiune care, în situații similare, discriminează o persoană în comparație cu o altă persoană de alt sex, inclusiv din cauza sarcinii, maternității sau paternității".
[35] *Ibid.*: „*Discriminare indirectă după criteriul de sex* – orice acțiune, regulă, criteriu sau practică identică pentru femei și bărbați, dar cu efect ori rezultat inegal pentru unul dintre sexe, cu excepția acțiunilor afirmative".
[36] *Ibid.*: „*Egalitate de șanse* – lipsă de bariere în participarea pe bază de egalitate a femeilor și bărbaților la activități din sfera politică, economică, socială, culturală, din alte sfere ale vieții".
[37] *Ibid.*: „*Egalitate între femei și bărbați* – egalitate în drepturi, șanse egale în exercitarea drepturilor, participare egală în toate sferele vieții, tratare egală a femeilor și bărbaților".
[38] *Ibid.*: „*Gender* – aspectul social al relațiilor dintre femei și bărbați, care se manifestă în toate sferele vieții".
[39] *Ibid.*: „*Hărțuire sexuală* – orice formă de comportament fizic, verbal sau nonverbal, de natură sexuală care lezează demnitatea persoanei ori creează o atmosferă neplăcută, ostilă, degradantă, umilitoare sau insultătoare".
[40] *Ibid.*: „*Sex* – totalitate a caracteristicilor anatomofiziologice care diferențiază ființele umane în femei și bărbați".
[41] *Ibid.*: „*Unitate gender* – specialist abilitat cu funcții de promovare a egalității între femei și bărbați în instituția în care activează."
[42] O versiune a acestui proiect de lege (neintitulat deocamdată) este disponibilă la: http://mmpsf.gov.md/file/proiecte/Proiect%20Lege%20final.pdf
[43] UNICEF Moldova, *Fiecare a treia femeie din Republica Moldova a fost cel puțin o dată victimă a violenței în familie*, nedatat, disponibil la: http://www.hr.un.md/news/210/.
[44] Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada". *Telefonul de încredere pentru femei: Raport de activitate*. http://www.lastrada.md/publicatii/ebook/Raport_linia_fierbinte_2010_final_2.pdf
[45] Legea cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie, nr. 45-XVI, din 1 martie 2007, *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, nr. 55-56/178, 18 martie 2008. Legea a intrat în vigoare la 18 septembrie 2008. Disponibilă la: http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=327246
[46] Parlamentul Republicii Moldova, Legea nr. 167, disponibilă la: http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=335828
[47] Codul Penal al Republicii Moldova, nr. 985-XV din 18 aprilie 2002, cu modificări și completări.
[48] Actualul procuror al raionului Căușeni, Ion Oboroceanu, este fostul președinte al unui ONG de drepturi ale omului – Centrul de Drept Căușeni – fiind implicat în calitate de avocat, în anul 2009, în obținerea uneia dintre primele ordonanțe de protecție din Moldova. Mai multă informație despre Ion Oboroceanu poate fi găsită la: http://www.europalibera.org/content/article/1867714.html
[49] Consiliul ONU pentru drepturile omului, vezi mai sus, nota 3.
[50] Conferință de presă cu participarea lui Valeriu Zubco, procuror general, la tema *Prevenirea și combaterea violenței în familie prin activitatea procurorilor*, 2 noiembrie 2010, material disponibil la: http://www.jurnaltv.md/ro/news/ordonanta-de-protectie-179699/#
[51] Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova, *Informație operativă privind starea infracționalității în Moldova în 2010*, disponibilă la: http://www.mai.md/content/6945
[52] Vezi mai sus, nota 47, Articolul 171.
[53] Vezi mai sus, nota 47, Articolul 171 (2)(b^2).
[54] Vezi mai sus, nota 47, Articolul 172 (2)(b^2).
[55] Vezi mai sus, nota 45, Articolul 2.
[56] *I.G. împotriva R. Moldova*, Cererea nr. 53519/07, depusă la Curtea Europeană a Drepturilor Omului la 6 octombrie 2007.
[57] Pentru mai multă informație, vizitați site-ul Centrului de Reabilitare a Victimelor Torturii „Memoria", la http://www.memoria.md/
[58] Vezi mai sus, nota 10, Para 17.
[59] Vezi mai sus, nota 10, Para 18.
[60] Equal Rights Trust, *Declarația Principiilor Egalității*, 2008, versiune în română disponibilă la: http://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/Romanian%20translation.pdf
[61] Vezi mai sus, nota 47, Articolul 173.

Suferința unui Popor: Uigurii Invizibili în China Interioară

M. Rayila[1]

Introducere

La 5 iulie 2009, uigurii din orașul Urumqi, capitala Regiunii Autonome Uigure Xinjiang (RAUX) din China, au participat la un protest, inițial pașnic, împotriva inacțiunii guvernului față de omorârea a cel puțin doi muncitori migranți uiguri la o fabrică de jucării din orașul Shaoguan, ce se află în sudul provinciei Guangdong.[2] Numărul inițial al manifestanților a fost estimat la cel puțin o mie,[3] aceștia fiind în principal tineri care au insistat asupra unei anchete oficiale pe cazul omorurilor din Shaoguan.[4] Spre seara aceleiași zile, protestul s-a transformat în unul violent, în timpul căruia au murit 197 de persoane, iar peste 1,6 mii au fost rănite.[5]

În replică la acest eveniment, guvernul chinez a declarat că protestele au fost orchestrate de un număr mic de separatiști de pe teritoriul RAUX, în cârdășie cu agitatori externi, de exemplu, Rebiya Kadeer (președintele Asociației Uigurilor din America cu sediul în SUA),[6] nereușind însă să aducă probe credibile în susținerea acestor acuzații. Mai multe organizații independente de drepturi ale omului, inclusiv Human Rights Watch, au declarat că motivele care au stat la baza protestelor se ascund în politicile discriminatorii promovate de mult timp de statul chinez față de minoritatea uigură. Și James Millward a afirmat că protestele au izbucnit în rezultatul nemulțumirii uigurilor față de politicile guvernului chinez.[7]

Acest protest din Urumqi a atras atenția comunității internaționale asupra presiunilor politice și a abuzurilor în domeniul drepturilor omului pe care le suferă uigurii din China și, în special, față de discriminarea cu care se confruntă aceștia în multe sfere ale vieții. Acest articol este dedicat suferințelor uigurilor care locuiesc în China interioară.[8] Cu toate că au fost scrise multe cărți care tratează diferite subiecte legate de uigurii din RAUX,[9] celor care au migrat în China interioară din RAUX (definiți aici ca „uiguri flotanți") și vieții lor s-a acordat o atenție neînsemnată.[10] Din câte cunoaște autorul, la acest capitol a fost publicat anterior doar un singur articol, semnat de Steve Hess în *Central Asian Survey*.[11]

Prezentul articol se bazează pe cazuri și exemple obținute prin intermediul intervievării, de către un grup de cercetători de la Institutul AIZHIXING din Beijing, între anii 2007 și 2009, a mai multor membri ai comunităților de uiguri flotanți.[12] Institutul AIZHIXING și-a lansat proiectul *Educație în sănătate și integrare socială a Uigurilor* în anul 2006. Proiectul s-a axat în principal pe comunitățile de uiguri flotanți din Beijing, Kunming, Wuhan și Chengdu.[13]

Exemplele prezentate în acest articol, ce descriu provocările pe care trebuie să le înfrunte uigurii flotanți, vin să sublinieze seriozitatea discriminării rasiale împotriva lor. În

rezultatul discriminării, această „populație invizibilă" este privată de acces la cele mai simple servicii publice, inclusiv medicină și locuri de trai. Aceste provocări le vom numi aici „durerea unei națiuni".

În discursul său la Forumul *National City Ethnic Work*, în septembrie 2008, profesorul Ma Rong a remarcat că numărul uigurilor stabiliți în China propriu-zisă a crescut de 7 ori în perioada 1982-2000, atingând cifra de 53,8 mii.[14] Cu toate că nu se cunoaște cu exactitate câți uiguri flotanți sunt, potrivit proiectului desfășurat de Institutul AIZHIXING în zonele urbane din China propriu-zisă populate de uguiri flotanți, numărul acestora a crescut și mai mult în ultimii 10 ani.

Potrivit *Raportului privind evoluția populației flotante în China*, ediția 2010, care s-a bazat pe constatările unui studiu efectuat de Comisia Națională pentru Populație și Planificare Familială și a fost lansat în iulie 2009, numărul populației flotante în China a atins cifra de 211 milioane,[15] inclusiv minoritățile. Deși uigurii flotanți constituie doar o mică parte din populația migrantă în China interioară, tratamentele la care sunt supuși conduc la tulburări sociale și conflicte interetnice între aceștia și populația majoritară Han. Răspândirea infecției HIV/SIDA printre uigurii flotanți de asemenea agravează situația comunităților lor. În acest context, este necesar să se pledeze pentru drepturile uigurilor flotanți, aducând situația lor în atenția autorităților chineze competente, cum ar fi Comisia de Stat pentru Relații Etnice, Ministerul Sănătății și Ministerul Securității Publice, care pot, și trebuie, să le ocrotească drepturile. Discriminarea pe care o suferă uigurii flotanți face parte dintr-o problemă mai vastă, având în vedere că, în general, muncitorii migranți din China se confruntă cu multe forme de discriminare.[16] În cazul uigurilor flotanți însă, discriminarea rasială și etnică constituie cu siguranță o povară în plus, inclusiv datorită faptului că aceștia sunt suspectați că ar nutri gândul de a ieși din componența Republicii Populare Chineze (RPC).[17] Trebuie să se ceară guvernului Chinei să respecte drepturile uigurilor flotanți în conformitate cu legile naționale chineze și tratatele internaționale de drepturi ale omului pe care China le-a semnat și ratificat.

1. Background

1.1 Uigurii

Uigurii (sau uyghurii) provin geografic din RAUX, care este situată în nord-vestul Chinei, la hotar cu țările Asiei centrale. Ocupând o șesime din teritoriul total al țării, RAUX este o regiune vastă dar rarefiat populată, cu 19 milioane de locuitori. Aproximativ 8 milioane dintre aceștia sunt uiguri musulmani vorbitori de limbă turcică, concentrați în sudul regiunii, în jurul unor orașe, precum Kashgar, cunoscut chinezilor sub denumirea de Kashi, care este situat la 2,5 mii de mile (4 mii kilometri) la vest de Beijing. Uigurii constituie aproximativ 45% din populația RAUX.[18] Organizațiile uigure de drepturi ale omului fondate peste hotare de către disidenți și deportați uiguri au numit această regiune a Chinei de vest „Turkistanul de Est",[19] cu trimitere la două state independente formate în decursul secolului al XX-lea – Republica Turco-Islamică a Turkestanului de Est, în anii 1930',[20] și Republica Turkestanul de Est, în anii 1940'.[21]

1.2 Motive socioeconomice pentru migrarea spre est

Pentru a înțelege mai bine situația în care se află uigurii flotanți ce trăiesc în centrele urbane menționate mai sus, este necesar să se ofere o privire generală asupra schimbărilor sociale și economice care au avut și conti-

nuă să aibă loc în China. Economia a fost una dintre cele mai de succes aspecte ale dezvoltării Chinei începând cu 1990. Cu toate că populaţiile minoritare au participat la acest avânt economic, s-a profilat o tendinţă clară ca reprezentanţii acestora să se regăsească la polul sărac al decalajului socioeconomic în creştere din China. Într-o creştere inegală şi neechilibrată, zonele de pe coasta de est şi din vecinătatea ei au avansat cu mult mai rapid decât restul ţării, în timp ce populaţiile minoritare locuiesc în partea vestică a ţării, unde sunt situate cele mai sărace provincii şi regiuni autonome.[22] Minorităţile etnice, care constituie majoritatea populaţiei în multe zone rurale, au avut o contribuţie limitată în planificarea modelului de dezvoltare impus de stat. În vest, în Regiunea Autonomă Mongolia Interioară (RAMI), Regiunea Autonomă Tibet (RAT) şi în RAUX, dar şi în alte nouă provincii, o regiune autonomă şi un municipiu cu statut de provincie, au fost desfăşurate campanii serioase de dezvoltare, cum ar fi Marele Proiect de Dezvoltare a Vestului, lansat în anul 2000 de către guvernul chinez,[23] însă minorităţile din regiunile respective au avut beneficii limitate şi mai multe deranjuri de pe urma acestor programe.[24]

Odată cu lansarea reformei economice în 1978, oraşele din regiunea coastei au început să atragă oameni de toate naţionalităţile din toată ţara.[25] Uigurii, în căutarea oportunităţilor de dezvoltare şi a unei situaţii economice mai bune, au urmat şi ei această tendinţă, migrând spre oraşele de coastă.

Un studiu intitulat *Schimbările din Satul Xinjiang din Beijing*, care a fost efectuat de către Yang Sheng-min, cercetător în cadrul Departamentului de Sociologie al Universităţii din Beijing, şi Wang Han-sheng, de la Şcoala de Enologie şi Sociologie a Universităţii Minzu din China, s-a axat pe populaţia de uiguri flotanţi din Beijing. Studiul a presupus distribuirea chestionarelor printre reprezentanţii minorităţilor etnice stabiliţi într-o zonă a Beijingului numită „Satul Xinjiang". Rezultatele acestei cercetări au arătat că uigurii au constituit 92,1% din respondenţi. Din 203 participanţi la chestionare, 187 au fost uiguri şi 11 – reprezentanţi ai altor minorităţi, iar etnia altor 5 respondenţi a rămas necunoscută. Din păcate, cu toate că cercetarea a fost efectuată în octombrie 2000, iar analiza statistică a datelor acumulate a fost finalizată în 2001, studiul a rămas nepublicat până în 2008.[26] Către acea vreme, prin Satul Xinjiang, cunoscut şi ca Weigongcun, se trecuse cu buldozerele, în 2005. Astfel, astăzi acolo există doar două restaurante uigure mari, iar comunitatea de uiguri s-a împuţinat după ce au rămas fără locuinţe. Până astăzi nu există investigaţii academice care să explice motivele evacuărilor din Weigongcun, însă unele siteuri guvernamentale au afirmat că evacuările au fost necesare în conformitate cu planul de construcţii municipale din Beijing.[27] Alţi comentatori au sugerat că evacuarea a fost organizată în calitate de măsură de siguranţă în preajma desfăşurării Congresului al XVI-lea al Partidului Comunist Chinez la Beijing.[28] Alţii au afirmat că distrugerea cartierului Weigongcun a fost o mişcare intenţionată cu scopul de a exila uigurii flotanţi din capitala Chinei.

1.3 Categoriile de uiguri în China propriu-zisă

Uigurii care locuiesc în China propriu-zisă pot fi divizaţi în următoarele categorii:[29]

1) uigurii care s-au născut şi au crescut în China propriu-zisă, care vorbesc fluent chineza, dar nu cunosc foarte binen limba lor maternă;

2) studenţii uiguri care îşi fac studiile la universităţile din China propriu-zisă, care vor-

besc la fel de bine atât chineza, cât şi limba uigură;

3) populaţia de uiguri flotanţi, care vorbesc fluent limba uigură, dar foarte prost chineza şi care au studii foarte limitate; şi

4) uigurii care lucrează la fabrici şi uzine în oraşe mari, precum Beijing sau Tianjin, şi în provincii, precum Zhejiang sau Shandong,[30] majoritatea fiind tineri care vorbesc fluent limba uigură, dar care au absolvit doar şcoala generală şi, prin urmare, au cunoştinţe limitate de chineză.

2. Necazurile cu care se confruntă uigurii în China interioară

2.1 Probleme serioase legate de sănătate

„La 27 august 2009, a murit un pacient de numai 28 de ani. Asta s-a întâmplat la doar şase luni după ce tânărul a aflat că este seropozitiv. Trăia în Beijing de mulţi ani. Lua droguri de cinci ani. Trăia singur. Nu comunica des cu cei de acasă (Regiunea Autonomă Uigură Xinjiang). Era şomer. A murit în stradă în capitala Chinei, unde mulţi tineri uiguri vin nutrind mari speranţe că vor avea o viaţă mai bună decât în Xinjiang şi că vor gusta din beneficiile modernizării societăţii noastre."[31]

HIV/SIDA reprezintă una dintre cele mai serioase probleme cu care se confruntă astăzi uigurii ce locuiesc în China interioară.[32] Potrivit unui raport al Centrului de Cercetare pentru Dezvoltare în Sănătate[33], un think-tank creat cu susţinerea guvernului, unica organizaţie în afară de Institutul AIZHIXING care a desfăşurat un program de schimb de ace şi seringi printre uigurii din Beijing, procentajul utilizatorilor de droguri de origine uigură diagnosticaţi cu HIV/SIDA şochează, fiind de 51,97 la sută.[34] Într-o scrisoare deschisă către Biroul de Securitate Publică al municipiului Beijing, Wan Yanhai (notoriu militant chinez pentru drepturile omului şi directorul Institutului AIZHIXING din Beijing) a declarat: „La 11 ianuarie 2009, însoţit de voluntari, am mers în cartierul Daxing din municipiul Beijing pentru a vizita o bolnavă de SIDA. Când am ajuns la ea acasă, am găsit-o zăcând în pat în chinuri. (…) Am promis s-o ducem la spital a doua zi. Din păcate, în aceeaşi seară, am primit veste că femeia murise. (…) În decursul aceleiaşi săptămâni am auzit că alte două femei uigure au murit de SIDA. Nu numai că le-am compătimit profund, dar am şi realizat că municipalitatea noastră nu îi tratează adecvat pe oamenii de etnie uigură care provin din Xinjiang. Acele femei au murit nu din cauza lipsei tratamentului medical, ci din cauza lipsei îngrijirii medicale, pe care statul nostru este obligat să îl ofere bolnavilor de SIDA săraci."[35]

Marginalizarea, utilizarea drogurilor şi imposibilitatea de a accesa servicii de sănătate în zona în care trăiesc au devenit caracteristici obişnuite ale vieţii uigurilor flotanţi.[36] În pofida existenţei în Beijing şi în alte centre urbane a Comisiei de Stat pentru Relaţii Etnice, a cărei responsabilităţi constau în efectuarea studiilor privind problemele etnice, elaborarea politicilor în domeniu, coordonarea şi monitorizarea activităţii altor agenţii ce au obligaţii legate de minorităţile etnice,[37] nu există proiecte susţinute de guvern şi nici fonduri disponibile pentru a rezolva grava problemă de sănătate cu care se confruntă uigurii flotanţi. Chiar atunci când guvernul chinez a investit fonduri serioase în susţinerea proiectelor anti-HIV/SIDA în RAUX,[38] foarte puţină atenţie s-a acordat uigurilor flotanţi din China propriu-zisă, în pofida faptului că seriozitatea problemelor lor legate de sănătate este mai mult decât evidentă.

2.2 Accesul la locuinţe

În afară de faptul că sunt lipsiţi de acces la o îngrijire medicală adecvată, uigurii flotanţi se confruntă, de asemenea, şi cu dificultăţi în a obţine acces la locuinţe. Problema locuinţelor a devenit, astfel, încă una dintre multele griji existente în viaţa uigurilor din China propriu-zisă. Un reportaj intitulat *Un licăr al armoniei interetnice*, publicat într-o revistă politică de mare tiraj şi reputaţie, relatează:

„În cartierul Daxing din Beijing locuiesc peste 100 de uiguri. Până în octombrie 2009, nimeni nu le închiria locuinţe. Când se lăsa noaptea, ei mergeau la internet-cafe-uri sau la băi publice pentru a-şi găsi un adăpost. Acum 2 luni însă, a apărut un reprezentant al Institutului AIZHIXING care a început să-i ajute să obţină locuinţe în chirie. Acesta mergea din uşă în uşă şi comunica cu proprietarii. Până în prezent, el a aranjat încăperi pentru mai mult de 30 de persoane. Dacă fiecare dintre ei ar ajuta o persoană, ar fi mai mult de 60 de oameni stabiliţi."[39]

Acelaşi articol prezintă un fragment dintr-un interviu cu o femeie migrantă:

„Noi nu suntem nişte câini! Nu e nevoie să mă alungi cu strigăte, nu vreau să pătrund fără voie în casa ta!" spune Mlika, o femeie de 40 de ani de origine uigură, cu vocea tremurândă. „Noi ştim că asta este casa ta. Dacă aş face ceva rău, poţi să mă alungi... Dacă ne dai voie, noi rămânem, dacă nu, plecăm. Noi nu suntem sclavi, nu suntem câini, de ce tot strigi la noi Afară! Afară!?"[40]

În timpul unei vizite la faţa locului întreprinse de Institutul AIZHIXING în cadrul proiectului său dedicat uigurilor, reprezentanţii comunităţii uigurilor flotanţi şi-au exprimat indignarea faţă de refuzul localnicilor de a le închiria locuinţe. Cei câţiva uiguri migranţi care au reuşit totuşi să dobândească o încăpere în chirie sunt nevoiţi să plătească pentru ea mult mai mult decât chiriaşii chinezi Han din aceeaşi zonă.[41]

O altă formă răspândită de discriminare împotriva uigurilor flotanţi este şi obţinerea, cu mare dificultate, a unei camere în hotel .[42]

Acest fapt le face situaţia şi mai complicată şi frustrantă: ei nu pot trăi ca nişte adevăraţi cetăţeni ai Chinei, în aceleaşi condiţii cu chinezii Han, fiind trataţi ca cetăţeni de mâna a doua. Cazul de mai jos este un exemplu tipic:

„La 22 octombrie, Institutul AIZHIXING a planificat o întrunire la hotelul Zhongshilong din Beijing. În cele din urmă, am decis să nu desfăşurăm evenimentul la acel hotel, pentru că în contract am găsit o clauză care zicea: „În conformitate cu ordonanţele municipale, hotelul nostru nu va accepta clienţi din PAUX şi Tibet".[43]

Aceste cazuri demonstrează încălcarea drepturilor fundamentale ale uigurilor care, în mod evident, trebuie să fie protejate în baza principiului nediscriminării consfinţit de mai multe tratate internaţionale, dar şi de Constituţia RPC. Datorită insuficienţei de probe, este foarte complicat să se lupte cu astfel de încălcări, uigurii flotanţi continuând să se confrunte cu asemenea dificultăţi.

2.3 Accesul la locuri de muncă

Având în vedere dificultatea cu care mulţi uiguri flotanţi vorbesc chineza, este extrem de greu pentru ei, îndeosebi pentru cei care au studii limitate, să îşi găsească o slujbă în China propriu-zisă. Nu există estimări statistice exacte privind rata de şomaj printre uigurii flotanţi. Însă, în cadrul unui interviu realizat în 2009, un bărbat de origine uigură aflat într-un restaurant uigur din cartierul Weigong-

cun a relatat pentru Institutul AIXHIXING următoarele:

„Eu pot să devin paznic sau să îmi deschid propria afacere mică. Dar sunt sigur că ei nu ne vor angaja niciodată. Şi obţinerea licenţei nu e un lucru uşor. Trebuie să ai relaţii în instituţiile respective."[44]

În cadrul altui interviu, un bărbat uigur din oraşul Shenzhen a relatat:

„Într-o după amiază am văzut o mulţime de localnici Han fugărindu-se după cineva. Din curiozitate, i-am întrebat în engleză ce s-a întâmplat. Unul dintre ei mi-a spus că urmăreau nişte hoţomani din RAUX, care, în cele din urmă, au fost prinşi. Inima îmi este grea. Nici nu le pot spune măcar că sunt şi eu uigur."[45]

Mulţi uiguri, care lucrează în China propriu-zisă şi care aparţin primelor două categorii menţionate în secţiunea 1.3, nu doresc să vorbească despre uigurii flotanţi, deoarece se simt ruşinaţi. Ei consideră ca aceşti oameni nu merită să fie ajutaţi, pentru că strică imaginea poporului uigur.[46] Aceştia sunt, în mare parte, studenţi care vor să se angajeze la o slujbă calificată după absolvirea universităţii. Dorinţa de a fi un uigur model este răspândită printre uigurii din China interioară, întrucât ei cred că imaginea personală poate influenţa reputaţia întregului popor.

Într-o societate cum este cea chineză, privată de libertatea informaţiei şi de o presă liberă, relaţiile între chinezii Han şi uigurii flotanţi s-au înrăutăţit şi mai mult. Adesea în cadrul dezbaterilor publice, vorbind despre discriminarea cu care se confruntă şi despre situaţia lor în general, uigurii sunt calificaţi drept „separatişti".[47] Vedem în această stare de lucruri o intensificare vizibilă a atitudinilor naţionaliste, începând cu anii 1990',[48] de asemenea şi o reflectare a reacţiei dure demonstrate de conducerea Han a Chinei faţă de dorinţa crescândă de independenţă în rândul uigurilor.[49]

2.4 Percheziţionarea „de rutină" şi acţiunile „speciale" în preajma evenimentelor importante

Majoritatea uigurilor flotanţi, provenind din RAUX, sunt afectaţi în multiple aspecte de politica guvernului faţă de uigurii din regiunea respectivă. Spre exemplu, la scurt timp după atacurile teroriste din 11 septembrie 2001 din Statele Unite, declaraţiile oficiale ale autorităţilor chineze au semnalat decizia guvernului de a utiliza „lupta globală împotriva terorismului" pentru a intensifica represiunile împotriva poporului uigur.[50] În cazul uigurilor flotanţi, situaţia ar putea fi şi mai gravă. Unii dintre ei sunt implicaţi în activităţi criminale.[51] Declaraţiile autorităţilor referitoare la uiguri au dat poliţiei împuterniciri nelimitate, inclusiv de a-i percheziţiona în mod arbitrar, de a le verifica documentele de identitate şi certificatele de reşedinţă temporară, de a le preleva teste de urină, de a-i expulza de la evenimente importante. Acest lucru s-a întâmplat cu mai multe ocazii, inclusiv: (i) Jocurile Olimpice de la Beijing din 2008; (ii) aniversarea a 60-a a RPC din 2009; (iii) Expoziţia de la Shanghai din 2010 şi (iv) Jocurile Asiatice de la Guangzhou.[52] În vara anului 2009, în timpul unei vizite în teren a echipei Institutului AIZHIXING în cartierul Daxing din Beijing, reprezentanţii comunităţii uigurilor flotanţi şi-au exprimat reacţia faţă de aceste încălcări:

„Dacă poliţia are destule dovezi să ne aresteze, atunci să o facă. Noi nu vom spune nimic. Însă ea ne percheziţionează când vrea şi de fiecare dată ne tratează ca pe nişte criminali. Spuneţi-ne, ne putem considera cetăţeni cu drepturi depline ai Chinei?"[53]

O femeie pe nume Guli ne spune: „Imediat ce încercăm să dăm o replică în legătură cu faptul cum suntem trataţi, ei ne acuză de separatism sau de alte crime legate de politică." Un bărbat uigur adaugă: „Aşa că noi încercăm să ne ţinem limba după dinţi."[54]

Cu toate că propaganda chineză, care vorbeşte despre pericolul terorismului uigur, a remarcat ocazional că foarte puţini uiguri sunt, de fapt, „teroriști separatisto-fundamentaliști", astfel de măsuri ca raziile generale şi strămutarea tuturor uigurilor din Beijing şi Shanghai în preajma Jocurilor Olimpice insinuează ideea că niciun uigur nu poate fi crezut. S-a creat un stereotip, chiar şi printre chinezii Han cu educaţie din mediile urbane, datorită căruia uigurii sunt priviţi ca fiind nişte ingraţi, leneşi, infractori agresivi care poartă cuţite şi fură din buzunare, pe lângă păcatul că sunt potenţiali teroriști.[55]

3. Analiza legislaţiei

În China există mai multe legi care conţin principiile nediscriminării şi tratamentului egal în faţa legii.[56] Cu toate acestea, exemplele prezentate în acest articol demonstrează faptul că în practică legile naţionale nu protejează şi nu asigură realizarea egalităţii în drepturi a uigurilor flotanţi.

3.1 Dreptul la egalitate şi nediscriminare

Potrivit Articolului 33 al Constituţiei RPC din 1984, toţi cetăţenii chinezi trebuie trataţi egal. Acest principiu constituţional este consolidat de obligaţiile pe care China şi le-a asumat în cadrul mai multor tratate internaţionale, inclusiv Convenţia internaţională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială (CIEDR).[57]

3.2 Legislaţia naţională

Articolul 4 al Constituţiei RPC prevede principiile fundamentale ale nediscriminării şi egalităţii tuturor naţionalităţilor, stipulând, totodată, şi interzicerea secesionismului:

„Statul protejează drepturile şi interesele legitime ale naţionalităţilor minoritare, susţine şi dezvoltă relaţii de egalitate, unitate şi asistenţă reciprocă între toate naţionalităţile Chinei. Discriminarea şi opresiunile faţă de orice naţionalitate sunt interzise; orice acţiuni care subminează unitatea naţionalităţilor sau instigă la secesiunea lor sunt interzise. Statul asistă zonele locuite de naţionalităţile minoritare în accelerarea dezvoltării lor economice şi culturale în conformitate cu particularităţile şi nevoile naţiunilor minoritare respective. Autonomia regională este practicată în zonele în care oameni de naţionalităţi minoritare trăiesc în comunităţi compacte; pentru exercitarea dreptului de autonomie, în aceste zone sunt stabilite organe de autoguvernare. Toate regiunile naţionale autonome sunt părţi inalienabile ale Republicii Populare Chineze. Oamenii de toate naţionalităţile au libertatea de a utiliza şi dezvolta propriile lor limbi vorbite şi scrise, precum şi de a păstra sau schimba obiceiurile şi tradiţiile proprii."

În mod evident, aceste prevederi ale Constituţiei RPC ar trebui să ofere protecţie uigurilor flotanţi. Guvernul chinez trebuie să îşi asume responsabilitatea de a proteja şi asigura realizarea drepturilor uigurilor, după cum, fără echivoc, o cere legislaţia naţională.

În ceea ce priveşte problemele legate de lipsa accesului la sănătate şi locuinţe cu care se confruntă uigurii, dar şi imposibilitatea

de a obţine asistenţă juridică, şi, în special, problemele pe care le întâmpină mult mai vulnerabilii uiguri flotanţi, este evident că poporul uigur nu beneficiază de suficientă protecţie din partea statului. Mai rău, dreptul lor fundamental la egalitate este încălcat de stat. Trebuie să se adauge aici că, în timp ce acest articol examinează în mod special problemele cu care se confruntă populaţia uigurilor flotanţi, guvernul chinez nu îşi respectă obligaţiile constituţionale şi în privinţa altor categorii de muncitori migranţi din China.

Articolul 3 al Legii cu privire la promovarea ocupării forţei de muncă prevede că toţi angajaţii au dreptul de a alege un loc de muncă: „În domeniul angajării în câmpul muncii este interzisă discriminarea pe bază de naţionalitate, rasă, gen şi convingeri religioase."[58] Această dispoziţie confirmă dreptul tuturor persoanelor de a se bucura de şanse egale în alegerea unei slujbe pe piaţa muncii. În privinţa uigurilor flotanţi, aceste dispoziţii pur şi simplu nu se execută, după cum se vede din interviurile cu uigurii la care s-a făcut trimitere în acest articol, precum şi din cele prezentate în raportul Institutului AIZHIXING, *Raport de drepturi ale omului privind situaţia uigurilor din China interioară – pe exemplul uigurilor din Beijing*.[59]

3.3 Angajamente internaţionale

Nediscriminarea şi egalitatea în faţa legii sunt principii fundamentale în dreptul internaţional în domeniul drepturilor omului, aplicându-se şi minorităţilor etnice. Acestea sunt consfinţite în Declaraţia universală a drepturilor omului (DUDO) şi consolidate în tratatele internaţionale de bază.[60] CIEDR, de exemplu, impune interdicţii asupra tuturor formelor de discriminare rasială, fie că acestea sunt bazate pe rasă, culoare, origine, provenienţă naţională sau etnică, şi cheamă la implementarea politicilor care să elimine discriminarea rasială. Recent, Declaraţia ONU cu privire la drepturile persoanelor aparţinând minorităţilor naţionale sau etnice, religioase şi lingvistice din 1992 (UNDM)[61] a detaliat şirul de drepturi ale minorităţilor. O interpretare avizată a UNDM spune că, atâta timp cât nu există un tratat ONU dedicat în totalitate drepturilor minorităţilor, UNDM reprezintă un standard de referinţă universal în acest domeniu în cadrul dreptului internaţional.[62]

În plus, în calitate de stat parte la Pactul internaţional cu privire la drepturile economice, sociale şi culturale,[63] Convenţia internaţională cu privire la eliminarea discriminării rasiale,[64] Convenţia internaţională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDF),[65] Convenţia împotriva torturii şi altor tratamente sau pedepse inumane şi degradante (CAT)[66] şi Convenţia cu privire la drepturile copilului,[67] statul chinez este obligat să implementeze aceste drepturi, inclusiv dreptul la nediscriminare şi protecţie adiţională pentru minorităţi, precum şi să raporteze cu privire la conformarea cu obligaţiile sale şi implementarea acţiunilor cerute.[68] Spre respectarea obligaţiilor în privinţa uigurilor flotanţi mai e o cale foarte lungă.

3.4 Nerespectarea angajamentelor asumate de China

Cu toate că multe legi, regulamente, politici şi declaraţii oficiale vorbesc despre importanţa egalităţii între grupurile etnice din China, statul chinez nu îşi respectă obligaţiile de a proteja şi asigura realizarea drepturilor minorităţilor, nici la nivel naţional, nici internaţional. Exemplele prezentate în articolul de faţă dovedesc acest eşec.

Obstacolele în îndeplinirea acestor angajamente includ: (i) discrepanţa dintre politicile centrale şi implementarea lor la nivel local;

(ii) lipsa unei definiţii juridice a *discriminării*; (iii) lipsa unei monitorizări sistemice şi efective a procesului de implementare şi (iv) capacităţile instituţionale slabe.[69] Mai mult, în cazul uigurilor flotanţi, în majoritatea situaţiilor ei au devenit practic invizibili în izolarea sau, mai bine zis, excluderea lor, iar guvernul pare a fi mai puţin înclinat să rezolve problema încălcărilor cu care se confruntă aceştia.

4. Concluzii – Suferinţele continuă

În ultimii ani, China a recunoscut unele din problemele sale, în special cele legate de decalajul economic în creştere dintre provinciile de coastă şi regiunile din vest. În pofida faptului ca statul a recunoscut aceste lucruri şi chiar s-au întreprins anumite acţiuni pentru a redresa aceste situaţii, China continuă să se folosească de statutul unei ţări „în dezvoltare" pentru a combate orice fel de critici faţă de politicile sale în domeniul drepturilor omului.[70] Prin această tactică, suferinţele uigurilor sunt pur şi simplu ignorate. Cum s-a menţionat mai sus, nu s-au găsit suficiente resurse pentru a implementa proiecte în domeniul sănătăţii pentru toţi uigurii flotanţi din China interioară. Mai mult, fiind unicul ONG care desfăşoară un proiect de asistenţă juridică şi în sănătate pentru uigurii din Beijing şi Kunming, Institutul AIZHIXING a avut deseori de a face cu imixtiunea guvernului chinez.[71]

Hărţuirile, intimidările şi ameninţările s-au intensificat mai ales în perioadele în care China apărea în lumina reflectoarelor internaţionale. Cu o lună înainte de Jocurile Olimpice din 2008, dar şi înainte de celebrarea a 60 de ani de la fondarea Republicii Populare Chineze în 2009, Institutul AIZHIXING de la Beijing a fost nevoit să îşi întrerupă activităţile.[72]

Într-un reportaj publicat în *Global Times*, Deng Shengguo, directorul adjunct al Centrului de Cercetare al ONG-urilor din cadrul Universităţii Tsinghua, a declarat că guvernul impune reguli stricte faţă de ONG-uri din temerea că acestea constituie o sursă potenţială de tulburări sociale prin mobilizare politică.[73] În rezultatul acestor imixtiuni, Institutul AIZHIXING s-a văzut nevoit să îşi amâne unele proiecte de anvergură în câteva comunităţi. La fel, a fost amânat şi proiectul dedicat uigurilor din Beijing, membrii de naţionalitate uigură ai Institutului fiind obligaţi să părăsească municipiul Beijing.

În ianuarie 2006, a fost lansat un proiect online de către Ilham Tokhti, un profesor de economie de origine uigură şi un militant activ,[74] care încearcă să discute în mod deschis despre problemele uigurilor din China. Profesorul Tokhti a declarat recent într-un interviu pentru *The New York Times*: "Mă tem că mulţi dinte reprezentanţii poporului meu vor fi împinşi spre extremism".[75]

Cu toate că acest comentariu se referă mai mult la uigurii din RAUX, circumstanţele similare în care se află astăzi uigurii flotanţi în China propriu-zisă ar trebui să constituie pentru autorităţi un semnal de alarmă în plus. În afară de două organizaţii independente, Institutul AIZHIXING din Beijing şi Reţeaua Uighurbiz, care au pledat deschis pentru drepturile uigurilor flotanţi, există foarte puţine asociaţii care desfăşoară activităţi pentru a soluţiona problemele legate de discriminare cu care se confruntă uigurii flotanţi în China propriu-zisă. Aspectele legate de minorităţile etnice în China sunt extrem de sensibile, după cum a putut să vadă întreaga comunitate internaţională, dar şi guvernul chinez, atunci când, la 5 iulie 2009, au izbucnit revolte în Urumqi.[76] Dacă guvernul chinez nu va aplica măsurile necesare pentru a asigura protecţia uigurilor flotanţi de toa-

te formele de discriminare şi inechitate, va fi dificil să se evite repetarea unor astfel de conflicte.

5. Acţiuni urgente

Pentru a stabili motivele eşecurilor de sistem privind asigurarea drepturilor uigurilor flotanţi „invizibili" trebuie iniţiate investigaţii, iar pentru a-şi îndeplini obligaţiile faţă de fiecare cetăţean de pe teritoriul Chinei guvernul urmează a fi încurajat să întreprindă acţiuni urgente. În scrisoarea sa deschisă adresată Biroului Municipal Beijing, Wan Yanhai a declarat:

"[G]uvernul trebuie să înceteze acţiunile neprietenoase faţă de uigurii din China interioară, cum ar fi propaganda separatistă; statul trebuie să aloce fonduri pentru a ajuta comunitatea uigură, inclusiv prin dezvoltarea învăţământului, reţelelor de organizaţii sociale comunitare, oportunităţilor de angajare în câmpul muncii şi serviciilor medicale; trebuie să încurajeze organizaţiile să desfăşoare campanii largi de educaţie în sănătate şi să ofere servicii medicale printre populaţiile flotante de uiguri în China propriu-zisă; trebuie să ia măsuri urgente pentru a oferi tratament HIV/SIDA şi îngrijire paliativă, precum şi programe de tratare şi reducere a riscurilor printre utilizatorii de droguri de origine uigură din China propriu-zisă."[77]

Pentru a oferi protecţie uigurilor flotanţi, guvernul chinez trebuie, de asemenea, să asigure protecţie efectivă împotriva discriminării.[78] Statul chinez trebuie încurajat să îşi implementeze angajamentele asumate în cadrul CIEDR şi al altor tratate internaţionale. Într-un raport intitulat *China: excluziunea şi marginalizarea minorităţilor şi tensiunile crescânde*, organizaţia Human Rights in China vorbeşte despre aspecte legate de drepturile minorităţilor. Acesta recomandă statului chinez să implementeze plenar în legislaţia sa naţională prevederile CIEDR şi ale altor tratate de drepturi ale omului ratificate de China şi să asigure accesul tuturor cetăţenilor la protecţie efectivă şi la remedii legale şi administrative prin intermediul instituţiilor competente şi independente.[79] Fără astfel de acţiuni, statul chinez nu numai că va declanşa nemulţumiri în rândul uigurilor, dar, în ultimă instanţă, vor suferi şi reprezentanţii poporului Han, iar „reacţiile în lanţ" provocate astfel vor afecta stabilitatea întregii societăţi, întrucât oamenii de rând de origine Han pot deveni victime ale răzbunării, după cum au arătat evenimentele tragice de la 5 iulie 2009.[80]

În prezent, jurnaliştii din China se bucură de libertăţi foarte limitate. Există totuşi reportaje independente care descriu viaţa uigurilor flotanţi[81], dar şi speranţa că acestea vor ajuta publicul să înţeleagă suferinţele pe care le îndură uigurii flotanţi trăind departe de patria şi cultura lor. Sperăm, de asemenea, că aceste reportaje vor contribui la sporirea sentimentului comun de frăţie şi prietenie adevărată. Intervenţia imediată a mass-media este în mod inevitabil necesară pentru a ridica nivelul de conştientizare.[82]

Şi în sfârşit, orice proiect ce vrea să contribuie la promovarea drepturilor uigurilor flotanţi trebuie să încurajeze reprezentanţii acestei comunităţi să se implice activ în proiect şi să comunice cu localnicii de origine Han pe orice cale şi cu orice ocazie posibilă. Pe de altă parte, doar după ce vocea uigurilor flotanţi va fi auzită de factorii de decizie, legislatori şi oficialii locali responsabili de implementarea politicilor, drepturile acelor oameni vor fi protejate în mod corespunzător şi efectiv. În acelaşi timp, beneficii reale se vor obţine numai cu implicarea activă a uigurilor flotanţi în proiectele şi procesele respective.

În realitate, relaţiile între chinezii Han şi uigurii flotanţi se vor îmbunătăţi doar atunci când cele două comunităţi vor învăţa să se înţeleagă una pe alta, când îşi vor respecta reciproc culturile şi tradiţiile. Doar atunci va fi atinsă cu adevărat o armonie socială.[83]

---

[1] M. Rayila a activat în cadrul Institutului AIXHIZING din Beijing, iar în prezent este încadrată într-un program de fellowship la Centrul pentru Drepturi ale Omului Aplicate al Universităţii din York.

[2] Human Rights Watch, China: *„Ne e frică chiar să-i căutăm": Dispariţiile forţate în urma protestelor din Xinjiang*, 20 octombrie 2009, disponibil la: http://www.hrw.org/en/node/86103/section/1

[3] Comisia Executivă pentru China a Congresului SUA, *Detalii despre demonstraţia din 5 iunie*, disponibil la: www.cecc.gov/pages/virtualAcad/index.phpd?showsingle=125582

[4] Rebiya Kadeer, *Tulburările din Turkestanul de Est: Ce ascunde China de mass-media*, 20 iulie 2009, disponibil la: http://www.uhrp.org/articles/2539/1/Unrest-in-East-Turkestan-What-China-is-Not-Telling-the-Media-/index.html

[5] Vezi mai sus, nota 2, p. 8.

[6] Bovingdon, G., *Uigurii: străini pe propriul pământ*, Columbia University Press, 2010, p. 170.

[7] Millward, J. A., *Violenţele din Urumqi din 2009: un moment de cotitură?, Central Asian Survey*, vol. 28 (4), 2010, p. 11.

[8] Nota editorului: „China interioară" sau „China propriu-zisă" sunt termeni folosiţi pentru a desemna acea parte a Chinei care este populată în mod tradiţional de chinezii din grupul etnic Han. Astăzi, termenul „China propriu-zisă" este unul controversat în China, deoarece discursul oficial nu face deosebire dintre China interioară şi periferii. La nivel oficial, termenul „China propriu-zisă" este evitat, pentru că acesta poate fi interpretat ca o justificare a separatismului. Pe de altă parte, mulţi autori utilizează acest termen pentru a face distincţie între „China interioară" ca areal al unui popor definit în termeni culturali, şi „China", ca entitate politică.

[9] Vezi, de exemplu, Millward, J. A., Eurasian Crossroads: A History of Xinjiang, Columbia University Press, 2007; Tyler, C., Wild West China: The Taming of Xinjiang, Rutgers University Press, 2004; Frederick Starr, S. (ed.), Xinjiang: China's Muslim Borderland, M. E. Sharpe, 2004; vezi, de asemenea, nota 6.

[10] În cei doi ani de activitate la Institutul AIZHIXING din Beijing, autoarea a avut oportunitatea să se implice într-un proiect uigur din Beijing, prin intermediul căruia s-au documentat multe dificultăţi cu care se confruntă uigurii în China interioară în viaţa lor de zi cu zi. În calitate de uigur flotant stabilită temporar în Beijing, autoarea s-a confruntat cu discriminare din partea majorităţii chinezilor Han. În acelaşi timp, autoare se află într-o situaţie mai bună decât alţi uiguri flotanţi, datorită studiilor sale şi cunoaşterii dialectului mandarin.

[11] Hess, S., *Exportul uigur de braţe de muncă şi fragmentarea muncii în estul industrial chinez, Central Asian Survey,* vol. 28(4), 2009, pp. 403-416.

[12] Institutul AIZHIXING din Beijing este una dintre cele mai mari organizaţii neguvernamentale specializate în domeniul dreptului la sănătate din China, care a fost fondată în 1994. Scopul Institutului este să lupte cu discriminarea, să promoveze accesul egal la servicii medicale şi sociale pentru comunităţile marginalizate şi, de asemenea, principiile responsabilităţii sistemului juridic şi transparenţei guvernului, în vederea construirii unei platforme mai solide pentru drepturile omului în China. La fel, Institutul este implicat în programe de servicii comunitare. Autoarea păstrează anonimitatea colegilor pentru propria lor siguranţă. Pentru mai multă informaţie, vizitaţi site-ul organizaţiei: www.aizhi.net. V. de asemenea: http://uob0w1.chinaw3.com/en/?p=12

[13] Este regretabil faptul că, din cauza lipsei de resurse, Institutul AIXHIXING nu a putut să extindă aria proiectului dedicat uigurilor pentru a acoperi şi alte oraşe unde există comunităţi de uiguri flotanţi, cum ar fi Guangzhou, Shanghai, Zhenzhou şi Nanjing. Trebuie să se întreprindă eforturi de cercetare adiţionale în aceste oraşe pentru a stabili dacă modelele de discriminare identificate în articol sunt răspândite şi în alte zone, aşa cum crede autoarea.

[14] Descifrarea discursului se conține în articolul lui Rong Ma, *Unele aspecte ale relațiilor interetnice în China urbană, North West Ethno-national Studies*, ediția 1, 2009, pp. 6-19.

[15] Comisia Națională pentru Populație și Planificare Familială, *Raportul privind evoluția populației flotante în China, ediția 2010*, disponibil la: http://www.chinapop.gov.cn/xwzx/zwyw/201006/t20100626_208390. html

[16] Hays, J., *Fapte și detalii. Muncitorii migranți din China*, 2008, ultima actualizare – februarie 2011, disponibil la: http://factsanddetails.com/china.php?itemid=150&catid=11&subcatid=72#11

[17] Grupul de lucru internațional pentru aspecte legate de populațiile indigene (IWGIA), *Lumea indigenă 2010*, 2010, disponibil la: http:// www.iwgia.org/graphics/Synkron-Library/Documents/publications/ Downloadpublications/IndigenousWorld/ IW_%202010_WEB.pdf

[18] Branigan, T. și Weaver, M., *Întrebări-răspunsuri: China și uigurii* , guardian.co.uk, 6 iulie 2009, disponibil la: http://www.guardian.co.uk/world/2009/jul/06/china-muslim-uighurs-background

[19] Vezi, de exemplu, site-ul Asociației Uigurilor din America: www.uyghuramerican.org.

[20] Millward, J. A. și Perdue, P. C., „Istoria politică și istoria culturii Regiunii Xinjiang până la sfârșitul secolului XIX", Frederick Starr, S. (ed.), *Xinjiang: China's Muslim Borderland*, M. E. Sharpe, 2004, p. 77.

[21] *Ibid.*, p. 81.

[22] Mackerras, C., *Minoritățile etnice din China și globalizarea*, Routledge-Curzon, 2003, p. 56.

[23] Vezi site-ul dedicat proiectului, la http://www.chinawest.gov.cn/

[24] Organizațiile Human Rights in China și Minority Rights Group International, *China: excluziunea și marginalizarea minorităților*, 2007, disponibil la: www.hrichina.org/public/PDFs/MRG-HRIC.China.Report.pdf

[25] Xiao-wen, L*., Relația dinte multinaționalismul și multiculturalismul urban – exemplul orașelor de coastă din provincia Guang Dong*, *Journal of Youjiang Teachers College for Nationalities Guangxi*, ediția 1, 2005, p.18.

[26] Han-sheng, W. și Sheng-min, Y., *Formarea și evoluția comunităților compacte printre populațiile minoritare flotante în orașele mari – Satul Xinjiang din Beijing, studiu de caz*, *North West Ethno-National Studies*, ediția 3, 2008, pp. 6-16.

[27] Vezi comentariul lui Fengping, P. (ed.), *China National Religion*, 27 octombrie 2009, disponibil la: http://www.mzzjw.cn/html/report/107627-1.htm

[28] *Peste 100 de locuitori ai cartierului Xinjiangcun trimiși înapoi în Xinjiang*, *China Watch*, 6 noiembrie 2002, available at: http://www.kanzhongguo.com/node/27977

[29] Această clasificare este preluată dintr-o discuție online între Wan Yanhai și alți utilizatori la subiecte legate de uigurii din China interioară, în special aspecte sociale și de drepturi ale omului, 26 august 2010, disponibilă la: www.1984bbs.com

[30] Vezi mai sus, nota 14, p. 7.

[31] Zhuhe, *Când vor înceta morțile?,* Jurnalul proiectului dedicat uigurilor al Institutului AIZHIXING din Beijing, august 2009.

[32] Deutscher, J., *Sănătatea publică și patologiile sociale în Xinjiang*, Frederick Starr, S. (ed.), vezi mai sus, nota 20, p. 276.

[33] Denumirea în chineză: 北京新探健康发展研究中心, site disponibil la: http://www.healthtt.org.cn/

[34] Această cifră a fost preluată dintr-o prezentare power-point semnată de Cao Xue-yi și intitulată *Cu privire la asistența și tratamentul HIV/SIDA pentru utilizatorii de droguri migranți*, care a fost demonstrată la Centrul pentru Dezvoltare în Sănătate din Beijing la 4 decembrie 2009.

[35] Yanhai, W., *Scrisoare deschisă către Biroul Municipal de Securitate Beijing: privind locuitorii uiguri ai Beijingului*, ianuarie 2009, disponibilă la: www.aizhi.net.

[36] *Ibid.*

[37] O descriere a Comisiei de Stat pentru Relații Etnice (în limba chineză) este disponibilă la: http://www.seac.gov. cn/gjmw/mwjs/M08index_1.htm. Pentru versiunea engleză, vezi site-ul Consiliului de Afaceri Americano-Chinez, disponibil la: http://www.uschina.org/public/china/govstructure/govstructure_part5/26.html

[38] Vezi, de exemplu, descrierea programului comun implementat de Guvernul Chinei și AusAID intitulat *Prevenirea HIV/SIDA și îngrijirea pacienților în Xinjiang*, disponibilă la: http://www.ausaid.gov.au/china/projects/xin_hiv.cfm Vezi, de asemenea, descrierea programului comun implementat de Guvernul Chinei și Programul

Comun al Națiunilor Unite privind HIV/SIDA (2007- 2010), disponibilă la: http://www.unaids.org.cn/en/index/page.asp?id=159&class=2&classname=UN+Joint+Programme

[39] Jian-feng, Z., *Un licăr al armoniei interetnice*, *Nan Feng Chuang*, numărul 12, 2009.

[40] *Ibid.*

[41] Vezi *Jurnalul proiectului dedicat uigurilor al Institutului AIZHIXING din Beijing,* nota 31 de mai sus.

[42] *Mișcarea pentru drepturile civile ale uigurilor. Nu uigurilor în hotelul nostru*, *The New Dominion*, 20 octombrie 2008, disponibil la: http://www.thenewdominion.net/395/the-uyghur-civil-rights-movement-no-uyghurs-in-our-hotel/. Vezi, de asemenea, York, G., *Beijing spune bun venit persoanelor din toată lumea, dar nu și propriilor minorități etnice*, *Scripps News*, 18 iulie 2008, disponibil la: http://www.scrippsnews.com/node/34853

[43] Institutul AIZHIXING din Beijing, *Raport de drepturi ale omului privind situația uigurilor din China interioară – pe exemplul uigurilor din Beijing*, aprilie 2010.

[44] Vezi *Jurnalul proiectului dedicat uigurilor al Institutului AIZHIXING din Beijing,* nota 31 de mai sus.

[45] Interviu nepublicat cu un bărbat uigur ce lucrează în Shenzhen, luat de autoare în decembrie 2010.

[46] Informație preluată dintr-o conversație cu persoane de origine uigură care lucrează în China interioară, la care a participat autoarea pe un forum de discuții, martie 2009.

[47] *Proiectul uigur de drepturile omului (UHRP), Persecutarea uigurilor în era „Luptei cu terorismul*", 16 octombrie 2007, p. 7, disponibil la: http://uhrp.org/docs/Persecution_of_Uyghurs_in_the_Era_of_the_War_on_Terror.pdf

[48] Vezi mai sus, nota 22, p. 37.

[49] Vezi mai sus, nota 6, pp. 170-171.

[50] Vezi mai sus, nota 47, p. 1.

[51] Vezi mai sus, nota 22, p. 65.

[52] Vezi mai sus, nota 43, p. 19.

[53] Vezi *Jurnalul proiectului dedicat uigurilor al Institutului AIZHIXING din Beijing,* nota 31 de mai sus.

[54] *Ibid.*

[55] Vezi mai sus, nota 7, pp. 4-5.

[56] Vezi, de exemplu, Articolul 20 al Legii muncii a Republicii Populare Chineze din 1995 (disponibilă la: http://www. usmra.com/china/Labour%20Law.htm), Articolul 3 al Legii privind promovarea ocupării forței de muncă a RPC din 2008 (disponibilă la: http:// www.chinalawandpractice.com/Article/1777243/Channel/9931/PRC-Employment-Promotion-Law.html) și Nota cu privire la implementarea strictă a politicii de stat privind minoritățile, din mai 2008.

[57] China a semnat Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială la 29 decembrie 1981 și a ratificat-o la 28 ianuarie1982.

[58] Legea cu privire la promovarea ocupării forței de muncă a RPC din 2008, disponibilă la: http://www.chinalawandpractice.com/Article/1777243/ Channel/9931/PRC-Employment-Promotion-Law.html

[59] Vezi mai sus, nota 43.

[60] *Ibid*, p. 10.

[61] Declarația ONU cu privire la drepturile persoanelor aparținând minorităților naționale sau etnice, religioase și lingvistice, A/ RES/47/135, 18 decembrie 1992.

[62] Vezi mai sus, nota 24, p. 12.

[63] China a semnat Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale la 27 octombrie1997 și l-a ratificat la 27 martie 2001.

[64] Vezi mai sus, nota 57.

[65] China a semnat Convenția internațională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor la 17 iulie1980 și a ratificat-o la 4 noiembrie 1980.

[66] China a semnat Convenția împotriva torturii și altor tratamente sau pedepse inumane și degradante la 12 decembrie1986 și a ratificat-o la 4 octombrie 1988.

[67] China a semnat Convenția cu privire la drepturile copilului la 29 august 1990 și a ratificat-o la 2 martie 1992.

[68] Vezi mai sus, nota 24, p. 31.

[69] *Ibid.* p. 32.

[70] *Ibid.* p. 33.

[71] Comisia Executivă pentru China a Congresului SUA, Raport anual 2010, Congresul de legislatura CXI, Sesiunea a doua, 10 octombrie 2010, disponibil la: http://www.cecc.gov/pages/annualRpt/annualRpt10/CECCannRpt2010.pdf

[72] Yanhai, W., *Plecarea mea din China: mărturiile unui apărător al drepturilor omului, Equal Rights Review*, vol. 5, 2010, pp. 93-98.

[73] Han, Z., *ONG-urile simt strânsoarea*, *Global Times*, 19 mai 2010, disponibil la: http://special.globaltimes.cn/2010-05/533426.html

[74] Ilham Tokhti este profesor de economie la Universitatea Națională Centrală. Vezi, de asemenea, blogurile comentatorilor Zhangjin, H. și Goodbye, I., 12 iulie 2009, informație disponibile la: http://www.bullogger.com/blogs/huangzhangjin/archives/305303.aspx

[75] *Un intelectual uigur în China care nu dă înapoi*, *New York Times*, 20 august 2010, disponibil la: http://www.nytimes.com/2010/08/21/world/asia/21china.html

[76] Vezi mai sus, nota 2, p. 8.

[77] Vezi mai sus, nota 35.

[78] Vezi mai sus, nota 24, p. 33.

[79] *Ibid.* p. 34.

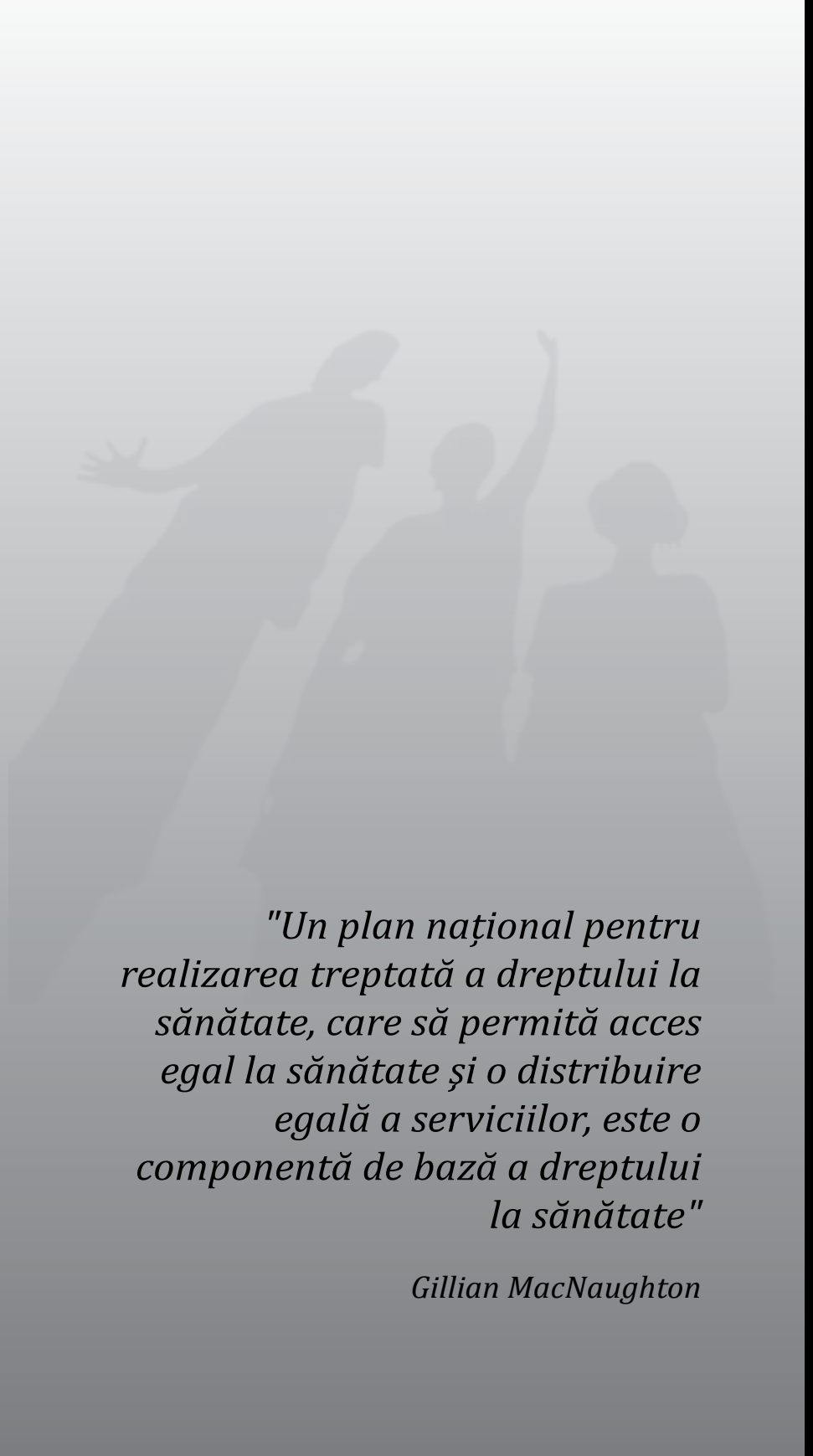
[80] *Numărul morților în Urumqi a crescut până la 192*, *China View*, 15 iulie 2009, disponibil la: http://news.xinhuanet.com/ english/2009-07/15/content_11713238.htm. Potrivit datelor Guvernului chinez, 134 din persoanele care au murit erau de origine Han.

[81] Vezi, de exemplu, Deng, L. și Muzapar, K., *O investigație a copiilor străzii din China interioară*, *Phoenix Weekly*, numărul 17, 2007.

[82] Vezi mai sus, nota 43, p. 21.

[83] Mulțumiri Institutului AIZHIXING din Beijing și membrilor echipei acestuia, cu mențiuni speciale pentru Izzet și Akbar. Sunt, de asemenea, recunoscătoare pentru informația utilă pe care am obținut-o de la organizațiile de uiguri din străinătate și de la organizația Minority Rights Group International. Mulțumiri speciale pentru Libby Clarke de la Equal Rights Trust.

SPECIAL



"Un plan național pentru realizarea treptată a dreptului la sănătate, care să permită acces egal la sănătate și o distribuire egală a serviciilor, este o componentă de bază a dreptului la sănătate"

Gillian MacNaughton

Sistemele de Sănătate şi Dreptul la Egalitate

Gillian MacNaughton[1]

Introducere

Sănătatea şi egalitatea sunt legate în mod inseparabil. După cum o demonstrează Richard Wilkinson şi Kate Pickett în lucrarea *Metoda nivelmetrului: De ce societăţile mai egale o duc mai bine*, inegalitatea este pur şi simplu nesănătoasă.[2] În societăţile unde există mai multă inegalitate se înregistrează o speranţă mai mică de viaţă, rate mai înalte ale mortalităţii infantile, o greutate mai mică la naştere şi mai multe cazuri de depresie, pe lângă alţi indicatori de sănătate scăzuţi.[3] În plus, la nivel de individ, un statut social mai jos înseamnă o sănătate mai precară pe fiecare palier al ierarhiei sociale.[4] Pe scurt, atât la nivel individual, cât şi la nivel de societate, inegalitatea are un impact negativ asupra sănătăţii. Mai mult, în majoritatea ţărilor, sistemele de sănătate inegale – aşa-numitele „sisteme în straturi" – exacerbează inegalitatea în sănătate, dar şi alte inegalităţi sociale, deoarece acestea, în mod invariabil, oferă cele mai puţine beneficii de sănătate persoanelor care, de fapt, au nevoie de ele cel mai mult.[5] În lumina acestor fapte, prezentul articol vrea să demonstreze că drepturile legate de egalitate – atât negative, cât şi pozitive – pot contribui la promovarea dreptului la sănătate pentru toţi.

Acest articol încearcă, de asemenea, să demonstreze importanţa integrării drepturilor legate de sănătate în drepturile sociale. Dreptul la egalitate şi nediscriminare are un mare potenţial de a promova drepturile sociale, inclusiv dreptul la sănătate. Însă relaţia dintre egalitate şi drepturile sociale rămâne a fi slab dezvoltată şi controversată.[6] Într-adevăr, pe parcursul ultimelor decenii teoreticienii în domeniul dreptului au încercat să creeze un cadru care ar integra aceste drepturi.[7] De obicei, discuţiile privind relaţia dintre egalitate şi drepturile sociale se limitează la egalitatea bazată pe statut sau aşa-numita „egalitate negativă". Astfel, fundamentându-şi demersul pe date, ei încearcă să demonstreze corelaţia strânsă între discriminarea bazată pe statut şi dezavantajul socio-economic în deciziile judecătoreşti privind cazurile unde anumitor categorii asociate cu un statut le sunt refuzate unele drepturi sociale.[8] În mod similar, Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale şi culturale afirmă că „persoanele şi categoriile de persoane continuă să sufere din cauza inegalităţii socio-economice, deseori din pricina formelor istorice şi contemporane de discriminare".[9] Este important că aceste discuţii scot în evidenţă legătura strânsă între categoriile marginalizate şi drepturile marginalizate.[10]

Recunoscând, totodată, că femeilor şi altor categorii dezavantajate deseori le sunt refuzate drepturile sociale în mod disproporţionat, prezentul articol se axează, în principal, pe acea categorie de oameni care este cel mai mult dezavantajată din punct de vedere socio-economic, adică oamenii săraci. În loc să meargă pe afirmaţia că refuzarea drep-

turilor sociale are un impact diferit asupra diferitelor categorii protejate de lege – cum ar fi femeile, persoanele cu dizabilităţi sau anumite categorii religioase, rasiale sau etnice – articolul îşi propune, în primul rând, să stabilească „statutul economic" sau „sărăcia" în sine drept un temei interzis de discriminare în cadrul aşa-numitei Carte internaţionale a drepturilor omului,[11] apoi, trecând peste conceptul de „egalitate negativă", să arate că în acest document se recunoaşte şi un drept pozitiv la egalitate.

Juriştii teoreticieni au recunoscut demult diferenţa dintre conceptul de „egalitate pozitivă" şi cel de „egalitate negativă".[12] Mathew Craven, bunăoară, a explicat că egalitatea pozitivă „prescrie ca fiecare persoană să fie tratată în acelaşi fel cu excepţia cazurilor când există justificare alternativă".[13] Pe de altă parte, egalitatea negativă ar „permite tratamente diferite, dacă acestea nu sunt bazate pe un şir de temeiuri interzise în mod expres".[14] Cu alte cuvinte, egalitatea pozitivă stabileşte egalitatea drept regulă şi cere justificare pentru orice caz de inegalitate. Le rândul ei, egalitatea negativă permite orice inegalitate şi cere justificare doar în circumstanţe limitate, când un anumit caz de inegalitate se dovedeşte a fi bazat pe un anume temei interzis de lege.

În dreptul internaţional în domeniul drepturilor omului egalitatea este, în general, recunoscută doar în forma sa negativă, cunoscută de toţi drept „nediscriminare".[15] Într-adevăr, numeroase tratate internaţionale de drepturi ale omului abordează problema nediscriminării, inclusiv Convenţia internaţională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială şi Convenţia privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor.[16] În schimb, dreptul pozitiv la egalitate este rareori recunoscut în dreptul internaţional şi legislaţiile naţionale. Acest articol propune să se recunoască faptul că dreptul pozitiv la egalitate, derivat din Articolul 26 al Pactului internaţional privind drepturile civile şi politice, se aplică drepturilor sociale după cum se aplică şi drepturilor civile şi politice.[17] În acest fel, articolul vrea să demonstreze că dreptul la egalitate socială este consfinţit în cadrul holistic al drepturilor omului stabilit de Carta internaţională a drepturilor omului.

Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale şi culturale afirmă: „Garanţiile egalităţii şi nediscriminării trebuie interpretate, în cea mai mare măsură posibilă, în moduri care să faciliteze o protecţie plenară a drepturilor economice, sociale şi culturale."[18]

Prezentul articol propune modalităţi de interpretare a drepturilor la egalitate şi nediscriminare recunoscute în Carta internaţională a drepturilor omului astfel încât să se protejeze mai bine drepturile sociale, în special dreptul la sănătate. Doar abordând aceste drepturi din punctul de vedere al unui cadru integrat şi holistic al drepturilor omului putem înţelege mai bine provocările legate de realizarea lor.

1. Sănătatea şi inegalitatea

Sănătatea precară şi speranţa scăzută de viaţă sunt strâns legate de inegalitate. Decalajul speranţei de viaţă între diferite ţări este binecunoscut. În anul 2008, Comisia pentru Determinanţii Sociali ai Sănătăţii de pe lângă Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) a arătat că un copil născut în Lesotho are o speranţă de viaţă la naştere de 42 de ani, pe când un copil născut în Japonia sau Suedia are o speranţă de viaţă de peste 80 de ani.[19] Mai puţin cunoscut este faptul că există decalaje imense de sănătate la nivel de ţară, cifra diferind între diferite categorii sociale cu până la 20 de ani.[20] În Australia, spre exemplu, spe-

ranţa de viaţă a populaţiei indigene este mai mică cu aproximativ 16 ani decât speranţa de viaţă a unui australian mediu.[21] În Statele Unite, există un decalaj similar între speranţa de viaţă a afroamericanilor din zonele sărace şi cea a albilor din zonele înstărite.[22] Wilkinson ne aduce la cunoştinţă şocantul fapt că ratele mortalităţii în cele mai sărace zone ale Statelor Unite sunt mai ridicate decât în Bangladesh, unul dintre cele mai sărace state din lume.[23]

Comisia OMS a ajuns la concluzia că „decalajul de sănătate" este rodul inegalităţilor în cadrul factorilor determinanţi sociali ai sănătăţii, inclusiv educaţia, condiţiile de trai, angajarea în câmpul muncii, protecţia socială şi sistemul de sănătate.[24] Comisia a arătat că 200 de milioane de copii în lume nu îşi ating potenţialul deplin de dezvoltare din cauza alimentaţiei sărace, a lipsei îngrijirii sănătăţii mamei şi copilului, precum şi a oportunităţilor educaţionale şi de dezvoltare limitate.[25] De asemenea, urbanizarea şi răspândirea cartierelor sărace afectează în mod negativ calitatea aerului, apei şi altor condiţii de trai.[26] Tendinţa de creştere a proporţiei de slujbe temporare şi part-time pentru a crea o forţă de muncă „flexibilă" şi competitivă creează insecuritate pentru muncitor şi, respectiv, îi afectează starea de sănătate.[27] Sărăcia constituie un impediment major pentru îmbunătăţirea sănătăţii populaţiei şi reducerea inegalităţilor în sănătate şi, totuşi, în prezent, în întreaga lume, patru oameni din cinci nu dispun de asigurare socială elementară.[28] Şi în sfârşit, 1,3 miliarde de oameni nu dispun de acces la sănătate, deoarece nu şi-o permit financiar, în timp ce în fiecare an peste 100 de milioane de oameni sunt împinşi sub limita sărăciei din cauza costurilor medicale catastrofale.[29]

Drept răspuns la aceste inegalităţi, Comisia OMS a recomandat guvernelor: (1) să implementeze programe universale de dezvoltare timpurie a copiilor; (2) să ofere educaţie primară şi secundară universală, gratuită şi de calitate; (3) să asigure o mai mare disponibilitate a locuinţelor accesibile ca preţ şi să îmbunătăţească condiţiile în cartierele sărace, asigurând servicii de alimentare cu apă, canalizare şi energie electrică pentru toţi; (4) să ofere locuri de muncă bărbaţilor şi femeilor, cu salarii care să ia în considerare costurile reale ale unei vieţi sănătoase; (5) să stabilească şi să consolideze un sistem universal de protecţie socială, care să menţină un nivel de venit suficient pentru a duce o viaţă sănătoasă şi (6) să asigure acces universal la servicii de sănătate indiferent de capacitatea de plată.[30] De remarcat că aceşti „factori determinanţi sociali în domeniul sănătăţii" sunt în strânsă corelare cu drepturile economice şi sociale prevăzute în Carta internaţională a drepturilor omului, inclusiv dreptul la educaţie, la o locuinţă corespunzătoare, la apă curată şi servicii de salubrizare adecvate, la asigurare socială, la un loc de muncă permanent şi la o muncă decentă, la cel mai înalt standard de sănătate posibil.[31] Fără îndoială, asigurarea exercitării acestor drepturi în egală măsură pentru toţi ar îmbunătăţi starea de sănătate şi vieţile multor oameni în întreaga lume.

Dincolo de promovarea drepturilor sociale, Wilkinson şi alţii susţin că inegalitatea într-o societate are, de asemenea, un impact negativ asupra sănătăţii. În ţările dezvoltate, afirmă el, diferenţele dintre stările de sănătate sunt legate, mai degrabă, de inegalităţile de statut financiar şi social decât de cifrele absolute ce măsoară standardele de viaţă.[32] Întru susţinerea acestei afirmaţii, Wilkinson prezintă rezultatele unor studii care arată că în Taiwan, Canada şi Statele Unite ratele mortalităţii sunt mai scăzute în zonele unde se atestă cele mai mici decalaje de venit decât în zonele unde se înregistrează cele mai mari venituri.[33] Potrivit lui, aceste date „indică

foarte clar asupra faptului că anume statele și provinciile cele mai egalitare, mai degrabă decât cele mai bogate, sunt și cele mai sănătoase".[34] În aceeași ordine de idei, Wilkinson arată că „la toate nivelurile de dezvoltare economică ratele mortalității infantile tind să fie mai mici în țările mai egalitare".[35] Chiar și în țările în curs de dezvoltare ratele mortalității infantile sunt mai ridicate în cazul societăților mai puțin egale.[36] În concluzie, dispunem de suficiente dovezi pentru a demonstra faptul că „există într-adevăr o tendință clară ca societățile mai inegale să aibă indicatori medii de sănătate mai scăzuți și o speranță de viață mai mică".[37]

În societățile mai puțin egale nu numai că ratele mortalității infantile sunt mai înalte, iar speranța generală de viață e mai scurtă, ci și indivizii situați pe treptele inferioare ale ierarhiei sociale suferă într-o măsură mai mare de stres social și psihologic, inclusiv de depresii și angoase, ceea ce le reduce speranța de viață și la nivel individual.[38] Durata vieții e mai mică, iar calitatea ei mai proastă, cu cât mai jos se situează oamenii pe scara socială.[39] Potrivit lui Wilkinson, aceste inegalități extreme în domeniul sănătății trebuie să echivaleze cu încălcarea dreptului la viață.[40] Subliniind această idee, el afirmă: „Probabil, ar trebui să asemuim injustiția inegalităților de sănătate cu cea a unui guvern care în fiece an ar executa fără vreun motiv o bună parte din populația țării".[41]

Într-adevăr, acolo unde politicile sociale generează inegalități de sănătate care reduc serios speranța de viață, dreptul la egalitate, dreptul la sănătate și la viață sunt toate afectate.

Astfel, dovezile disponibile nu lasă loc de îndoială că inegalitatea, sănătatea precară și speranța de viață joasă sunt strâns legate în multe privințe. În acest context, prezentul articol examinează căile prin care putem uni drepturile în domeniul egalității cu drepturile sociale – în particular dreptul la sănătate – într-un cadru holistic al drepturilor omului.

2. Dreptul la egalitate și nediscriminare

2.1 Ce înțelegem prin „egalitate"

Cu toate că dreptul la egalitate este fundamental în drepturile omului, semnificația termenului continuă să fie dezbătută pe larg. Mulți teoreticieni consideră că cea mai simplă formă a egalității ar fi „unu la unu".[42] Acest tip de egalitate este cel mai bine ilustrat prin exemplul „o persoană, un vot".[43] Potrivit unei explicații oferite de Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, acest principiu spune că fiecare alegător dispune de un vot, iar fiecare vot contează în mod egal.[44] Orice inegalitate între două voturi constituie o încălcare.[45] Aceeași formă de egalitate simplă de „unu la unu" se aplică și în cazul multor altor drepturi civile și politice, cum ar fi libertatea de opinie și de expresie, dreptul de a nu fi supus unui arest arbitrar și dreptul la un proces echitabil.[46] Această regulă se aplică și în cazul prevederilor care stabilesc o educație obligatorie și gratuită pentru toți copiii,[47] și în cazul regulilor generale, cum ar fi semnele ce interzic parcarea și stabilesc limitele de viteză, care se aplică în mod egal tuturor.[48]

O altă formă a egalității despre care se vorbește frecvent în drept este „egalitatea de grup".[49] Egalitatea de grup cere egalitate între grupuri, dar nu și în interiorul grupului. De exemplu, acest tip de egalitate poate prescrie ca veniturile medii ale femeilor să fie egale cu cele medii ale bărbaților.[50] Totodată, atingerea egalității de grup nu presupune și atingerea egalității simple de „unu la unu".[51] Astfel, veniturile medii ale femeilor și băr-

baților ar putea fi egale, dar, în același timp, să existe o diferență adâncă de venituri în interiorul fiecărei categorii, adică între bărbați și, respectiv, între femei.[52] Egalitatea de grup se împacă perfect cu diferențele adânci în interiorul grupului atâta timp cât, în medie, grupurile sunt egale.[53] Aceste două tipuri de egalități – egalitatea simplă individuală și egalitatea de grup – răspund la întrebarea: „Egalitatea pentru cine?".

În afară de întrebarea „Egalitatea pentru cine?" există și întrebarea „Egalitatea pentru ce?".[54] Și aici încep diferențele ideologice. Adepții liberalismului de piață promovează un model de egalitarism limitat, în sensul că aceștia sprijină distribuirea egală a unui set minim de drepturi de proprietate și a unor drepturi civile și politice.[55] Totodată, ei se opun oricărei extinderi a egalității dincolo de granițele acestei sfere.[56] Ideologiile mai de stânga caută să lărgească sferele în care să se aplice principiul egalității.[57] Astfel, după cum afirmă Douglas Rae în lucrarea *Egalități*, disputa care apare deseori în jurul relației dintre „libertate" și „egalitate" este, de fapt, un conflict între „egalitatea în formă îngustă" și „egalitatea în formă largă".[58]

Disputa privind limitele de aplicare a egalității este rezolvată în mare parte de Carta internațională a drepturilor omului, prin stabilirea sferei de aplicare a prevederilor sale legate de egalitate și nediscriminare. Practic, Carta internațională a drepturilor omului consfințește compromisul atins în privința la ce anume statele trebuie să împartă în mod egal și fără discriminare. Statele acceptă acest compromis atunci când devin părți la tratatele internaționale de drepturi ale omului. Astfel, următorul pas este să se clarifice înțelesul exact al prevederilor referitoare la nediscriminare și egalitate incluse în Carta internațională a drepturilor omului, în loc să se dezbată dacă această Cartă se referă la „egalitatea în formă îngustă" sau „egalitatea în formă largă".

2.2 Carta internațională a drepturilor omului

În ultimii 60 de ani, dreptul internațional în domeniul drepturilor omului s-a axat în principal pe egalitatea de grup, pe care o mai numim „nediscriminare", egalitate bazată pe statut sau egalitate negativă.[59] Există puține lucrări teoretice privind egalitatea individuală, cunoscută și ca egalitate pozitivă, și încă mai puține despre aplicarea acesteia în cazul drepturilor sociale sau în alte domenii economice sau sociale reglementate de stat. Juriștii teoreticieni, cum s-a menționat mai sus, au căutat să demonstreze că persoanele cărora li se refuză drepturile sociale, de cele mai dese ori fiind vorba de săraci, sunt în mod disproporționat definite după criteriul de rasă, sex, limbă, religie și alte criterii recunoscute de lege. Dispozițiile referitoare la egalitate și nediscriminare ale Cartei internaționale a drepturilor omului ar putea aborda drepturile sociale într-un mod mai direct, dacă „sărăcia" ar fi recunoscută drept criteriu protejat, iar egalitatea individuală – o completare la drepturile sociale.[60] Ambele abordări găsesc sprijin în textul cartei internaționale a drepturilor omului.

2.2.1 Egalitatea negativă

Luate împreună, Declarația universală a drepturilor omului (DUDO), Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice (PIDCP) și Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (PIDESC) formează Carta internațională a drepturilor omului, care conține mai multe prevederi referitoare la egalitate și nediscriminare.[61] Există două prevederi-cheie în

DUDO.[62] Prima se conţine în Articolul 2, care oferă tuturor persoanelor drepturile proclamate în DUDO „fără niciun fel de deosebire, în special de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, de origine naţionala sau socială, avere, naştere sau orice alte împrejurări".[63] Această prevedere interzice discriminarea pe baza unui criteriu enumerat sau a unui alt statut. Este important să se remarce că „averea" se include printre temeiurile de discriminare interzise.

Potrivit istoricului elaborării DUDO, cuvântul „avere" a fost propus în atenţia Subcomisiei respective de către expertul din partea Uniunii Sovietice, în cadrul unui amendament mai larg de extindere a temeiurilor – rasă, sex, limbă sau religie – recunoscute în Carta naţiunilor unite.[64] Mai târziu, în cadrul Comisiei pentru Drepturile Omului, Regatul Unit a propus eliminarea cuvântului „avere", însă Uniunea Sovietică s-a opus, declarând că „este foarte important ca bogaţii şi săracii să se bucure de aceleaşi drepturi".[65] Experţii au căzut de acord aproape unanim că termenul „avere" în contextul dispoziţiei privind nediscriminarea se referă la statutul economic, cu alte cuvinte la statutul de bunăstare sau sărăcie.[66] De fapt, versiunea spaniolă a DUDO chiar include termenul de „posición económica" în loc de „avere" în lista temeiurilor interzise de la Articolul 2.[67]

Dispoziţia referitoare la discriminare a DUDO, prin urmare, interzice deosebirile bazate pe bunăstare. De asemenea, aceasta se aplică tuturor drepturilor proclamate de DUDO. Acest fapt înseamnă că se interzice distribuirea după criteriul bunăstării a educaţiei, îngrijirii medicale şi asigurării sociale, la fel cum se interzice accesul, după acelaşi criteriu al bunăstării, la vot în cadrul alegerilor publice sau la justiţie în cadrul instanţelor. Potrivit lui Johannes Morsink, redactorii DUDO au înţeles faptul că prevederea referitoare la nediscriminare, aceasta referindu-se la toate drepturile conţinute în DUDO, pledează pentru un egalitarism larg.[68] Atât PIDCP, cât şi PIDESC conţin dispoziţii similare privind discriminarea, obligând statele părţi să asigure drepturile proclamate de pacte, fără vreo deosebire bazată pe temeiurile enumerate, inclusiv „avere" şi statut economic.

Cu toate acestea, sistemele de finanţare publică deseori admit discriminare faţă de săraci în procesul de asigurare a drepturilor sociale. Ca răspuns, Comitetul pentru Drepturi Economice, Sociale şi Culturale a îndemnat guvernele să protejeze persoanele nevoiaşe de discriminare, luând în calitate de criteriu „statutul lor economic".[69] În mod straniu însă Comitetul nu a recunoscut faptul că „averea" la care se face referire în Articolul 2 al PIDESC înseamnă „statut economic", preferând în schimb să se refere la „statutul economic" ca la „alte împrejurări".[70] Acest fapt este regretabil, deoarece temeiurile enumerate expres în Articolul 2 probabil ar impune un control mai strict în privinţa respectării decât cele acoperite de expresia „alte împrejurări".[71] Mai mult, pentru un stat este, cu siguranţă, mai uşor să refuze recunoaştea unei „alte împrejurări" decât să ignore un temei inclus în mod expres într-un tratat. Însă, indiferent dacă e vorba de „avere" sau de „alte împrejurări", interzicerea discriminării pe bază de statut economic trebuie să funcţioneze în vederea asigurării drepturilor sociale pentru persoanele care au nevoie cel mai mult de aceste drepturi.[72]

2.2.2 Egalitatea pozitivă

A doua prevedere majoră a DUDO este Articolul 7, care oferă tuturor dreptul la „egalitate în faţa legii", precum şi la „protecţie egală a legii".[73] Deşi redactorii nu au clarificat sau definit semnificaţiile acestor termeni, este evident că majoritatea sunt conştienţi de

existenţa unei diferenţe între conceptele de nediscriminare, egalitate în faţa legii şi protecţie egală a legii.[74] Într-adevăr, prezenţa prevederilor separate indică faptul că ei au considerat aceste drepturi ca fiind distincte. PIDCP conţine o prevedere asemănătoare care recunoaşte „egalitatea în faţa legii" şi „ocrotirea egală din partea legii". Articolul 26 al PIDCP prevede:

"Toate persoanele sunt egale în faţa legii şi au, fără discriminare, dreptul la o ocrotire egala din partea legii. În aceasta privinţă, legea trebuie sa interzică orice discriminare şi sa garanteze tuturor persoanelor o ocrotire egală şi eficace contra oricărei discriminări, în special de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine naţională sau socială, avere, naştere sau întemeiată pe orice altă împrejurare."[75]

Istoricul redactării Articolului 26 al PIDCP ne dezvăluie faptul că redactorii au avut dezbateri aprinse şi nu au putut ajunge la un consens în privinţa semnificaţiei termenilor „nediscriminare", „egalitate în faţa legii" şi „protecţie egală a legii".[76] Potrivit lui Manfred Nowak, „egalitatea în faţa legii" înseamnă simplu că legea trebuie să se aplice tuturor în aceeaşi măsură.[77] După părerea sa, această dispoziţie nu conţine nicio garanţie a unei egalităţi reale, ci, mai degrabă, scopul ei exclusiv este de a asigura aplicarea normei.[78] Pe de altă parte, „protecţia egală a legii" este destinată legislatorilor naţionali, impunând obligaţii atât pozitive, cât şi negative.[79] Nowak susţine că interpretarea respectivă reflectă originile istorice ale acestor două expresii, „egalitatea în faţa legii" avându-şi rădăcinile în Revoluţia franceză, iar „protecţia egală a legii" fiind preluată din Amendamentul XIV al Constituţiei SUA.[80]

Două concluzii privind semnificaţiile acestor termeni pot fi deduse din formularea expresă a textului Articolelor 2 şi 26 ale PIDCP, în coroborare cu istoricul redactării lor. În primul rând, Articolele 2 şi 26 ale PIDCP au fost gândite să protejeze drepturi distincte; noţiunea „nediscriminare", precum şi conceptele de „egalitate în faţa legii" şi "protecţie egală a legii.[81] În al doilea rând, formularea expresă a prevederii referitoare la discriminare de la Articolul 2 obligă statele părţi să ofere protecţie legală împotriva oricărei discriminări pe bază de statut în raport cu drepturile proclamate de PIDCP.[82] Prin comparaţie, stipulările referitoare la egalitate din Articolul 26 nu sunt limitate la drepturile recunoscute în PIDCP, dar sunt extinse dincolo de orice domeniu în care acţionează guvernele.[83]

În anul 1989, Comitetul pentru Drepturile Omului, responsabil de monitorizarea implementării PIDCP, a emis Comentariul General nr. 18, care interpretează Articolele 2 şi 26, precum şi alte referiri la egalitate şi nediscriminare din PDCP.[84] Având în vedere că termenul „discriminare" nu este definit în PIDCP, Comitetul s-a bazat pe definiţiile date de Convenţia internaţională cu privire la eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială (CIEDR) şi Convenţia privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDF), definind discriminarea în contextul PIDCP în felul următor:

„[O]rice deosebire, excluziune, restricţionare sau preferinţă care se bazează pe orice temei, precum rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine naţională sau socială, avere, naştere sau orice alte împrejurări, şi care are drept scop sau efect anularea sau subminarea recunoaşterii sau exercitării de către toate persoanele, în condiţii de egalitate, a tuturor drepturilor şi libertăţilor".[85]

Recunoscând, totodată, că principiile egalităţii în faţa legii şi protecţiei egale din par-

te legii sunt şi ele garantate de Articolul 26, Comitetul nu a definit aceste drepturi şi nu a explicat prin ce s-ar deosebi ele de principiul nediscriminării.[86] Comitetul a confirmat, totodată, că sferele de aplicare ale Articolelor 2 şi 26 sunt distincte:

„După părerea Comitetului, Articolul 26 nu reproduce pur şi simplu garanţiile prevăzute deja în Articolul 2, dar conţine în sine un drept autonom. Acesta interzice discriminarea în drept sau în fapt în orice domeniu reglementat şi protejat de autorităţile publice. Prin urmare, Articolul 26 se preocupă de obligaţiile impuse statelor părţi privind legislaţiile lor şi aplicarea acestora".[87]

Cu alte cuvinte, Articolul 26 nu se limitează la asigurarea egalităţii drepturilor garantate în PIDCP, dar extinde garanţiile de egalitate asupra oricărui domeniu reglementat de stat.[88] Pentru că statul este obligat să reglementeze domeniile legate de drepturile recunoscute de PIDESC, garanţiile de egalitate conţinute în Articolul 26 al PIDCP se extind şi asupra drepturilor proclamate de PIDESC în cazul statelor care l-au ratificat.

În pofida multiplelor prevederi referitoare la nediscriminare şi egalitate în PIDCP, Comitetul pentru Drepturile Omului şi-a limitat consideraţiile la un tip de egalitate – nediscriminarea. În observaţiile sale finale privind Statele Unite, bunăoară, Comitetul îşi exprimă îngrijorarea în legătură cu faptul că „aproape 50% din persoanele fără adăpost sunt afroamericani, deşi ei constituie doar 12% din populaţia SUA".[89] În mod similar, în observaţiile finale cu privire la Canada, Comitetul şi-a exprimat îngrijorarea:

„(…) în legătură cu informaţia că reducerile drastice operate în cadrul programelor sociale au un efect negativ asupra femeilor şi copiilor, de exemplu în Columbia Britanică, precum şi asupra popoarelor indigene şi afro-canadienilor".[90]

În cazul Noii Zeelande, Comitetul regretă faptul că „persoanele de origine maori continuă să fie dezavantajate în accesul la îngrijire medicală, educaţie şi angajare în câmpul muncii".[91] În ceea ce priveşte Japonia,

„(…) Comitetul este îngrijorat în legătură cu discriminarea persoanelor LGBT în domeniul angajării în câmpul muncii, accesului la locuinţe, asigurării sociale, îngrijirii medicale, educaţiei şi în alte domenii reglementate de lege".[92]

Momentele respective reprezintă preocupări legate de discriminare pe bază de statut.

Această privire generală asupra prevederilor referitoare la egalitate şi nediscriminare în cadrul dreptului internaţional în domeniul drepturilor omului, precum şi interpretarea lor istorică, creşte probabilitatea ca această multitudine de prevederi să poată foarte bine proteja mai mult decât împotriva discriminării pe bază de statut. Într-adevăr, un argument similar s-a adus şi în Canada, unde Carta drepturilor şi libertăţilor (în continuare Carta) conţine multiple prevederi privind egalitatea şi nediscriminarea. Articolul 15(1) al Cartei, ca şi în cazul Cartei internaţionale a drepturilor omului, prevede câteva dispoziţii distincte vizând egalitatea:

„Fiecare individ este egal în faţa legii şi în conformitate cu legea, şi are dreptul la protecţie egală de către lege şi la beneficierea în mod egal de lege, fără discriminare pe criteriu de rasă, origine naţională sau etnică, culoare, religie, sex, vârstă, sau dizabilitate mentală sau fizică."[93]

În pofida multiplelor prevederi referitoare la egalitate, în cauza *Andrews împotriva Law*

Society of British Columbia,[94] Curtea Supremă a Canadei a determinat că Articolul 15(1) acoperă doar cazuri de discriminare bazate pe statut. În cauza *Andrews*, Curtea a decis că, pentru a revendica un drept în temeiul Articolului 15(1), un reclamant trebuie să demonstreze existența: (1) tratamentului diferențiat; (2) a unui temei enumerat și (3) a discriminării, într-un sens ce ține de fond, cu implicarea factorilor precum prejudecata, stereotipurile și dezavantajarea.[95] Astfel, Curtea a redus patru prevederi diferite privind egalitatea la un singur sens – cel al nediscriminării. Precum a remarcat unul dintre judecătorii Curții, „se poate afirma în mod rezonabil că prima parte, care ocupă mai mult de jumătate din tot articolul, este întrucâtva prea complexă pentru modestul rol care i se atribuie [de această decizie]".[96] Într-adevăr, istoricul redactării Cartei arată foarte clar că intenția prevederilor în domeniul egalității a fost abordarea nu doar a discriminării bazate pe statut.[97]

Interpretările actuale ale prevederilor referitoare la egalitate și nediscriminare conținute în Carta internațională a drepturilor omului generează aceleași îngrijorări.[98] Multiplele prevederi, menite să protejeze drepturi distincte, sunt amalgamate pentru a asigura protecție doar împotriva discriminării, cu alte cuvinte, se ia în considerare doar egalitatea negativă. Mai mult, revendicările legate de dreptul la nediscriminare, de asemenea, ascund obstacole serioase pentru petiționari. Demonstrarea faptului că acțiunea de diferențiere are legătură cu unul din criteriile enumerate expres sau criterii similare, precum și demonstrarea faptului că această acțiune de diferențiere implică stereotipuri, prejudecăți sau anumite dezavantaje, nu constituie o misiune dintre cele mai ușoare.[99] Pe de altă parte, dacă valoarea unui vot nu este echivalată cu cea a altui vot, nu e necesar să se demonstreze că acțiunea de diferențiere are la bază un criteriu anume sau un dezavantaj istoric. Egalitatea de „unu la unu" a voturilor este o cerință indiferent de statut. Acest concept al egalității de „unu la unu", recunoscut în unele cazuri împreună cu drepturile civile și politice, cum ar fi dreptul la vot, ar putea contribui la realizarea drepturilor sociale.

3. Dreptul la sănătate

Inegalitățile existente în exercitarea unui drept social anume – dreptul la sănătate – subliniază relația complexă între drepturile legate de egalitate și drepturile sociale. Dreptul la sănătate este consfințit în DUDO, în numeroase alte tratate de drept internațional în domeniul drepturilor omului, precum și de majoritatea constituțiilor naționale.[100] Totuși, PIDESC prevede cea mai cuprinzătoare obligație în acest sens, având în vedere că ea se aplică tuturor persoanelor din cele 160 de țări care sunt în prezent parte la Pact.[101] Articolul 12 al PIDESC cere țărilor respective să „recunoască dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mentală pe care o poate atinge".[102]

În plus, acesta solicită guvernelor să ia măsuri în vederea realizării dreptului dat, inclusiv prin asigurarea îngrijirii sănătății mamei și copilului, asigurarea locurilor de muncă sigure, păstrarea unui mediu sănătos, prevenirea și controlul epidemiilor și asigurarea serviciilor medicale pentru toți.[103]

În anul 2002, Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale a emis Comentariul general nr. 14, care prevede detalii suplimentare referitoare la conținutul normativ al dreptului la sănătate.[104] În Comentariu se spune că „dreptul la sănătate trebuie înțeles ca un drept de a beneficia de un șir de instituții, produse, servicii și condiții necesare pentru realizarea celui mai înalt standard de sănătate posibil".[105] Acesta, de asemenea,

stipulează că dreptul la sănătate cuprinde îngrijire medicală oferită la timp și în mod corespunzător, precum și factorii determinanți ai sănătății, cum ar fi apa potabilă, salubrizarea, alimente hrănitoare, locuințe sigure, condiții de muncă și de mediu sănătoase și acces la educație și informație în domeniul sănătății.[106]

Este important să se remarce faptul că statele contractante PIDESC sunt obligate să asigure accesul egal pentru toți la sănătate și la factorii determinanți ai sănătății.[107] Respectiv, plata pentru serviciile de sănătate trebuie să fie echitabile; statele nu trebuie să împovăreze gospodăriile sărace în mod disproporționat, în comparație cu gospodăriile înstărite, în ceea ce privește cheltuielile de sănătate.[108] De asemenea, alocațiile de resurse pentru sănătate nu trebuie să favorizeze serviciile medicale curative scumpe, care de cele mai multe ori este accesibilă doar persoanelor privilegiate, în detrimentul serviciilor medicale primare și preventive, de care beneficiază segmente mai largi ale populației.[109] PIDESC admite că statele pot să se confrunte cu anumite constrângeri din cauza resurselor limitate, permițând, astfel, o realizare treptată a dreptului la sănătate. Cu toate acestea, se impune o obligație imediată față de guverne ca acestea să garanteze beneficierea de dreptul la sănătate fără vreo discriminare.[110] O altă obligație imediată impusă guvernelor este „să asigure distribuirea echitabilă a tuturor unităților, produselor și serviciilor medicale".[111]

Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale este îngrijorat de existența inegalităților bazate pe statut și, în special, a inegalităților care au un impact negativ asupra persoanelor sărace. De exemplu, în Observațiile sale finale cu privire la Columbia (2004), Comitetul și-a exprimat îngrijorarea în legătură cu reducerea alocațiilor bugetare pentru sănătate, fapt care a îngreunat accesul la îngrijire medicală în zonele rurale și a afectat mai ales femeile și populațiile băștinașe.[112] Comitetul a solicitat guvernului:

„(...) Să aloce un procentaj mai mare din PIB-ul țării pentru sectorul de sănătate și educație și să se asigure de faptul că sistemul său de subvenționare nu discriminează cele mai dezavantajate și marginalizate categorii".[113]

Într-un caz similar, în anul 2004, Comitetul a solicitat statului Ecuador să aloce un procent mai mare din PIB sectorului de sănătate, precum și să rezolve problema discriminării față de populațiile indigene și afro-ecuadorieni în domeniul sănătății și în alte sfere.[114]

În privința Marii Britanii, în anul 2009, Comitetul și-a exprimat îngrijorarea în legătură cu faptul că inegalitățile în sănătate au crescut în rândul claselor sociale, „în special în privința serviciilor, produselor și instituțiilor medicale".[115] Guvernului i s-a recomandat să „intensifice eforturile pentru a depăși inegalitățile în sănătate și accesul inegal la sănătate", în special „să reducă inegalitățile în sănătate cu 10% până în 2010, calculate după criteriul mortalității infantile și speranței de viață la naștere".[116] În cazul Braziliei, Comitetul a remarcat cu îngrijorare existența unei diferențe semnificative între cifrele speranței de viață ale populației negre și ale celei albe, recomandând guvernului să acorde o atenție sporită programelor de sănătate și de eradicare a sărăciei pentru a rezolva această problemă.[117] De asemenea, Comitetul a remarcat cu îngrijorare existența unui decalaj în indicatorii de sănătate de bază între popoarele indigene și neindigene din Australia, în special în cazul femeilor și copiilor, solicitând, la fel, guvernului să întreprindă măsuri imediate pentru îmbunătățirea situației în sănătate.[118]

În plus, Comitetul evidențiază, în Comentariul general nr. 20 cu privire la nediscriminare, câteva motive de îngrijorare în privința sistemelor de sănătate. Bunăoară, Comitetul declară: „În legătură cu tinerii, accesul inegal pentru adolescenți la informație privind sănătatea sexuală și reproductivă constituie o discriminare."[119] La fel, refuzarea accesului la asigurare medicală din cauza stării de sănătate poate și ea constitui o discriminare.[120] De remarcat, Comitetul a solicitat guvernelor să nu admită discriminare pe motiv de loc de reședință a persoanelor; prin urmare, guvernele trebuie să asigure „distribuirea egală în ceea ce privește disponibilitatea și calitatea serviciilor de medicină primară, secundară și paliativă" în toate regiunile, inclusiv în mediile urbane și rurale".[121] În general, Comitetul caută să elimine inegalitățile bazate pe statut, atât cele formale, cât și cele reale.[122] Comitetul consideră clauza „altor împrejurări" ca fiind flexibilă și, în mod normal, recunoaște și alte categorii sociale care sunt vulnerabile și marginalizate.[123]

În afară de Comitet, Paul Hunt, raportorul SPECIAL al ONU pentru dreptul la sănătate fizică și psihică între anii 2002-2008, a abordat și el subiectul sistemelor de ocrotire a sănătății din perspectiva dreptului la sănătate. În raportul său din anul 2008 către Consiliul ONU pentru Drepturile Omului, el explică:

„La baza dreptului de a te bucura de cel mai înalt standard de sănătate posibil stă un sistem de sănătate efectiv și integrat, care cuprinde ocrotirea sănătății și factorii determinanți ai sănătății, care răspunde la prioritățile locale și naționale și care este accesibil tuturor. Fără un astfel de sistem de sănătate, dreptul la cel mai înalt standard de sănătate nu poate fi realizat niciodată."[124]

De asemenea, Hunt consideră că egalitatea și nediscriminarea sunt caracteristici de bază ale sistemului de sănătate.[125] În Raportul din 2008, acesta a afirmat că statele „sunt obligate să se asigure de faptul că sistemul de sănătate este accesibil tuturor fără deosebire" și că „indivizii și comunitățile se bucură, în practică, de acces în egală măsură ca și cei care sunt mai avantajați".[126]

În concluzie, atât Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Cultural, cât și raportorul special în domeniul dreptului la sănătate privesc egalitatea și nediscriminarea ca pe elemente de bază ale unui sistem de sănătate care respectă drepturile omului. De asemenea, ambii îndeamnă guvernele să asigure o alocare corespunzătoare a resurselor pentru sistemele de sănătate astfel încât persoanele sărace să aibă acces la instituții, bunuri și servicii de sănătate și la factorii determinanți de bază ai sănătății. Totodată, pentru a realiza dreptul la sănătate pentru toți, guvernele trebuie să recunoască faptul că „statutul economic", cu alte cuvinte „sărăcia", este un temei interzis de discriminare și că egalitatea pozitivă de „unu la unu" cere sistemelor de sănătate să ofere tuturor aceleași servicii, produse și unități de sănătate, precum și aceiași factori determinanți de bază ai sănătății.

4. Drepturile de egalitate în sistemele de sănătate

4.1 Egalitatea negativă

Nediscriminarea în sănătate este garantată de prevederile referitoare la nediscriminare conținute în Articolul 2 al PIDESC, fiind un element de bază al dreptului la sănătate proclamat în Articolul 12. Chiar și acelor state contractante care nu recunosc dreptul la sănătate li se interzice, prin Articolul 26 al PIDCP, să admită discriminare în orice domeniu în care este prezent statul. Aproape orice guvern național are prezență în domeniul sănătății și deci i se interzice să discrimineze în

acest domeniu. Cu toate acestea, inegalităţile structurale se întâlnesc des în sistemele de sănătate naţionale, care, în unele cazuri, sunt intenţionat construite astfel încât beneficiile să se aloce în bază de statut.

Un exemplu care iese puternic în evidenţă în acest sens a fost sistemul de sănătate în două straturi în regimul de apartheid din Africa de Sud,[127] care admitea discriminare pe motiv de rasă, cam în aceeaşi măsură ca şi sistemul de educaţie care a fost contestat în celebra cauză *Brown împotriva Board of Education*,[128] în care Curtea Supremă a Statelor Unite a constatat încălcarea Clauzei Protecţiei Egale din Constituţia SUA. Asemenea sisteme în două straturi, fie că vorbim de sănătate, educaţie sau asigurare socială, care discriminează pe motiv de rasă, încalcă prevederile referitoare la egalitate şi nediscriminare garantate de PIDCP şi PIDESC. Totuşi, sistemele de sănătate sunt mai des construite în straturi pe bază de statut economic. Sistemele de sănătate în straturi, cunoscute şi ca sisteme „segmentate", există în numeroase forme.[129]

În Mexic, de exemplu, serviciile de sănătate sunt oferite prin intermediul a două sisteme separate.[130] Sistemul de asigurare socială oferă servicii persoanelor care sunt angajate în mod oficial, precum şi familiilor lor. Ministerul Sănătăţii oferă servicii pentru restul populaţiei, inclusiv persoanelor care lucrează neoficial, celor angajate temporar şi, respectiv, familiilor lor.[131] Un grup de organizaţii neguvernamentale, care au efectuat o analiză a bugetului pentru sănătate din 2002, au descoperit că aproximativ 65% din cheltuielile în sănătate au fost alocate populaţiei angajate oficial, în timp ce numai 35% pentru persoanele angajate neoficial şi pentru şomeri, cu toate că ambele categorii erau egale ca proporţii.[132] Astfel, a doua categorie de persoane primea mult mai puţină finanţare în sănătate per capita, în pofida faptului că nevoile lor în domeniu erau, probabil, mai mari.

Sistemul de sănătate în două straturi, prin deosebirea pe care o admite după criteriul de angajare în câmpul muncii, comite o discriminare esenţială şi pe bază de statut economic. Cu toate că, prin crearea celui de-al „doilea" strat, intenţia guvernului a fost de a oferi ocrotire în domeniul sănătăţii milioanelor de persoane care în genere nu beneficiau de nimic în acest sens,[133] faptul dat nu poate justifica perpetuarea unui astfel de sistem discriminatoriu.[134] Un plan naţional pentru realizarea treptată a dreptului la sănătate, care să permită acces egal la sănătate şi o distribuire egală a serviciilor, este o componentă de bază a dreptului la sănătate.[135]

În anul 2008, Curtea Constituţională a Columbiei a avut de a face cu o problemă legată de un sistem similar de sănătate în două straturi.[136] În Columbia, sistemul de sănătate este divizat după aceleaşi criterii ca şi în Mexic; un sistem pe bază de „contribuţii" pentru cei angajaţi în mod oficial şi familiile lor, şi un sistem separat, „subvenţionat" pentru alte persoane, care oferă beneficii mult mai puţine în comparaţie cu sistemul contributoriu.[137] De remarcat că legea din 1993, care a stabilit modelul respectiv, prevedea unificarea acestor două sisteme către anul 2001.[138] Cu toate acestea, cele două sisteme aşa şi nu au mai fost unificate. Într-o decizie pronunţată în iulie 2008, Curtea Constituţională a prescris guvernului să omogenizeze beneficiile din cele două sisteme, în primul rând pentru copii şi ulterior, treptat, pentru adulţi.[139] Curtea şi-a bazat decizia pe Articolul 12 al PIDESC, precum şi pe Comentariul general nr. 14 al Comitetului respectiv privind dreptul la sănătate.[140] În special, Curtea a remarcat că dreptul la sănătate include dreptul la o protecţie în domeniul sănătăţii, care să garanteze oportunităţi egale pentru toţi de a

se bucura de cel mai înalt nivel de sănătate care poate fi atins.[141] Perpetuarea inegalității admise prin sistemul în două straturi a fost considerată de Curte drept „pur și simplu inacceptabilă".[142]

Un alt tip de sistem în două straturi este creat prin „desprinderea" categoriilor cu venit mediu și mare, creându-se scheme de asigurare medicale private și lăsând sectorul public de sănătate să se ocupe de oamenii săraci.[143] Într-adevăr,

„[Î]n ultimii ani, Banca Mondială și alte instituții au încurajat finanțarea privată a medicinei ca o soluție pentru a permite sectorului public micșorat să se concentreze pe asigurarea unei acoperiri complexe a unor pachete „de bază" sau „minime" de servicii".[144]

De asemenea, acest tip de sistem de sănătate pe segmente creează sisteme separate pentru cei înstăriți și cei săraci.[145] Nu e surpinzător că o astfel de desprindere (sau segmentare) poate rezulta în servicii de sănătate inegale, scoțând la iveală și întărind inegalitățile socio-economice.[146] Potrivit lui David McCoy,

„[U]n sector de medicină privată masiv reduce prestarea publică de servicii medicale, deoarece sectorul privat atrage mai multe resurse pentru sănătate, într-o măsură mai mare decât despovărează sectorul public de un anumit volum de muncă".[147]

Raportul Mondial al Sănătății, ediția 2010, confirmă și el că mai multe segmente, fiecare cu administrațiile proprii, „sunt ineficiente și îngreunează atingerea echității".[148]

Nu e greu să ajungi la concluzia că medicina publică prestată în două niveluri, după cum s-a demonstrat pe exemplele Mexicului și Columbiei, contravine Articolului 2 al PIDESC cu privire la nediscriminare și Articolului 12 privind dreptul la sănătate. Datele existente sugerează faptul că alte tipuri de sisteme de sănătate în straturi, precum sunt cele care permit populației mai înstărite să se desprindă de sistemul public (dacă dorește), pot încălca dreptul la nediscriminare după criteriul statutului economic, datorită inegalităților create în privința serviciilor, produselor și instituțiilor medicale pentru cele două populații. De asemenea, existența acestor sisteme poate veni în contradicție cu obligația statului de a utiliza un volum maxim de resurse disponibile pentru realizarea treptată a dreptului la sănătate, luând în considerație în special faptul că întreținerea a mai multor sisteme solicită mai multe costuri administrative în comparație cu un singur sistem. Aceste aspecte, precum și multe altele, privind structura și finanțarea sistemelor multistratificate necesită o atenție sporită din partea specialiștilor în domeniul drepturilor omului, dar și din partea Comitetului ONU pentru Drepturi Economice, Sociale și Culturale.

4.2 Egalitatea pozitivă

Dreptul pozitiv la egalitate, adică egalitate de „unu la unu", nu este legat de niciun statut. În cele două pacte internaționale, Articolul 26 al PIDCP conține unica prevedere care nu este legată de anumite categorii de persoane sau anumite drepturi. Prin urmare, aceasta este cea mai probabilă bază din care se poate deriva un drept pozitiv la egalitate. Pe de altă parte, egalitatea individuală de „unu la unu" poate fi dedusă din drepturile materiale garantate de PIDESC, la fel cum din dreptul la vot se poate deduce dreptul la un vot egal ca valoare în comparație cu alte voturi. Într-adevăr, un sistem de învățământ primar, care să fie universal, obligatoriu și gratuit pentru toți, în conformitate cu Articolul 13 al PIDESC, presupune și o egalitate de „unu la

unu". În mod similar, Articolul 12 al PIDESC trebuie să ceară existența unui sistem universal de sănătate care să presteze beneficii egale tuturor, consfințind dreptul la egalitate individuală. În aceste temeiuri, sistemele de sănătate care nu oferă beneficii universale și egale pentru toți nu respectă dreptul pozitiv la egalitate și dreptul la sănătate.

Descentralizarea este unul din factorii ce constituie un pericol pentru egalitatea pozitivă.[149] De exemplu, în cauza *Mashavha împotriva Președintelui Republicii Africii de Sud*, Curtea Constituțională a țării a invalidat un ordin prezidențial emis în temeiul Constituției interimare, prin care responsabilitatea pentru administrarea serviciilor sociale se transfera guvernelor la nivel de provincii.[150] Curtea a recunoscut faptul că inegalitățile istorice crase fuseseră impuse pe cale legislativă după criteriul de rasă și așezare geografică, motiv din care „necesitatea de a obține egalitate nu poate fi ignorată" în procesul de interpretare a Constituției interimare.[151] Astfel, Curtea a constatat că este o lezare a demnității umane și o încălcare a dreptului fundamental la egalitate să oferi pensii sau indemnizații pentru creșterea copilului mai mari într-o provincie decât în alta. Un asemenea sistem ar „crea diferite clase de cetățeni și împărți Africa de Sud pe zone favorizate și defavorizate".[152] Prin aceasta, Curtea a recunoscut un drept individual „de unu la unu" în privința prestațiilor sociale.

Cazul *Mashavha* demonstrează că descentralizarea alocărilor de resurse poate crea motive de îngrijorare vizavi de egalitatea individuală. În mod similar, în Marea Britanie, inegalitățile legate de disponibilitatea serviciilor și medicamentelor în diferite regiuni ale regatului au de a face tot cu dreptul pozitiv la egalitate.[153] Christopher Newdick subliniază că, având în vedere multitudinea de trusturi de medicină primară în țară, „există posibilitatea diferențelor semnificative în politicile lor".[154] El se mai întreabă dacă acest lucru este binevenit într-un sistem național de sănătate.[155] Tot Newdick răspunde, sugerând că, în lipsa unei îndrumări din partea guvernului central, Trusturile de Medicină Primară ar trebui să formeze consorții pentru a spori nivelul de echitate și omogenitate a politicilor în Serviciul Național de Sănătate.[156] Potrivit lui, este important ca deciziile să poată fi justificate la fiecare solicitare individuală, precum și să se „demonstreze că toate cazurile similare sunt tratate similar".[157] Pentru a realiza acest lucru, trusturile de medicină primară trebuie să găsească echilibrul între drepturile individuale și nevoile unui sistem comunitar.[158]

Continuând subiectul, dreptul pozitiv la egalitate are un potențial mare de a egaliza cheltuielile pentru sănătate în Brazilia și în Columbia, unde plângerile individuale în domeniul sănătății sunt un fenomen răspândit. În Brazilia, de exemplu, persoanele mai sărace ar putea să nu aibă acces egal la acele medicamente pe care oamenii mai înstăriți le pot obține de la sistemul public de sănătate, datorită faptului că aceștia din urmă au posibilități mai mari de a iniția acțiuni individuale de judecată, care sunt deseori satisfăcute.[159] În mod similar, în Columbia, numărul mare de reclamații individuale cu privire la sănătate – 674,6 mii de plângeri în temeiul dreptului constituțional la sănătate în perioada 1999-2008 – riscă să submineze dreptul de „unu la unu".[160] Majoritatea acțiunilor respective au fost inițiate de persoane care fac parte din stratul cu beneficii mai mari, distorsionând sistemul chiar mai mult decât a făcut-o structura stratificată a acestuia.[161]

Atunci când instanțele iau decizia de a satisface o revendicare individuală privind un

beneficiu în sănătate, dar care nu poate fi aplicată universal, se încalcă dreptul pozitiv la egalitate. Acest fapt se datorează eşecului de a găsi un echilibru între dreptul individual şi dreptul colectiv la sănătate în cadrul unui sistem de beneficii de sănătate egale.[162] După cum a declarat Curtea Constituţională a Africii de Sud în cauza *Soobramoney împotriva Ministrului Sănătăţii*, *KwaZulu-Natal*, în procesul de administrare a unor resurse limitate, statul uneori trebuie „să adopte o abordare complexă care să includă nevoile lărgite ale societăţii, în loc să se axeze pe nevoile individuale ale unor persoane anume".[163] De asemenea, pentru a asigura dreptul pozitiv la egalitate, este important ca statul să asigure şi universalizarea oricăror beneficii pe care le prestează în sănătate.

Cauza *Chaoulli împotriva Quebecului* din Canada este probabil cel mai cunoscut caz care abordează problema egalităţii de „unu la unu" în domeniul sănătăţii.[164] În acest caz, reclamanţii au contestat drept neconstituţionale unele legi ale Quebecului care interziceau asigurarea privată în cazul serviciilor medicale disponibile în sistemul public. Ei au susţinut că, având în vedere tergiversările serioase din sistemul de sănătate public, prevederile care le interziceau să procure polițe private le încălcau dreptul la viaţă şi siguranţă personală, garantate de Carta drepturilor şi libertăţilor a Canadei, precum şi de cea a Quebecului.[165] În cadrul procesului, instanţa a constatat că scopul legilor cu pricina „este de a garanta accesul egal şi corespunzător la sănătate tuturor cetăţenilor Quebecului", ceea ce „este justificat din considerente de egalitate şi demnitate".[166] În pofida cozilor lungi de aşteptare, instanţa a constatat, în baza opiniei expertului, că înfiinţarea unui sistem paralel privat nu va soluţiona problema timpilor de aşteptare.[167] Într-adevăr, probele aduse în cadrul procesului au arătat că un sistem paralel privat ar avea chiar un impact negativ asupra timpilor.[168] Respectiv, prima instanţă a respins reclamaţia, la fel ca şi instanţa de apel.

Curtea Supremă a Canadei însă a pronunţat o decizie de patru la trei, potrivit căreia respectivele legi ale Quebecului încălcau dreptul la viaţă şi securitate prin faptul că refuzau reclamanţilor o soluţie de a evita cozile de aşteptare.[169] Mai mult, examinând sistemele de sănătate şi din alte provincii, dar şi din ţările membre ale OECD, Curtea a declarat că guvernul nu reuşise să justifice încălcarea acestor drepturi, întrucât existau şi alte măsuri la îndemână „pentru a proteja integritatea planului de sănătate al Quebecului".[170] În schimb, judecătorii aflaţi în minoritate au fost de acord cu constatările judecătorului din prima instanţă, potrivit cărora „unica modalitate de a garanta ca de resursele în sănătate ale Quebecului să beneficieze toţi locuitorilor Quebecului, fără vreo discriminare, este de a preveni înfiinţarea unui sistem paralel de sănătate privat".[171] Astfel, minoritatea a concluzionat că reclamanţii nu au reuşit să demonstreze că legile respective ale Quebecului erau arbitrare.[172] „Într-adevăr, probele au demonstrat contrariul."[173]

Cazul *Chaoulli* a fost criticat pe larg.[174] În special, experţii au punctat că judecătorii din majoritate au constatat fapte care contravin probelor aduse în cadrul procesului; nu au luat în considerare oportunitatea de a remite chestiunea spre examinare în Legislativ, care este organul competent să decidă în materie de politici sociale, şi au calificat greşit intenţia guvernului ca fiind de a păstra sistemul propriu-zis, în loc să vadă că, de fapt, era vorba despre păstrarea egalităţii sistemului.[175] Martha Jackman susţine că decizia Curţii „vine în contradicţie directă cu premisele de egalitate ale sistemului canadian de sănăta-

te".[176] În acest caz, guvernul decisese să stabilească un sistem de sănătate de un singur nivel care să asigure echitate între cei bogaţi şi cei săraci, precum şi între cei sănătoşi şi cei bolnavi.[177] În locul acestui sistem egalizator, Curtea a prescris guvernului să creeze un sistem în două niveluri, în care cei care şi-o permit, procură servicii în cadrul unui sistem privat, iar cei care nu pot plăti sau cărora li se refuză asigurarea privată pentru că deja sunt bolnavi sau au căpătat un handicap, „sunt lăsaţi să se chinuie şi să moară pe liste publice de aşteptare".[178]

Potrivit Marthei Jackman, cazul *Chaoulli* încalcă drepturile de egalitate garantate de Carta Canadei şi de cea a Quebecului, precum şi de dreptul internaţional în domeniul drepturilor omului.[179] Ea concluzionează astfel:

„Raţionamentul majorităţii şi ordonanţa de remediere emisă în cazul *Chaoulli*, care recunosc doar drepturile de sănătate ale celor avantajaţi, dar ignoră drepturile celora care, din cauza sărăciei, a bolilor cronice sau dizabilităţii sunt nevoiţi să conteze exclusiv pe sistemul public, sunt profund în răspăr cu principiile dreptului la viaţă, la sănătate şi cu garanţiile egalităţii proclamate în PIDCP şi PIDESC".[180]

Trebuie să se remarce că şi Carta Canadiană, şi cea a Quebecului nu prevăd drepturi sociale pozitive, precum dreptul la ocrotire a sănătăţii. În aceste condiţii, există pericolul ca drepturile civile şi politice, care beneficiază de statut constituţional, să prevaleze asupra „intereselor" sociale şi economice de genul ocrotirii sănătăţii. Precum remarcă Jeff King, dacă respectivele documente ar fi recunoscut un drept pozitiv la sănătate, Curtea în cazul *Chaoulli* ar fi trebuit să dea piept şi „unui drept concurent" al locuitorilor Quebecului la egalitate în sănătate.[181]

Aceste cazuri demonstrează faptul că dreptul pozitiv la egalitate în sănătate poate fi periclitat de descentralizarea alocării resurselor, de lipsa drepturilor constituţionale sociale şi chiar de revendicările individuale a dreptului la medicină. Totodată, abordarea integrată a Cartei internaţionale a drepturilor omului indică direcţia spre o abordare echilibrată în care dreptul la egalitate se aplică în cazul tuturor drepturilor – nu doar celor civile şi politice – şi pentru toate persoanele – nu doar celor care pot să îşi exercite drepturile individuale. Egalitatea de „unu la unu" este un aspect esenţial al dreptului la sănătate, într-o măsură nu mai mică decât în cazul dreptului la vot.

Concluzie

Juriştii teoreticieni, curţile şi organizaţiile din domeniul drepturilor omului explorează relaţia dintre dreptul la egalitate şi drepturile sociale, dar sunt deseori restricţionaţi de unele impedimente juridice legate de jurisdicţie. În unele cazuri, drepturile sociale lipsesc din cadrul constituţional. În altele, dreptul la egalitate este limitat de precedente care au dus la amalgamarea dreptului la egalitate cu dreptul la nediscriminare, distrugând orice drept pozitiv la egalitate. Totuşi, în cadrul integrat construit de Carta internaţională a drepturilor omului, egalitatea şi nediscriminarea rămân a fi distincte, fiind legate în mod intrinsec de drepturile sociale. Legătura aceasta este reflectată în textul instrumentelor de drepturi ale omului şi în istoricul redactării lor. În plus, formularea, cadrul general şi datele istorice vin să susţină conceptul că prevederile nerestricţionate referitoare la egalitate – adică cele care nu sunt în mod expres limitate la anumite drepturi – se aplică tuturor drepturilor, inclusiv celor sociale. Într-adevăr, dreptul pozitiv la egalitate se aplică în toate domeniile în care este prezent guvernul.

În ultimii zece ani, odată cu recunoaşterea reînviată a faptului că drepturile sociale sunt drepturi umane „reale", în coroborare cu dovezi empirice că nerespectarea egalităţii în privinţa acestor drepturi are un impact asupra tuturor drepturilor omului, a apărut o nouă oportunitate pentru a defini dreptul pozitiv la egalitate. În plus, experienţa a demonstrat că egalitatea civilă şi politică este pur şi simplu imposibilă fără un aport al drepturilor sociale. În acest context, dezvoltarea în continuare a cadrului holistic original, oferit de Carta internaţională a drepturilor omului, va contribui la dezvoltarea unei înţelegeri mai bune a dreptului la egalitate, care să fie interconectat cu toate drepturile omului recunoscute de Cartă, un drept pozitiv la egalitate care să fie distinct de nediscriminare. Acest drept pozitiv la egalitate cere existenţa unei egalităţi de „unu la unu" în privinţa drepturilor sociale – cum ar fi dreptul la ocrotire a sănătăţii – în aceeaşi măsură în care dreptul de „unu la unu" funcţionează în cazul drepturilor civile şi politice – cum ar fi dreptul la vot. În acest cadru integrat al drepturilor omului, atât dreptul negativ, cât şi dreptul pozitiv la egalitate sunt accesorii esenţiale pentru drepturile sociale.

---

[1] Gillian MacNaughton este directorul executiv al Programului pentru Drepturile Omului şi Economia Globală la Northeastern University School of Law din Boston, SUA. Acest articol se bazează pe un articol scris anterior: MacNaughton, G., *Clarificând egalitatea şi nediscriminarea pentru a promova dreptul la sănătate pentru toţi*, în *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 11(2), 2009, pp. 47-63.

[2] Wilkinson, R. şi Pickett, K., *Metoda nivelmetrului: De ce societăţile mai egale o duc mai bine*, Allen Lane Penquin Group, 2009.

[3] *Ibid.*, p. 81.

[4] *Ibid.*, pp. 75-76.

[5] Banca Mondială, Raportul dezvoltării mondiale 2004: *Servicii mai funcţionale pentru oamenii săraci*, The World Bank and Oxford University Press, 2003, p. 3; Gross, A. M., *Dreptul la sănătate în era privatizării şi globalizării: aspecte naţionale şi internaţionale*, Barak-Erez, D. şi Gross, A.M. (ed.), *Explorând drepturile sociale: între teorie şi practică* , Hart Publishing, 2007, pp. 307-327 (care analizează conceptul sistemelor de sănătate multistratificate pe exemplul Canadei, Africii de Sud şi Israelului).

[6] Fredman, S., *Procrearea drepturilor socio-economice*, în *South African Journal of Human Rights*, vol. 25(3), 2009, p. 1.

[7] Vezi, de exemplu, Porter, B., *Aşteptările în domeniul egalităţii*, în *Supreme Court Law Review*, 33 S.C.L.R. (2d), 2006 (care documentează dezbaterile privind egalitatea şi drepturile sociale din Canada la începutul anilor 1980).

[8] Vezi, de exemplu, Fredman, S., *Drepturile omului transformate: drepturile şi obligaţiile pozitive*, Oxford University Press, 2008 (care se axează în mod special pe cazurile Indiei şi Africii de Sud); O'Connell, R., *De le egalitatea în faţa legii la beneficierea egală de lege: drepturile sociale şi economice în Constituţia Irlandei*, în Doyle, O. şi Carolan E. (ed.), *Constituţia Irlandei: guvernare şi valori,* Round Hall Press, 2008 (lucrare axată pe exemplul Irlandei); Meyerson, D., *Garanţiile egalităţii şi inechitatea distributivă*, în *Public Law Review*, vol. 19, 2008, p. 32 (se axează pe exemplele Australiei, Canadei şi Marii Britanii).

[9] Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale şi Culturale al ONU, *Comentariu general nr. 20: Nediscriminarea în drepturile economice, sociale şi culturale (Art. 2, Para 2)*, UN Doc. E/C. 12/GC/20, 2 iulie 2009, Para 1.

[10] Hunt, P., *Restaurarea drepturilor sociale: aspecte internaţionale şi comparative*, *Dartmouth Publishing*, 1996, p. 71 (unde Hunt afirmă: „nu este o coincidenţă faptul că drepturile cu o importanţă deosebită pentru categoriile marginalizate sunt şi cele care suferă marginalizare cel mai mult din punct de vedere juridic").

[11] Carta internaţională a drepturilor omului cuprinde: Declaraţia universală a drepturilor omului (DUDO), Rez. A.G. 217A (III) (1948), Pactul internaţional cu privire la drepturile civile şi politice (PIDCP), Rez. A.G. 2200A (XXI) (1966) şi Pactul internaţional cu privire la drepturile economice, sociale şi culturale (PIDESC), G.A. Res. 2200A (XXI) (1966).

[12] Vezi, de exemplu, McKean, W., *Egalitatea şi discriminarea în dreptul internaţional*, în *Clarendon Press*, 1983, p. 285.

[13] Craven, M., *Pactul internaţional cu privire la drepturile economice, sociale şi culturale: o privire asupra elaboră-*

rii, Clarendon Press, 1995, p. 154.

[14] *Ibid.*

[15] Vezi mai sus, nota 12, p. 285.

[16] Convenţia internaţională privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială, Rez. A.G. 2106A (XX) (1965); Convenţia privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, Rez. A.G. 34/180 (1979).

[17] Vezi mai sus, nota 11, PIDCP, Articolul 26.

[18] Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale şi Culturale al ONU, *Comentariu general nr. 20: Aplicarea Pactului la nivel naţional*, UN Doc E/C. 12/1998/24, 3 decembrie 1998.

[19] Comisia OMS pentru Determinanţii Sociali ai Sănătăţii, *Echitatea în sănătate prin intervenţie asupra determinanţilor sociali ai sănătăţii*, Organizaţia Mondială a Sănătăţii, 2008, p. 26.

[20] *Ibid.*

[21] *Ibid.*, p. 29.

[22] Wilkinson, R., *Impactul inegalităţii: cum să însănătoşim societăţile bolnave*, Routledge, 2005, p. 15.

[23] *Ibid.*

[24] Vezi mai sus, nota 19, p. 3.

[25] *Ibid.*

[26] *Ibid.*, p. 4.

[27] *Ibid.*, p. 5.

[28] *Ibid.*, p. 7.

[29] Organizaţia Mondială a Sănătăţii, *Finanţarea sistemelor de sănătate: calea spre o acoperire universală, Raportul Mondial al Sănătăţii 2010*, Capitolul 1, p. 5.

[30] Vezi mai sus, nota 19, pp. 202-206.

[31] Vezi mai sus, nota 11, PIDESC, articolele 6-14.

[32] V. mai sus, nota 22, p. 103.

[33] *Ibid.*, pp. 103-107.

[34] *Ibid.*, p. 105.

[35] *Ibid.*, p. 111.

[36] *Ibid.*, p. 110.

[37] *Ibid.*, p. 101.

[38] *Ibid.*, p. 18.

[39] *Ibid.*

[40] *Ibid.*

[41] *Ibid.*

[42] (Nota trad. - în eng. *one-to-one equality,* expresie care, probabil, poate fi echivalată cu „egalitate individuală"). Vezi, de exemplu, Rae, D., *Egalităţi*, Harvard University Press, 1981, p. 21; Phillips, A. *Care egalitate contează*?, Polity Press, 1999, p. 3.

[43] *Ibid.*, Rae, p.21; *Ibid.*, Phillips, p. 27.

[44] Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, *Comentariu general nr. 25: Dreptul de a participa la treburile publice, dreptul de a alege şi de a fi ales şi dreptul de a avea acces egal la funcţii publice (Art. 25)*, UN Doc. No. CCPR/C/21/Rev. 1/Add. 7, 1996, Para 21.

[45] Vezi mai sus, nota 42, Rae, p. 21.

[46] *Ibid.*

[47] *Ibid.,* p. 41.

[48] *Ibid.,* p. 22.

[49] (Nota trad. - în eng. *bloc equality*) *Ibid.,* p. 32.

[50] *Ibid.,* pp. 34-35.

[51] *Ibid.,* p. 35.

[52] *Ibid.*

[53] Vezi, de exemplu, nota 11 de mai sus, PIDCP, Articolul 2 (care interzice „deosebirile de orice fel, în special de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau orice altă opinie, origine naţională sau socială, avere, naştere sau întemeiate pe orice altă împrejurare).

[54] Vezi mai sus, nota 42, Rae, p. 45.

[55] *Ibid.,* p. 47.

[56] *Ibid.*

[57] *Ibid.*

[58] *Ibid.* p. 48.
[59] Termenul „discriminare", atât în uzul curent, cât și în legile naționale în general, se referă la acțiunea de a face deosebiri nejustificate după anumite criterii. Vezi mai sus, nota 12, p. 10 („Cuvântul „a discrimina" luat aparte este acum utilizat în sensul peiorativ de a face deosebiri injuste, nerezonabile, nejustificate sau arbitrare, nu doar în engleză, dar și în alte limbi").
[60] Vezi mai sus, nota 8, Fredman, pp. 176-177 („Interzicerea discriminării pe baza statutului socio-economic ar duce inevitabil la un concept al egalității cu conotații distributive, dând naștere la o obligație pozitivă"); Fiss, O., Cuvânt înainte, în Gargarella, R., Domingo, P. și Roux, T. (ed.), *Instanțele judecătorești și transformările sociale în noile democrații: o voce instituționalizată pentru cei săraci?*, Ashgate Publishing, 2006, p. xii (în care se susține că „statutul economic" sau „sărăcia" trebuie să fie „un temei independent și suficient pentru intervenții corective").
[61] Vezi mai sus, nota 11, DUDO, Articolele 2 (nediscriminarea) și 7 (egalitatea); PIDCP, Articolele 2 (nediscriminarea) și 26 (protecția egală); PIDESC, Articolele 2 (nediscriminarea) și 3 (egalitatea femeilor și bărbaților).
[62] Principiile egalității și nediscriminării sunt reiterate în mai multe prevederi ale DUDO. De exemplu, Articolul 1 („Toate ființele umane se nasc libere și egale în demnitate și în drepturi."), Articolul 10 („Orice persoana are dreptul în deplină egalitate de a fi audiată în mod echitabil și public."), Articolul 16 (Bărbații și femeile au drepturi egale legate de căsătorie) și Articolul 23 (toate persoanele „au dreptul la salariu egal pentru munca egală").
[63] Vezi mai sus, nota 11, DUDO, Articolul 2.
[64] (Nota trad. - în varianta eng. a DUDO este vorba de cuvântul „property"), Subcomisia ONU pentru prevenirea discriminării și protecția minorităților, Sesiunea întâi, UN Doc. No. E/C. 4/52, 6 decembrie 1947, p. 4.
[65] Comisia pentru Drepturile Omului, Sesiunea III, Procesul-verbal rezumativ al ședinței LII, UN Doc. No. E/CN. 4/SR. 52, 8 iunie 1948, p. 5.
[66] Morsink, J. , *Declarația universală a drepturilor omului: originile, procesul de redactare și intențiile*, University of Pennsylvania, 1999, p. 113; Skogly, S., "Articolul 2", în Alfredson, G. și Eide, A. (ed.), *Declarația universală a drepturilor omului*, Kluwer Law International, 1999, p. 79; Nowak, M., *Pactul ONU cu privire la drepturile civile și politice: comentariu CCPR*, N. P. Engel, Kehl, 1993, p. 52; a se compara cu Craven, mai sus, nota 13, p. 175.
[67] Similar, Articolul 1 al Convenției americane a drepturilor omului (1969) conține aceeași listă de temeiuri interzise ale discriminării ca și DUDO, cu excepția faptului că termenul „avere" este înlocuit cu expresia „statut economic". Articolul 1(1) al Convenției privind drepturile muncitorilor emigranți și familiilor acestora (1990) conține atât temeiul „poziției economice", cât și cel al „averii".
[68] Vezi mai sus, nota 66, Morsink, pp. 113-114.
[69] Vezi, de exemplu, CDESC, *Observațiile finale ale Comitetului pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale: Canada*, UN Doc. No. E/C. 12.1/Add. 31, 1998, Para 51.
[70] Vezi mai sus, nota 9, Para. 25 (avere) și 35 (statut economic și social).
[71] Vandenhole, W., *Nediscriminarea și egalitatea din punctul de vedere al organismelor de monitorizare a tratatelor ONU*, Intersentia, 2005, p. 134.
[72] Vezi Fredman, S., *Obligațiile pozitive și dezavantajele socio-economice: includerea problemei dezavantajelor pe agenda egalității*, în *European Human Rights Law Review*, vol. 3, 2010, pp. 290-304 și în mod special p. 292 (unde se vorbește despre importanța impunerii prin intermediul Legii privind egalitatea din 2010 a unei obligații pozitive legate de dezavantajul socio-economic).
[73] DUDO, Articolul 7, care prevede, printre altele: „Toți oamenii sunt egali în fața legii și au, fără nici o deosebire, dreptul la o egală protecție a legii".
[74] Möller, J., *Articolul 7*, în Alfredson, G. și Eide, A. (ed.), *Declarația universală a drepturilor omului*, Kluwer Law International, 1999, p. 153.
[75] PIDCP, Articolul 26.
[76] Choudhury, T., *Redactarea Articolului 26 al Pactului internațional cu privire la drepturile civile și politice*, în *European Human Rights Law Review*, vol. 5, 2002, p. 591.
[77] Vezi mai sus, nota 66, Nowak, p. 466.
[78] *Ibid.*
[79] *Ibid.,* p. 468.
[80] *Ibid.,* p. 459.
[81] Vezi mai sus, nota 76, p. 598 (unde se spune că „protecția egală de către lege și nediscriminarea erau privite ca două noțiuni fundamental diferite").
[82] PIDCP, Articolul 2(1), care spune că orice stat parte la PIDCP se angajează să respecte și să asigure „drepturile recunoscută în prezentul Pact, fără nicio deosebire".
[83] Vezi mai sus, nota 66, Nowak, p. 465.
[84] Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, *Comentariu general nr. 18: Nediscriminarea*, U.N. Doc. No. HRI/

GEN/1Rev. 6, 2003. De asemenea, Comitetul ONU pentru Drepturile Omului a emis comentarii generale pe marginea Articolului 3 (drepturi egale pentru bărbați și femei) și Articolului 14 (dreptul la egalitate în fața instanțelor). Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale, responsabil de monitorizarea PIDESS, a emis comentarii generale pe marginea Articolului 3 (drepturi egale pentru bărbați și femei) și Articolului 2(2) (nediscriminarea).

[85] *Ibid.*, Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, *Comentariu general nr. 18: Nediscriminarea*, Para 7.

[86] Vezi mai sus, nota 71, p. 86. („niciunul din comitete nu a acordat suficientă atenție deosebirii conceptuale între principiul egalității și cel al nediscriminării").

[87] Vezi mai sus, nota 84, Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, *Comentariu GENERAL nr. 18: Nediscriminarea*, Para 12.

[88] *Ibid.*

[89] Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, *Observații finale ale Comitetului pentru Drepturile Omului: Statele Unite ale Americii*, UN Doc. No. CCPR/C/USA/CO/3/rev. 1, 2006, Para 22.

[90] Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, *Observații finale ale Comitetului pentru Drepturile Omului: Canada*, UN Doc. No. CCPR/C/CAN/CO/5, 20 aprilie 2006, Para 24.

[91] Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, *Observații finale ale Comitetului pentru Drepturile Omului: Noua Zeelandă*, UN Doc. No. A/50/40, 3 octombrie 1995, Para 182.

[92] Comitetul ONU pentru Drepturile Omului, *Observații finale ale Comitetului pentru Drepturile Omului: Japonia*, UN Doc. No. CCPR/C/JPN/CO/5, 2008, Para 29.

[93] Legea Constituției Canadei din 1982, Carta canadiană a drepturilor și libertăților, § 15(1).

[94] *Andrews împotriva Law Society of British Columbia* (1989), 1 S.C.R. 143.

[95] *Law împotriva Canadei* (1999), 1 S.C.R. 497, Para 88 (care revede cauza *Andrews*).

[96] Vezi mai sus, nota 94, Para 72, (în special, decizia lui La Forest J.).

[97] Vezi mai sus, nota 7, p. 226. Bruce Porter relatează că primul proiect al prevederilor legate de egalitate prezentat de Guvernul Trudeau a primit denumirea de *Drepturile de nediscriminare*. În urma unor acțiuni ample de lobby pe parcursul anului următor, prevederile au fost redenumite în „drepturile de egalitate" și au inclus – pe lângă egalitatea în fața legii, protecția egală a lege și nediscriminarea – două noi prevederi: egalitatea în conformitate cu legea și beneficierea în mod egal de lege. Formularea complexă adoptată de Canada a fost considerată cea mai cuprinzătoare din lume.

[98] *Declarația principiilor egalității*, promulgată de The Equal Rights Trust, de asemenea prevede, în Principiul 1, un „drept la egalitate" care este substanțial mai larg decât nediscriminarea, cuprinzând, în afară de nediscriminare, dreptul la egalitate în fața legii, dreptul la protecție egală a legii și la beneficiul egal al legii.

[99] Fredman, S., *Discrimination Law*, Oxford University Press, 2002, p. 70 (care documentează încercările anumitor categorii de persoane neincluse să se definească drept incluse). Vezi, de exemplu, *Gosselin împotriva Quebecului* (2002) 4 S.C.R. 429 (în care s-a demonstrat existența diferențierii după criteriul de vârstă, însă nu s-a reușit demonstrarea existenței vreunui stereotip, a prejudecatei sau dezavantajării).

[100] DUDO, Articolul 25; PIDESC, Articolul 12; Kinney, E. D. și Clark, B. A., „Prevederile referitoare la sănătate în constituțiile lumii", *Cornell International Law Journal*, Volumul 37(2), 2004, p. 287 (unde se arată că 67,5 la sută din toate țările lumii au prevederi constituționale privind sănătatea sau îngrijirea medicală). La fel, dreptul la sănătate este recunoscut în preambulul Constituției Organizației Mondiale a Sănătății, care spune că „beneficierea de cel mai înalt standard de sănătate posibil reprezintă unul din drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane, fără deosebire de rasă, religie, convingere politică, condiție economică sau socială".

[101] Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale și culturale, *Comentariu General nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate posibil*, U.N. Doc. E/C. 12/200/4, 2000, Para 2.

[102] PIDESC, Articolul 12(1).

[103] *Ibid.* Articolul 12(2).

[104] Vezi mai sus, nota 101.

[105] *Ibid.*, Para 9.

[106] *Ibid.*, Para 11.

[107] *Ibid.*, Para 19, 34-36.

[108] *Ibid.*, Para 12 (b)(iii).

[109] *Ibid.*, Para 19.

[110] *Ibid.*, Para 30.

[111] *Ibid.*, Para 43(e).

[112] Comitetul ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale, *Observații finale ale Comitetului pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale: Columbia*, UN Doc. No. E/C. 12/1/Add. 74, 2001, Para 26.

[113] *Ibid.*, Para 47.
[114] Comitetul ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale, *Observații finale ale Comitetului pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale: Ecuador*, UN Doc. No. E/C. 12/1/Add. 100, 2004, Para 34, 36 și 54.
[115] Comitetul ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale, *Observații finale ale Comitetului pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale: Regatul Unit*, UN Doc. No. E/C. 12/GBR/CO/5, 2009, Para 32.
[116] *Ibid.*
[117] Comitetul ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale, *Observații finale ale Comitetului pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale: Brazilia*, UN Doc. No. E/C. 12/BRA/CO/2, 2009, Para 11.
[118] Comitetul ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale, *Observații finale ale Comitetului pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale:* Australia, UN Doc. No. E/C. 12/AUS/CO/4, 2009, Para 28.
[119] Vezi mai sus, nota 9, Para 29.
[120] *Ibid.*, Para 33.
[121] *Ibid.*, Para 34.
[122] *Ibid.*, Para 8.
[123] *Ibid.*, Para 27.
[124] Hunt, P., *Raportorul Special al ONU în domeniul dreptului la sănătate fizică și psihică: Raportul anual către Consiliul pentru Drepturile Omului*, UN Doc. No. A/HRC/7/11, 2008, Para 15.
[125] *Ibid.*, Para 42. Raportorul special consideră conceptul de „echitate" în sănătate – adică accesul egal la medicină în conformitate cu nevoile persoanei – ca fiind echivalentul principiilor egalității și nediscriminării în domeniul drepturilor omului. (*Ibid.*, Para 43.)
[126] *Ibid.*, Para 42.
[127] McCoy, D., *Finanțarea sănătății: pentru toți, pentru unii, pentru pacienți, pentru profit?,* în *The North-South Institute*, *Dreptul mondial la sănătate: raportul canadian de dezvoltare 2007*, Ottawa: Renouf Publishing, 2006, pp. 59-83, 66.
[128] *Brown împotriva Board of Education*, 347 U.S. 483 (1954).
[129] Vezi mai sus, nota 127, p. 66.
[130] Fundar – Centro de Análisis e Investigación, International Budget Project and International Human Rights Internship Program, *Demnitatea contează: un ghid în utilizarea analizei bugetare pentru a promova drepturile omului*, 2004, p. 10. Sistemul este considerabil mai complicat decât a fost prezentat în acest articol. Vezi *ibid.*, p. 12; Vezi, de asemenea, González Rossetti, A., *Reforma sistemului de asigurare socială în Mexic*, în Kaufman, R. și Nelson, J. (ed.), *Crucial Needs Weak Incentives: Reforma sectorului social, democratizarea și globalizarea în America Latină*, Baltimore: John Hopkins University Press, 2004, pp. 70-71 (care identifică încă două straturi, servicii de sănătate private pentru cei înstăriți și o lipsă totală a ocrotirii în domeniul sănătății pentru populația rurală, în special popoarele băștinașe).
[131] *Ibid.*, Fundar – Centro de Análisis e Investigación, pp. 10-11.
[132] *Ibid.*, pp. 50-51.
[133] Vezi Frenk, J. și Gómez-Dantés, O., *Idei și idealuri: baza etică a reformei în sănătate din Mexic*, în *The Lancet*, vol. 373, ediția 9673, 2009, pp. 1406-1408 (în care se explică faptul că intenția unui sistem de sănătate în două straturi a fost de a oferi protecție pentru 50 de milioane de oameni care erau lipsiți de aceasta cu desăvârșire).
[134] Cu toate că intenția în acest caz a fost alta decât în cazul *Brown* sau în regimul de apartheid sud-african, potrivit dreptului internațional în domeniul drepturilor omului prezența unei intenții păgubitoare nu este necesară pentru a demonstra existența discriminării pe bază de statut. Mai degrabă, constituie discriminare orice deosebire care are drept „scop sau consecință" limitarea exercitării de către o categorie protejată a unui drept.
[135] Vezi mai sus, nota 101, Para 43(f).
[136] *Corte Constitutional de la República de Colombia, Sala Segundo de Revisión* (2008)/ Curtea Constituțională a Columbiei, Hotărârea nr. T-760/2008.
[137] Yamin, A. și Parra-Vera, O., *Protecția judiciară a dreptului la sănătate în Columbia*,în *Hastings International and Comparative Law Review*, Vol. 33(2), 2010, pp. 101-129.
[138] *Ibid.*, p. 105.
[139] Vezi mai sus, nota 136, Para 2.2.3, p. 10.
[140] *Ibid.*, Para 3.4, pp. 36-37.
[141] *Ibid.*, Para 3.4.2.3, p. 38.
[142] *Ibid.*, Para 6.1.2.1.1, p.185 (existența a două sisteme de sănătate încalcă dreptul constituțional la egalitate).
[143] Vezi mai sus, nota 127, p. 70.
[144] *Ibid.*
[145] People's Health Movement, Medact și Global Equity Gauge Alliance, Global Health Watch 2005-2006: un raport

mondial al sănătății alternativ, Zed Books, 2005, p. 63.
[146] *Ibid.*, pp. 64-65.
[147] Vezi mai sus, nota 127, p. 71.
[148] Vezi mai sus, nota 29, p. 13.
[149] Vezi mai sus, nota42, Rae, p. 25.
[150] *Mashavha împotriva Președintelui Republicii Africii de Sud* (2004) CCT 67/03.
[151] *Ibid.*, Para 51.
[152] *Ibid.*
[153] Vezi Newdick, C., *Accountability for Rationing – Theory into Practice*, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 33(4), 2005, p. 662. Vezi, de asemenea, *Rogers împotriva Swindon Primary Care Trust* (2006) EWCA Civ. 392 (în care reclamantei i se refuzase tratamentul cu *Herceptin*, prescris de medicul ei, în pofida faptului că un astfel de tratament prescris era subvenționat în alte zone ale sistemului de sănătate).
[154] *Ibid.*, Newdick, p. 662.
[155] *Ibid.*, p. 662.
[156] *Ibid.*, p. 667.
[157] *Ibid.*
[158] *Ibid.*
[159] Afonso da Silva, V. și Vargas Terrazas, F., *Revendicând dreptul la sănătate în instanțele din Brazilia: excluziunea celor deja excluși*, 2008, disponibil la: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1133620; vezi, de asemenea, Hoffmann, F. F. și Bentes, F. R. N. M., *Răspunderea în domeniul drepturilor sociale și economice în Brazilia*, în Gauri, V. și Brinks, D. M. (ed.), *Courting Social Justice: Judicial Enforcement of Social Rights in the Developing World*, Cambridge University Press, 2008, pp. 142-143 (în care se spune că clasa de mijloc are un acces mult mai mare la justiție decât clasa mai săracă, datorită faptului că primii pot iniția acțiuni de judecată prin intermediul avocaților privați).
[160] Vezi mai sus, nota 137, p. 114.
[161] *Ibid.*
[162] Vezi mai sus, nota 5, Gross, pp. 337-339.
[163] *Soobramoney împotriva Ministrului Sănătății, KwaZulu-Natal*, 1 South African Law Report 765 (1998).
[164] *Chaoulli împotriva Attorney General al Quebecului* (2005) 1 SCR 791.
[165] *Ibid.*, Para 6.
[166] *Ibid.*, Para 241, (opinia separată a lui Binnie și LeBel, JJ.)
[167] *Ibid.*, Para 7.
[168] *Ibid.*, Paras 243-254.
[169] *Ibid.*, Para 45.
[170] *Ibid.*, Para 84.
[171] *Ibid.*, Para 242, (opinia separată a lui Binnie și LeBel, JJ.)
[172] *Ibid.*
[173] *Ibid.*
[174] King, J., *Drepturile constituționale și bunăstarea socială: comentarii pe marginea deciziei în cazul Chaoulli*, în *The Modern Law Review*, vol. 69(4), 2006, p. 632 (unde se zice că Chaoulli „poate fi considerat cel mai controversat caz judecat în temeiul Cartei de până acum").
[175] *Ibid.*, pp. 631-643.
[176] Jackman, M., *The Last Line of Defence for [Which] Citizens': Accountability, Equality, and the Right to Health in Chaoulli*, *Osgoode Hall Law Journal*, Vol. 44, 2006, p. 359.
[177] *Ibid.*, p. 359.
[178] *Ibid.*
[179] *Ibid.*, pp. 360-361.
[180] *Ibid.*, p. 361.
[181] Vezi mai sus, nota 174, p. 639.

Legea şi „Viaţa Frumoasă”: Dizabilităţile de Învăţare, Egalitatea şi Sănătatea în Marea Britanie

Nick O’Brien[1]

Introducere. „Pedeapsa cu dizabilitatea”

Situaţia persoanelor cu dizabilităţi din toată lumea arată destul de prost aproape după orice criteriu de măsurare a privaţiunii sociale. Potrivit Naţiunilor Unite (ONU), acestea constituie minoritatea cea mai vastă şi cea mai dezavantajată: 20% din oamenii săraci de pe glob au un handicap; 98% din copiii cu dizabilităţi din ţările în curs de dezvoltare nu sunt şcolarizaţi; 30% din copiii străzii din lume au handicapuri; rata de alfabetizare în rândul persoanelor cu dizabilităţi este de 3%, iar în unele ţări chiar de 1% în cazul femeilor cu dizabilităţi.[2]

După cum a declarat ONU:

„În orice regiune a lumii, în fiece ţară din lume, persoanele cu dizabilităţi adesea trăiesc la periferiile societăţii, fiind private de unele experienţe fundamentale ale vieţii. Ele au puţine şanse să meargă la şcoală, să găsească o slujbă, să aibă o locuinţă proprie, să creeze o familie şi să crească copii, să se bucure de viaţă socială sau de dreptul la vot. Pentru marea majoritate a persoanelor cu dizabilităţi din lume, magazinele, serviciile şi transportul public, iar uneori chiar şi informaţia, sunt în mare măsură inaccesibile.”[3]

În unele cazuri, nivelul marginalizării poate fi pur şi simplu o chestiune de viaţă şi de moarte. În octombrie 2010, comisarul pentru Drepturile Omului al Consiliului Europei, Thomas Hammarberg, a atras atenţia asupra iniţierii de către procurorul general al Bulgariei a unei anchete penale în vederea investigării a 166 de cazuri de deces şi a altor 30 de cazuri de abuz printre copiii plasaţi în instituţii de stat pentru persoane cu „dizabilităţi mentale”. După cum a observat comisarul:

„Astăzi, în Europa, mii de persoane cu dizabilităţi sunt plasate în instituţii mari, segregate şi deseori izolate geografic. În unele cazuri, ele trăiesc în condiţii inadecvate, îndurând o neglijare totală şi abuzuri crunte ale drepturilor omului. În prea multe cazuri, decesele premature nu sunt investigate sau nici măcar anunţate.”[4]

În asemenea cazuri, intenţia Statului este destul de evidentă, cea de a izola şi controla, utilizarea paturilor-cuşti şi a altor modalităţi de limitare a libertăţii fiind privite ca ceva normal. O viaţă autonomă şi o participare independentă, pentru care de atâta vreme pledează mişcarea globală de apărare a drepturilor persoanelor cu dizabilităţi, sunt în aceste circumstanţe doar vise.

Însă există motive pentru un optimism rezervat. În Albania, de exemplu, un anumit progres s-a atins prin plasarea persoanelor cu dizabilităţi în case de tip familial sau comunitar. În Macedonia şi Serbia, au fost adoptate planuri ambiţioase pentru reforme similare.[5]

Precum a remarcat ONU, într-un şir de ţări dezvoltate şi în curs de dezvoltare, reforme legislative mai cuprinzătoare direcţionate spre promovarea şi protejarea drepturilor persoanelor cu dizabilităţi au creat premise ca aceste persoane să poată duce o viaţă independentă şi deplină în calitate de studenţi, lucrători, membri de familie şi cetăţeni; „ele vor putea să facă acest lucru pentru că societatea a eliminat barierele fizice şi culturale care le limitau în trecut participarea deplină".[6]

Faptul că unele ţări dezvoltate au luat aceste măsuri se datorează, în mare parte, schimbării percepţiilor faţă de dizabilitate, care a avut loc; cel puţin în unele zone, după cel de-al doilea război mondial, dar, mai cu seamă, în ultimele două decenii. În timp ce cu doar una sau două generaţii în urmă dezavantajele cu care se confruntau persoanele cu dizabilităţi ar fi stârnit în rândul celorlalţi o senzaţie de milă îmbinată cu un fel de acceptare înnăbuşită, recunoaşterea în Statele Unite a dizabilităţii ca făcând parte din corpul drepturilor civile, deşi nu în măsura în care aceasta să se regăsească în Legea drepturilor civile a SUA din 1964, au creat condiţii pentru ca acum, la câteva decenii distanţă, astfel de dezavantaje să fie privite, şi nu doar în Statele Unite, cu indignare. În acelaşi timp, teoria socială a dat naştere unui mod de a concepe dizabilitatea care identifică „miezul problemei" mai degrabă în barierele înălţate arbitrar de societate, decât în handicapul fizic sau mental propriu-zis; iar legea, la rândul său, a răspuns cu măsuri anti-discriminare, cum ar fi Legea americanilor cu dizabilităţi din 1990 (ADA) sau, în Marea Britanie, Legea privind discriminarea pe motiv de dizabilităţi din 1995, care au adus problema dizabilităţii în sânul legislaţiei dedicate egalităţii, alături de criteriile mai consacrate precum rasa şi genul.[7]

În pofida apariţiei sale relativ întârziate ca problemă de drept, dizabilitatea poate să se considere de curând în avangarda reformelor legislative menite să promoveze nu doar egalitatea formală, ci şi egalitatea efectivă. De o importanţă deosebită pentru aceste iniţiative a fost introducerea conceptului de „adaptare rezonabilă", care a fost caracterizată drept „o nouă paradigmă" a dreptului în materie de egalitate şi care are de a face nu atât cu tratamentul egal, ci, mai degrabă, cu tratamentul diferit, în asigurarea participării egale la viaţa socială, politică şi culturală, ceea ce este mai mult decât egalitatea de şanse, diversitatea şi nediscriminarea.[8] La început, o cenuşăreasă la marele bal al egalităţii, dizabilitatea a evoluat rapid ca să devină o pretendentă la condurul de cristal al legislaţiei progresiste. Prima convenţie în domeniul drepturilor omului adoptată de ONU în secolul al XXI-lea, care incorporează conceptul adaptării rezonabile, conţinând şi un angajament puternic faţă de principiul „participării", este chiar Convenţia cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilităţi (în continuare Convenţia ONU), pe care Comisarul CoE pentru Drepturile Omului a caracterizat-o drept „de cotitură" şi „o îndrumare spre asigurarea unui mai bun tratament faţă de persoanele cu dizabilităţi".[9]

Dar chiar şi în acele câteva ţări dezvoltate care au promovat legi în domeniul dizabilităţii, tabloul general nu e unul de progres necontenit. În Statele Unite, de exemplu, s-a înregistrat o oarecare „mişcare îndărăt" de la adoptarea ADA în anul 1990.[10] În Regatul Unit, unde în 1995 a fost adoptată Legea privind discriminarea pe motiv de dizabilităţi (DDA), ultimul studiu efectuat de Comisia pentru Egalitate şi Drepturile Omului a arătat că persoanele cu dizabilităţi rămân a fi foarte marginalizate în domeniul ocupării forţei de muncă, în educaţie şi în privinţa veniturilor.[11] Astfel, ceea ce Amartya Sen a calificat drept „pedeapsa cu dizabilitatea" rămâne a fi o problemă serioasă.[12]

Articolul de față analizează unul dintre aspectele acestei „pedepse" – experiențele trăite de persoanele cu dizabilități în cadrul sistemul de sănătate a Regatului. Se analizează, în special, felul în care cadrul legal a jucat un rol important de catalizator pentru intervenții ale organelor regulatorii și organizații din sectorul voluntar. Astfel, articolul reprezintă o reflecție asupra modurilor, uneori pe de-a dreptul surprinzătoare, în care legea poate fi mobilizată pentru a produce schimbări sistemice și culturale.

1. Accesul la sănătate în Marea Britanie: limitele legislației anti-discriminare

În ultimii zece ani, experiențele trăite de persoanele cu dizabilități în sistemul de sănătate britanic au fost urmărite cu atenție sporită și susținută. În pofida labilității legate de schimbarea periodică a guvernelor cu diferite viziuni politice, Serviciul Național de Sănătate (NHS) rămâne a fi pentru mulți un standard de aur al unui stat al bunăstării postbelic. Iată de ce, ca un indicator al performanței în domeniul egalității, acesta are o semnificație specială și simbolică.

Un interes deosebit prezintă experiențele persoanelor cu dificultăți de învățare sau cu probleme de sănătate mentală, îndeosebi pentru că, potrivit estimărilor, anume această categorie de persoane cu dizabilități suferă cel mai mult de izolare, fiind printre cele mai vulnerabile categorii ale populației.[13] Precum se remarcă într-un raport al unui efort independent de investigație din iulie 2008:

„Sănătatea și puterea unei societăți poate fi măsurată prin grija pe care o are față de cei mai vulnerabili membri ai săi. Dintr-un șir de motive, inclusiv felul în care societatea se comportă față de ei, adulții și copiii cu dizabilități de învățare, în special cei cu formele cele mai grave și cu nevoile cele mai complexe, reprezintă astăzi cei ma vulnerabili membrii ai societății noastre."[14]

Pe măsură ce s-au acumulat noi dovezi, a devenit tot mai clar că, dacă e s-o considerăm o măsură dreaptă, atunci Marea Britanie nu prea „are grijă" deloc. Cel mai îngrijorător este faptul că, la 15 ani după adoptarea legislației anti-discriminare, s-a constatat că discriminarea și prejudecățile continuă să contribuie semnificativ la fenomenul privațiunii sociale.[15] Aceasta este, de fapt, măsura în care capacitatea legislației de a oferi protecție efectivă este pusă la îndoială.

Începând cu anul 1996, DDA, care recent a fost absorbită și modificată de Legea egalității din 2010, a garantat protecție legală împotriva discriminării în beneficierea de bunuri, facilități și servicii. În principiu, ea a permis persoanelor cu dizabilități să inițieze acțiuni individuale împotriva prestatorilor de servicii medicale, inclusiv, începând cu 1999, pentru nerespectarea obligației de a face adaptări rezonabile, de exemplu, în cazurile unde eșecul de a oferi accesorii sau servicii auxiliare ar face accesul la un serviciu medical nejustificat de dificil sau imposibil.[16] De fapt, au existat foarte puține cazuri când cineva s-a plâns pe asemenea circumstanțe, cum ar fi, de exemplu, eșecul de a efectua examene medicale accesibile, de a adapta programele de screening, de a comunica efectiv și de a oferi instruire pentru a satisface mai bine nevoile speciale ale persoanelor cu dizabilități.[17]

Există câteva explicații posibile. În general, prevederile referitoare la prestarea de bunuri, servicii și beneficii au servit drept temei pentru relativ puține litigii de orice fel, în comparație cu prevederile DDA referitoare la angajare în câmpul muncii. De exemplu, în perioada 1996-2001, au existat doar 53 de reclamații din prima categorie, față de aproximativ 8,9 mii din cea de-a doua.[18] Par-

ţial, acest fapt se datorează în mod evident uşurinţei relative cu care se pot face revendicări în instanţele specializate – tribunale ale muncii; în schimb, acţiunile iniţiate în instanţele civile pentru încălcarea prevederilor referitoare la prestarea de servicii şi bunuri sunt scumpe şi complicate la nivel tehnic. Un tribunal al muncii oferă, de asemenea, şi o procedură de recurs mai accesibilă, ceea ce a dus la raportarea pe larg a acestor cazuri şi, respectiv, la apariţia unei practici judiciare în domeniu destul de complexe şi cunoscute. În instanţele civile, probabilitatea unui recurs este cu mult mai redusă, la fel şi uşurinţa iniţierii acestuia, astfel că există puţine decizii comunicate în instanţele superioare în temeiul prevederilor referitoare la prestarea de bunuri, servicii şi beneficii. Oricare ar fi cauzele, într-un sistem de drept jurisprudenţial această lipsă a precedentelor poate fi fatală pentru vizibilitatea şi dezvoltarea legislaţiei, cel puţin la nivel de instrument individual de revendicare.

Asta nu înseamnă însă că nu au existat potenţiale motive pentru acţiune. Potrivit Comisiei pentru Drepturile în domeniul Dizabilităţii (DRC),[19] numărul plângerilor în temeiul prevederilor referitoare la prestarea bunurilor, serviciilor şi beneficiilor care i-au fost remise spre examinare între anii 2004 şi 2007 a constituit 25,1 mii, faţă de 35,5 mii de cazuri privind angajarea în câmpul muncii. Nu există cifre care să ne spună câte dintre acestea au vizat problema sănătăţii.[20] Se ştie însă faptul că majoritatea cazurilor privind prestarea bunurilor, serviciilor şi beneficiilor, remarcate de DRC drept demne de atenţie spre sfârşitul activităţii sale de şapte ani, se referă aproape în mod exclusiv la dispute privind lezarea drepturilor de consumator în restaurante, baruri şi transport. Niciunul nu a fost legat de dizabilităţi de învăţare şi servicii medicale, în pofida angajamentului strategic al DRC să asiste în mod prioritar persoanele cu dizabilităţi de învăţare în cazuri de litigiu şi în pofida multitudinii de rapoarte negative care au apărut pe parcursul ultimilor zece ani privind prestarea serviciilor de sănătate pentru persoanele cu dizabilităţi de învăţare.[21]

DCR s-a apropiat cel mai mult de tema sănătăţii şi asistenţei sociale în activitatea sa de intervenţie litigioasă atunci când a intervenit în calitate de parte terţă interesată în cazuri iniţiate în temeiul Legii drepturilor omului din 1998. Unul din aceste cazuri a implicat contestarea unei măsuri locale de interzicere a ridicării şi transportării manuale a greutăţilor;[22] un alt caz, mai apropiat de tematica serviciilor medicale, s-a referit la circumstanţele în care poate fi întreruptă, cu referire la pacienţii cu dizabilităţi, hidratarea şi nutriţia artificială.[23] De fapt, aceste cazuri au accentuat şi mai mult invizibilitatea serviciilor medicale în corpul litigiilor în domeniul nediscriminării. Astfel, în pofida existenţei în Marea Britanie a unor legi destul de complexe, serviciile medicale au rămas până acum în afara revendicărilor individuale ale persoanelor cu dizabilităţi.

2. O abordare diferită: DRC şi „tratamentele egale: reducerea decalajului"

În 2006-2007, ultimul an de existenţă al DRC, a fost adoptată o nouă abordare în implementarea legislaţiei prin introducerea Obligaţiei egalităţii în domeniul dizabilităţii.[24] Aceasta a fost inspirată de abordarea în domeniul egalităţii rasiale, care a apărut în 2001 ca urmare a Investigaţiei Stephen Lawrence şi a popularizării de către aceasta a conceptului „discriminării instituţionale". Astfel, se instituia o obligaţie a autorităţilor publice de a lua măsuri pozitive în activitatea lor în vederea promovării egalităţii pentru persoanele cu dizabilităţi. Această abordare a schimbat legislaţia în domeniul dizabilităţii

la 180 de grade, mutând accentul de pe acțiunea retrospectivă, individuală spre acțiunea prospectivă, colectivă, întru remedierea deficiențelor de sistem și structură în procesul de prestare a serviciilor pentru persoanele cu dizabilități. Acest lucru s-a produs în cadrul celei de-a cincea etape în dezvoltarea legislației în domeniul egalității din Marea Britanie, cunoscută și ca etapa „egalității de transformare", care recent a fost extinsă pentru a acoperi toate criteriile protejate în cadrul Legii egalității 2010.[25]

În decembrie 2006, într-o anumită măsură anticipând implementarea Obligației egalității în domeniul dizabilității, DRC a început o cercetare formală a inegalității în domeniul sănătății cu care se confruntă persoanele cu dizabilități de învățare și probleme de sănătate mentală. În prefața sa la secțiunea raportului de cercetare ce se referea la identificarea unor deficiențe grave în ceea ce privește nivelul serviciilor oferite de NHS, președintele DRC, Bert Massie, a menționat: „Implementarea Obligației egalității în domeniul dizabilității oferă un impuls de a remedia această neglijență printr-o abordare strategică și pro-activă".[26]

Implicația fiind că noua obligație va avea potențialul de a penetra acele domenii ale serviciilor medicale care au rămas imune litigării individuale, în pofida celor mai bune intenții ale autorilor DDA și chiar a DRC, pe durata existenței acestuia. Între timp, DRC a decis să apeleze la propriul drept de a investiga într-un mod prospectiv și sistematic, ceea ce a anticipat, într-o anumită măsură, abordarea ce va deveni posibilă prin implementarea noii obligații.

De fapt, investigația întreprinsă de DRC s-a dovedit a fi un element important al unui model nou de audit public și al campaniilor organizațiilor neguvernamentale, model din primul deceniu al secolului al XXI-lea. După cum se explica în raport, cercetarea a produs noi probe care dovedesc că „persoanele cu dizabilități de învățare și cele cu probleme de sănătate mentală sunt expuse într-o măsură mai mare probabilității de a suferi de o boală gravă, de a contracta o astfel de boală la o vârstă mai tânără și de a deceda mai devreme decât ceilalți cetățeni";[27] că este mai puțin probabil ca ele să beneficieze de un examen medical de care au nevoie, confruntându-se cu bariere semnificative în obținerea accesului la serviciile medicale de bază. Oamenii cu dizabilități de învățare riscă, mai ales, să sufere de obezitate și boli respiratorii; iar cei cu probleme de sănătate mentală – de obezitate, fumat, boli cardiace, hipertensiune arterială, boli respiratorii, diabet și ictus.[28]

În pofida riscurilor mai ridicate la care sunt supuse, investigația constată că, în comparație cu alte categorii, aceste grupuri beneficiază mai rar de examinare și tratament medical bazat pe date obiective. Persoanele cu probleme de sănătate mentală sunt supuse testelor standard de colesterol mai rar decât alte persoane cu boli cardiace și testelor respiratorii mai rar decât alte persoane cu probleme respiratorii. Persoanelor cu dizabilități de învățare, care suferă de diabet, li se iau mai puține măsurări ale indicelui masei corporale, iar celor cu ictus li se verifică mai rar tensiunea arterială; totodată, ele beneficiază mai rar de screening cervical pentru depistarea cancerului. Ambele grupuri sunt supuse la ceea ce se numește „eclipsare a diagnosticului" ("diagnostic overshadowing"), adică interpretarea condiției proaste a sănătății fizice ca fiind un aspect al condiției cunoscute de sănătate mentală sau dizabilitate de învățare, care conduce la faptul că această condiție fizică nu este investigată sau tratată adecvat[29].

Pentru a ilustra măsura în care persoanele cu dizabilităţi de învăţare şi cele cu probleme de sănătate mentală sunt evitate de intervenţiile speciale ale Guvernului, raportul DRC a evidenţiat faptul că există mai multe persoane obeze cu dizabilităţi de învăţare sau probleme de sănătate mentală în Anglia decât oameni obezi în Birmingham şi Coventry luate împreună. Respectiv, abordarea problemei obezităţii în rândul grupurilor respective ar avea un impact mai mare decât în cazul în care aceasta ar viza cele două oraşe ale regiunii Midlands[1]. După cum a accentuat raportul:

„Un program naţional de combatere a inegalităţilor din domeniul sănătăţii din Anglia nu ar putea ignora oraşe întregi precum Birmingham sau Coventry şi totuşi persoanele cu dizabilităţi de învăţare şi/sau cu probleme de sănătate mentală au fost ignoraţi până în prezent de programele naţionale de asigurare a egalităţii în sănătate”[30].

Într-un mod mai general, DRC a conclus că motivele inegalităţilor în sănătate sunt „multiple şi includ privaţiunea, modul de viaţă, accesul la bunuri şi tratament medical, prtecum şi efectele secundare ale medicamentelor anti-psihotice şi stabilizatoarelor de dispoziţie (timostabilizatoarelor)”[31]. Deosebit de remarcabilă este legătura cu privaţiunea socială:

„Datele recente (...) sugerează că în jur de 20-33% din riscul sporit de sănătate cu care se confruntă copiii cu dizabilităţi de învăţare din Regatul Unit pot fi atribuite riscului sporit al acestora de a fi expuşi dezavatajelor socio-economice. Problemele de sănătate cu care se confruntă persoanele cu dizabilităţi de învăţare şi/sau cu probleme de sănătate mentală sunt determinate de inegalităţi sociale mai largi, iar reducerea sărăciei trebuie să fie parte a oricăror eforturi de abordare a acestor probleme”[32].

Cu toate acestea, DRC a fost interesat să se axeze mai ales pe alte aspecte decât privaţiunea socială şi să identifice „pedeapsa cu dizabilitatea”[33]. Această pedeapsă cu dizabilitatea este evidentă, de exemplu, în faptul că, chiar şi atunci când facem abstracţie de privaţiunea socială, oamenii cu schizofrenie şi tulburare bipolară, care au probleme grave de sănătate fizică, sunt susceptibili unei probabilităţi mai mari de a deceda mai devreme decât alţi oameni cu aceleaşi probleme de sănătate. Aceasta se mai manifestă şi prin faptul că o persoană cu o dizabilitate de învăţare sau o problemă de sănătate mentală poate simţi privaţiunea într-un mod diferit, datorită factorului pe care DRC l-a numit „dificultăţile combinate ale excluderii sociale, discriminării şi izolării”[34]. Vorbind în termenii folosiţi de DRC, „prin urmare, aceasta este o chestiune ce ţine în mod justificat de egalitatea în privinţa persoanelor cu dizabilităţi, care trebuie să fie abordată prin intermediul noii Obligaţii a egalităţii în domeniul dizabilităţii şi care cere organizaţiilor din sectorul public să întreprindă, în activitatea lor, măsuri pozitive întru promovarea egalităţii pentru persoanele cu dizabilităţi”[35]. Spre sfârşitul raportului este propus obiectivul de a promova „rezultatele egale” şi nu „tratamentul egal”, după cum e menţionat în titlul raportului.

[1] Midlands este denumirea tradiţională a teritoriului ce cuprinde Anglia centrală. Cel mai mare oraş al regiunii este Birmingham, cu o populaţie de aproximativ 1 milion de oameni. Populaţia Oraşului Coventry e de în jur de 310 mii oameni.

3. Un deceniu de „indiferenţă”

Investigaţia formală întreprinsă de DRC a întărit şi a completat rezultatele unei campanii precedente, lansate în 2004 de Mencap, un ONG lider din domeniul dizabilităţilor de învăţare. Campania sa, intitulată *Treat me right! (Tratează-mă corect!)*, a cărei tematică a mers mai departe decât asistenţa medicală primară, incluzând şi îngrijirea medicală spitalizată, de asemenea a ţintit să atragă atenţia publicului asupra faptului că persoanele cu dizabilităţi de învăţare au o sănătate mai slabă decât populaţia generală[36]. Conform Mencap, această stare de lucruri este condiţionată în parte de faptul că persoanele respective suferă de anumite condiţii legate direct de dizabilitatea lor, precum şi de faptul că ele sunt, de regulă, sărace şi, respectiv, mai predispuse de a duce un mod de viaţă nesănătos. Până aici, prevalenţa ratelor înalte de morbiditate poate fi izolată de ceea ce ar putut fi considerat „prejudecată” sau „discriminare”. Totuşi, Mencap mai atenţionează că un factor semnificativ este şi nivelul slab al tratamentului oferit de NHS persoanelor cu dizabilităţi de învăţare, adesea ca rezultat direct a ceea ce Mencap numeşte „ignoranţa şi prejudecăţile în rândul specialiştilor din domeniul sănătăţii faţă de persoanele cu dizabilităţi de învăţare”[37].

Mencap a constatat că 75% dintre medicii generalişti afirmau că nu primiseră instruirea necesară pentru a trata persoanele cu dizabilităţi de învăţare, iar 90% credeau că dizabilitatea de învăţare a pacientului îngreunează procesul de determinare a diagnozei exacte. Lipsa instruirilor specializate a sporit probabilitatea „eclipsării diagnosticului” şi a limitat capacitatea profesioniştilor din domeniul sănătăţii de a înţelege felurile în care comunică persoanele cu dizabilităţi de învăţare.[38]

Mencap a mai constatat că îngrijirea oferită în spitale era deosebit de proastă, adesea ca rezultat al lipsei de înţelegere şi instruire, fie din cauza presupoziţiilor referitoare la nivelul de îngrijire din partea familiei şi personalului de îngrijire la domiciliu, la care se poate aştepta. În unele situaţii, Mencap a identificat cazuri, descrise ca „discriminare flagrantă”, în care personalul medical îşi permitea să facă „judecăţi de valoare arbitrare precum că oamenii cu dizabilităţi de învăţare ar fi mai puţin importanţi decât cei fără dizabilităţi”[39].

Într-un raport elaborat în continuarea celui precedent, intitulat *Moartea prin indiferenţă (Death by Indifference)*, Mencap şi-a publicat constatările privind decesele a 6 oameni cu dizabilităţi de învăţare în spitalele NHS. După spusele autorilor, cele 6 cazuri „şocante şi tragice” demonstrează existenţa în cadrul NHS a „discriminării instituţionale” în privinţa persoanelor cu o dizabilitate de învăţare, discriminare ce duce la neglijarea şi chiar decesul prematur al acestora[40]. Mencap a identificat 6 factori care contribuie la această situaţie: oamenii cu dizabilităţi de învăţare sunt văzuţi ca o prioritate nu tocmai importantă; mulţi dintre profesioniştii din domeniul sănătăţii nu consultă adecvat şi nu implică îndeajuns familiile şi îngrijitorii persoanelor cu dizabilităţi de învăţare; mulţi dintre profesioniştii din domeniul sănătăţii nu înţeleg legislaţia privind capacitatea şi consimţământul în ceea ce priveşte aplicarea tratamentului; profesioniştii din medicină se încred nejustificat în estimările lor privind calitatea vieţii persoanei; şi, în sfârşit, sistemul de depunere a reclamaţiilor privind serviciile NHS este adesea ineficient, necesită mult timp şi e inaccesibil[41].

Concluziile Mencap au confirmat constatările a două cercetări diferite, desfăşurate

de organul de reglementare a serviciilor de sănătate – Comisia privind îngrijirea medicală (Healthcare Commission), cu scopul de a investiga presupusul abuz faţă de oamenii cu dizabilităţi de învăţare, aflaţi în îngrijirea Cornwall Partnership NHS Trust şi, respectiv, de Sutton and Merton Primary Care Trust. În aceste cauze, Comisia privind îngrijirea medicală a identificat probe care demonstrează că situaţiile de abuz au avut loc, în parte, din cauza că serviciile pentru oamenii cu dizabilităţi de învăţare constituiau o prioritate atât de mică încât erau administrate la un nivel foarte prost: „abuzul instituţional" prevala, mai ales, ca rezultat al „lipsei conştientizării, cunoştinţelor, instruirilor şi înţelegerii din partea specialiştilor."[42].

Şi ombudsmanul pentru Anglia privind serviciile de sănătate, Ann Abraham, investigând cele 6 cazuri specifice identificate de Mencap, de asemenea a ajuns la nişte concluzii puternice[43]. Raportul ombudsmanului ilustra că „anumite eşecuri semnificative şi neplăcute în prestarea serviciilor de îngrijire medicală şi socială au condus la situaţii în care persoanele cu dizabilităţi de învăţare au fost supuse unor suferinţe prelungite şi îngrijirii inadecvate"[44]. În unele cazuri, investigaţia a constatat "proastă administrare şi caracterul inadecvat al serviciilor din motive legate de dizabilitate", precum şi " necorespunderea principiilor din domeniul drepturilor omului, mai ales celor privind demnitatea şi egalitatea"[45]. Ombudsmanul a concluzionat că decesul uneia dintre persoanele vizate a survenit ca rezultat al caracterului inadecvat al serviciilor şi al proastei administrări, iar în alt caz – că decesul persoanei ar fi putut fi evitat dacă nivelul de îngrijire nu era întratât de inferior standardelor acceptabile. În unul dintre aceste cazuri, ombudsmanul a constatat că persoana în cauză nu a fost hrănită timp de 26 de zile[46].

Constatările ombudsmanului erau în concordanţă cu concluziile de ordin mai general ale *Studiului independent privind accesul la serviciile de sănătate pentru persoanele cu dizabilităţi de învăţare* de Sir Jonathan Michael, publicat sub denumirea de *Sănătate pentru toţi (Healthcare for All)* în anul 2008. Studiul a identificat „exemple îngrozitoare de discriminare, abuz şi neglijare în cadrul unui spectru de servicii de sănătate", pe care le-a atribuit faptului că persoanele cu dizabilităţi de învăţare nu sunt „vizibile sau identificabile" de serviciile de sănătate, precum şi altor factori: lipsa conştientizării problemei de către personal; faptul că necesităţile persoanelor cu dizabilităţi de învăţare nu constituie priorităţi pentru NHS; monitorizarea inadecvată a respectării legii; faptul că persoanele cu dizabilităţi de învăţare scapă din vizorul cadrului de reglementare şi inspectare; cunoştinţele şi informaţiile insuficiente din partea personalului pentru a opera adaptări rezonabile; insuficienţa instruirii şi educaţiei personalului NHS privind dizabilitatea de învăţare; ignoranţa şi frica, atitudinile şi valorile negative[47].

Aceste constatări prezintă o imagine cu adevărat demoralizatoare a experienţelor trăite de persoanele cu dizabilităţi de învăţare în cadrul NHS. Situaţia este şi mai descurajatoare atunci când constatăm că au trecut deja 30 de ani din momentul în care un raport influent al Fundaţiei Regale, intitulat *O viaţă ordinară (An Ordinary Life)*, a formulat, în anul 1980, aspiraţia de a pune capăt excluziunii sociale ce durase timp de generaţii[48]. Această aspiraţie a fost, în sfârşit, transpusă în politică guvernamentală în anul 2001, atunci când un raport oficial al guvernului – *Apreciind oamenii (Valuing People)* – şi-a construit obiectivele principale pe principiile independenţei, drepturilor, alegerii şi incluziunii[49]; iar într-un raport de consultare din anul 2007 a fost reafirmată aspiraţia de a abilita persoanele

cu dizabilităţi de învăţare pentru ca acestea să aibă o viaţă normală şi să facă lucrurile pe care majoritatea le consideră indiscutabile, chiar dacă secretarul de stat pentru sănătate de atunci, Alan Johnson, a recunoscut că, în pofida unui anumit progres înregistrat la acest capitol, în cazul multor persoane cu dizabilităţi de învăţare „puţine s-au schimbat"[50]. Raportul-continuare din 2009, *Apreciind oamenii acum (Valuing People Now)*, deşi se încredea în conceptul de „personalizare", în sensul de aderare la un cadru de planificare centrată pe persoană, servicii individuale şi bugete administrate în mod individual, precum şi măsuri de susţinere a accesului la muncă plătită, nu a putut să nu recunoască dificultăţile continue în implementarea unor schimbări reale[51].

Această analiză deprimantă nu oferă vreo alinare, niciuneia dintre cele două tabere aflate de părţi diferite ale legislaţiei şi politicilor. Pe de o parte, experienţa oamenilor cu dizabilităţi de învăţare, atât în sfera sănătăţii, cât şi în afara ei, fie din cauza inaccesibilităţii căii judiciare de soluţionare, fie datorită nedorinţei persoanelor cu dizabilităţi de a recurge la proces din alte motive, această experienţă aproape că nu a fost atinsă de procesul de aplicare a legislaţiei pe cauze individuale şi protecţie a drepturilor prin sistemul instanţelor de drept civil. O reacţie aşteptată ar fi ceva între frustrare şi disperare.

4. Legislaţia anti-discriminare ca o resursă crucială

Drept exemplu de contracarare a acestei disperări poate fi citat cel mai recent raport de progres, elaborat de Departamentul Sănătăţii, ce indică că acea convergenţă de reclamaţii individuale, care a fost referită în acest caz ombudsmanului pentru servicii de sănătate şi critica conjugată în privinţa eşecurilor sistematice, produce o schimbare tangibilă în societate. Raportul arată că există astăzi exemple clare de abordări inovative din partea autorităţilor din domeniul sănătăţii, care vizează implicarea persoanelor cu dizabilităţi de învăţare şi a familiilor lor în planificarea, evaluarea şi prestarea serviciilor, asigurând, astfel, faptul că saloanele lor de spital, cabinetul medicului generalist sau serviciile comunitare sunt pe deplin accesibile şi întradevăr funcţionează în interesele persoanelor cu dizabilităţi. Totodată, raportul atrage atenţia asupra conducerii mai bune a NHS, care asigură implicarea activă a persoanelor cu dizabilităţi şi a familiilor lor, în special prin consolidarea rolului Consiliilor de Parteneriat privind Dizabilităţile de Învăţare. Pe scurt, raportul sugerează că termenii abstracţi de "abilitare" şi "alegere" devin din ce în ce mai mult o realitate[52].

Mai mult ca atât, o contribuţie importantă la aceste semne încurajatoare a adus-o cadrul legal, atât prin rolul său de furnizor creativ de concepte interpretative, precum cel de „discriminare" sau „adaptare rezonabilă", cât şi în calitate de focar care declanşează un proces critic, dar mutual benefic de consolidare reciprocă, cum sunt investigaţiile formale ale DRC şi investigaţiile bazate pe plângeri individuale ale ombudsmanului pentru servicii de sănătate.

În această măsură, experienţa în cadrul NHS a persoanelor cu dizabilităţi de învăţare ne permite să reflectăm în continuare asupra felului în care cadrul legal anti-discriminare şi-a adus contribuţia la procesul dat, în pofida limitărilor sale. Un astfel de exerciţiu ar fi cu atât mai valoros, cu cât rolul jucat de lege nu este doar cel de implementare directă, recunoscut, mai ales în cadrul unei jurisdicţii de Common Law, de cei care măsoară succesul în numărul de cazuri înaintate în instanţe, emiterea unei hotărâri judecătoreşti pe aceste cazuri şi, de câte ori e posibil, apariţia

hotărârilor respective în culegerile de jurisprudență ca precedente judiciare promulgate în modul cuvenit. În acest caz, a fost mai degrabă vorba despre mobilizarea sau "oferirea de putere" dreptului, prin diferite mijloace, decât despre "implementare" în sens restrâns.

În primul rând, pretutindeni în cercetările citate, limbajul legislației privind drepturile persoanelor cu dizabilități oferă cel dintâi imbold pentru unele dintre cele mai importante concluzii și recomandări. Nu este vorba doar despre mesajul de campanie al Mencap, care vorbește în termeni de "discriminare". Raportul oficial al lui Sir Jonathan Michael și investigația DRC vorbesc destul de explicit despre discriminare și prejudecăți ca fiind factori semnificativ. Ombudsmanului pentru servicii de sănătate a adoptat limbajul DDA atunci când a identificat proasta administrare și deficiența serviciilor care s-au produs din "motive legate de dizabilitate". Folosirea limbajului discriminării aduce acestor observații un caracter de urgență și o justificare, care altfel ar lipsi. Totodată, acesta face legătura dintre experiențele persoanelor cu dizabilități și tradiția mai generală a implementării drepturilor omului într-un fel care previne scăpările comise în trecut.

În al doilea rând, toate aceste rapoarte consideră ca fiind de la sine înțeles ceva ce, aparent, nu putea fi de la sine înțeles în cadrul negocierilor care au condus la Convenția ONU, și anume faptul că în cazul drepturilor legate de dizabilitate, neîntreprinderea adaptărilor rezonabile este în sine un caz de discriminare și nu doar o omisiune regretabilă a unui accesoriu opțional[53]. De fapt, nu ar fi o exagerare să afirmăm că o mare parte a conținutului diferitor rapoarte este dedicată realizării în practică a întregului potențial al obligației de a opera adaptări rezonabile și de a o face într-un context în care neexecutarea acestor adaptări conduce la măsuri de sancționare. Se au în vedere cazurile cînd nu sunt făcute prevederi adecvate pentru desfășurarea examinărilor medicale periodice, nu sunt adaptate proceduri de screening care să asigure acoperirea celor care altfel nu ar beneficia de acestea, nu sunt întreprinse măsuri adiționale pentru asigurarea comunicării adecvate cu pacienții ai căror mediu sau mod de comunicare sunt neobișnuite, nu există instruiri privind necesitățile specifice ale persoanelor cu dizabilități – toate aceste măsuri, identificate de DRC, ombudsmanul pentru servicii de sănătate și Sir Jonathan Michael sunt, în felul lor, exemple ale adaptărilor la politicile și practicile standarde considerate necesare pentru a asigura recunoașterea egală a persoanelor cu dizabilități de învățare. În aceste cazuri, anume conceptul juridic de adaptare rezonabilă oferă putere de convingere și caracter imediat problemei care, în caz contrar, ar fi văzută drept un îndemn gol de conținut sau un sfat de a tinde spre perfecțiune. În cazul drepturilor legate de dizabilitate, tratamentul diferit este pur și simplu condiția primară a egalității.

În al treilea rând, în ceea ce privește limbajul adaptării rezonabile, în toate aceste rapoarte există o recunoaștere implicită a faptului că, în conformitate cu recomandările Obligației egalității în domeniul dizabilității (acum – Obligația egalității din Legea egalității din 2010, chiar dacă supusă unei abordări mai relaxate după cum semnalează proiectele de regulamente[54]), sarcina probei, chiar și în drept, o poartă NHS și nu reclamantul și persoanele vulnerabile cu dizabilități. Aici nu este vorba doar de faptul că investigația formală a DRC a anticipat și a salutat această obligație ca pe o oportunitate de a pune capăt neglijării istorice. Însăși inițiativa celorlalte rapoarte și conținutul recomandărilor lor nu lasă loc asigurărilor autosuficiente precum că, dacă nu este adoptată o hotărâ-

re judecătorească de respingere a cererii şi până o astfel de hotărâre este adoptată, se poate presupune că totul este bine. În ciuda modificărilor aduse Legii egalităţii din 2010 şi proiectelor de regulamente, însăşi existenţa unei obligaţii prevăzute de lege, care include obligaţia de a elabora şi publica obiective pentru atingerea egalităţii, consolidează abordarea cadrului legal într-un mod mai "pozitiv" decât încrederea într-o litigare individuală retrospectivă.

Însuşi răspunsul Departamentului Sănătăţii la raportul ombudsmanului pentru servicii de sănătate, indică asupra spectrului iniţiativelor pozitive existente: de exemplu, crearea Autoevaluării Sănătăţii cu scopul îmbunătăţirii cooperării dintre persoanele cu dizabilităţi de învăţare, îngrijitorii lor şi îngrijitorii profesionişti; instituirea Consiliilor de Parteneriat privind Dizabilităţile de Învăţare pentru facilitarea dialogului dintre factorii de decizie din domeniile sănătăţii şi protecţiei sociale; numirea coordonatorilor în domeniul dizab1ilităţilor de învăţare cu scopul de a demonstra calităţi de lider şi de a face schimb de practici pozitive; identificarea personalului de legătură care să faciliteze îngrijirea primară şi spitalizată cu scopul de a îmbunătăţi experienţa de pacient a persoanelor cu dizabilităţi de învăţare[55]. Aceste măsuri pot fi privite ca o reacţie la aşteptările înalte create de noua obligaţie aparţinând celei de-a cincea generaţii. În practică, se pare că limbajul obligaţiei pozitive a egalităţii a început să pătrundă în conştiinţa publică, cel puţin la nivelurile superioare ale NHS.

5. Cadrul juridic general

Pe lângă cadrul oferit de DDA ca parte a legislaţiei anti-discriminare, mai există două instrumente legislative care au contribuit la formarea criticii în adresa practicilor NHS în procesul auditului public: Legea privind capacitatea mentală şi Legea privind drepturile omului.

În primul rând, anume Legea privind capacitatea mentală fortifică capacitatea prezumată a persoanelor cu dizabilităţi de a lua decizii ce le vizează şi nu invers, ca în trecut. După cum a arătat Mencap, această schimbare de mentalitate urmează abia să se producă pe deplin în întregul NHS. Chiar şi Departamentul Sănătăţii, în răspunsul său la raportul ombudsmanului pentru servicii de sănătate, admite că sunt necesare mai multe eforturi, de diferită natură, pentru a îmbunătăţi aptitudinile şi înţelegerea de către angajaţii de rând, inclusiv în luarea deciziilor privind problemele ce ţin de capacitatea mentală, consimţământ şi „interesul suprem"[56].

Aceasta nu este doar o chestiune juridică de ordin tehnic, ci una care ajunge la miezul problemei – în ce măsură sunt persoanele cu dizabilităţi recunoscute ca indivizi autonomi ce posedă, ca un principiu fundamental, acelaşi drept de a-şi direcţiona propria viaţă ca şi ceilalţi. Îngrijitorii din cadrul familiei nu trebuie să explice personalului din spital obligaţiile lor; iar în cartea medicală a pacientului nu trebuie pusă inscripţia "a nu fi resuscitat" fără o discuţie prealabilă cu persoanele vizate sau familiile lor. Cazul unui pacient, citat de Departamentul Sănătăţii, ilustrează potenţialul tratament inuman pe care legea încearcă să îl înlăture şi faţă de care aceasta adoptă un limbaj de protest:

„Fiul meu are o dizabilitate gravă de învăţare şi tulburări de comportament. L-am luat la spitalul unde trebuia să fie testat. Doctoriţa m-a întrebat „Câţi oameni trebuie să chem? Patru sau cinci?". A trecut ceva timp până am înţeles că avea în vedere numărul de persoane de care e nevoie pentru a-l ţine pe fiul meu şi a-i administra forţat tratamentul. Nici nu a întrebat dacă poate să vorbească

cu el sau cu mine despre metoda optimă de a-i explica cum se administrează tratamentul sau de a-l liniști. A trebuit să-i explic ei și managerului ei cum are loc luarea deciziilor conform interesului suprem, înainte ca să fie respectate măcar cele mai de bază principii ale legii[57]".

În al doilea rând, există un limbaj al drepturilor omului, care are un iz local, oferit de Legea privind drepturile omului din 1998, dar care, în esență, este cel al Convenției europene a drepturilor omului, în special după cum e formulat în Articolul 3, care interzice tratamentele inumane și degradante, și Articolul 8, care se obligă să dea valoare vieții private și de familie.

În mod explicit și implicit, auditul public menționat mai sus conține o suspiciune profundă precum că persoanele cu dizabilități de învățare nu sunt apreciate deloc, sau, dacă sunt, valoarea care li se dă vieților lor este mai mică decât cea a altor oameni. Anume această mentalitate fundamentală conturează într-un mod destul de explicit întregul parcurs al evoluției politicii în cauză de la raportul Fundației Regale din 1980 și până la adoptarea sa explicită prin agenda raportului *Apreciind oamenii* din 2001. Aceeași înțelegere este inerentă afirmațiilor repetate precum că oamenilor cu dizabilități de învățare nu li se oferă statutul de personalitate deplina, că ei nu au fost luați în considerare în procesul de constituire a serviciilor medicale și de colectare a datelor, că ei pur și simplu nu au constituit o prioritate destul de importantă pentru a beneficia de programe de prevenire și examinare medicală.

Anume limbajul drepturilor omului privind demnitatea și valoarea omului este cel care dă viață acestor discuții și creează un cadru în care poate fi inițiată o critică a practicilor acceptate. Ombudsmanul pentru servicii de sănătate vorbește despre principiile demnității și egalității din domeniul drepturilor omului; Mencap, despre evaluarea inadecvată a „calității vieții" de către profesioniștii din domeniul medical; Sir Jonathan Michael, despre ignoranță, frică și atitudini negative. La baza acestui sentiment de indignare cu care sunt îmbibate aceste reacții diferite se află înțelegerea faptului că persoanelor cu dizabilități mentale pur și simplu nu li s-a acordat pe deplin statutul de ființă umană. În esență, este vorba despre acea intuiție care stă la baza oricărui protest împotriva inegalității și a dezavantajării. Egalitatea este prezentă în aceste rapoarte ca o valoare de bază a drepturilor omului, la fel ca și echitatea, respectul, demnitatea și autonomia (valorile FREDA[1], adoptate de Departamentul Sănătății)[58].

6. Dincolo de lege: demnitatea, universalismul și "viața frumoasă"

Această narațiune privind experiențele persoanelor cu dizabilități de învățare sugerează trei conluzii generale privind modul în care domeniul de aplicare a unui cadru juridic, bazat pe modelul legislației anti-discriminare, poate fi extins dincolo de forma tradițională a litigiilor judecătorești. Prima – chiar și într-un sector, precum sănătatea, căruia nu îi sunt caracteristice, cel puțin în contextul Regatului Unit, litigiile individuale anti-discriminare, cadrul legal, creând așteptări și un limbaj în care aceste așteptări pot fi articulate, poate juca un rol decisiv în elabora-

[1] Acronim de la cuvintele engleze – fairness, respect, dignity, autonomy (echitate, respect, demnitate și autonomie) – nota traducătorului.

rea unei critici a serviciilor care ar promova auditul şi investigarea prin metode nelitigioase. Astfel, cadrul legal apare ca o resursă puternică, deşi indirectă, de interpretare a experienţei de dezavantajare şi inegalitate, precum şi alimentează caracterul urgent şi insistenţa, care în alt caz ar fi scăzută.

A doua concluzie este că acţiunea în judecată nu epuizează procesul de invocare a cadrului legal. Instrumentele precum auditul şi cercetarea, mai ales atunci când sunt integrate în acţiunile organizaţiilor neguvernamentale ce lucrează în teren, pot apela în mod eficient la legislaţie şi crea un mediu în care valorile ce stau la baza legii să fie exprimate efectiv. O altă resursă valoroasă o reprezintă şi rolul ombudsmanului. Deşi adesea îi lipseşte puterea de decizie şi deşi are în esenţă un rol cvasijudiciar, ombudsmanii, atât cei cu mandat general, cât şi cei cu unul special, au posibilitatea, dacă nu să aplice legea, cel puţin să faciliteze accesul la procesul de adjudecare şi invocare a legii, precum şi să recomande un şir de remedii care să depăşească spectrul limitat de măsuri care stă la dispoziţia curţilor civile.

Într-al treilea rând, este important ca legea anti-discriminare să fie conectată la alte acte legislative, pentru a deveni parte integrantă a unui cadru legal mai larg bazat pe valori şi obiective comune. În exemplele citate, legile ce ţin de capacităţile mentale şi legislaţia naţională în domeniul drepturilor omului au fost invocate de protagonişti pentru a reflecta experienţa dezavantajelor şi degradării ce au fost în mare parte eludate de legislaţia anti-discriminare în circumstanţele specifice cu care s-au confruntat persoanele cu dizabilităţi şi familiile lor. Anume această coaliţie a adus amploare, profunzime şi precizie criticii serviciilor care, după cum au căzut toţi de acord, nu corespundeau standardelor acceptabile. Mai mult ca atât, ea constituie o moştenire ce are o aplicare largă, dar, în contextul mai îngust al Marii Britanii, este deosebit de proeminentă în situaţia în care politicile guvernamentale ar putea avea un impact regresiv asupra obligaţiei de a planifica în mod activ înainte de producerea unui sau altui eveniment relevant, decât de a decide asupra acţiunilor de remediere.

Narativul experienţei unui deceniu invită, de asemenea, la alte trei consideraţii cu o aplicare şi mai largă. Prima ţine de natura „demnităţii". E deja o temă recurentă faptul că persoanelor cu dizabilităţi de învăţare li se neagă demnitatea prin ignorare, subevaluare, excluziune şi lipsă de recunoaştere în viaţa de zi cu zi, în spitale şi în cabinetele medicilor de familie. Recurenţa acestei situaţii indică asupra unor probleme înrădăcinate adânc în însuşi modul în care conceptele de egalitate şi demnitate sunt interpretate. După cum susţine Martha Nussbaum, tradiţia dominantă în gândire cu privire la personalitatea umană şi-a asumat în mod greşit raţionalitatea ca una din caracteristicile sale principale, fiind destul de separată de necesităţile pe care fiinţele umane le împărtăşesc. Extinderea la modul practic a principiului egalităţii asupra persoanelor cu dizabilităţi de învăţare, însă, impune realizarea faptului că o abordare a demnităţii umane bazată în mod exclusiv pe factori cognitivi este inadecvată situaţiei.[59]

Ceea ce se impune, în schimb, este necesitatea înrădăcinării principiului egalităţii nu doar sau chiar în primul rând în atributele cognitive ale persoanei, dar, mai degrabă, în natura corporală a persoanei umane, în capabilităţile fundamentale ce stau la baza bunului trai al fiinţelor umane. O astfel de realizare reafirmă statutul principiului egalităţii ca un aspect al unui cadru mai larg de valori ce include drepturile omului, dar nu refuză să recunoască inevitabilitatea necesităţilor

umane, vulnerabilităţii şi interdependenţei în calitate de componente ale demnităţii umane şi surse pentru solidaritatea dintre oameni. În sfârşit, un limbaj ce ar include noţiunile de datorie şi reţinere ar putea fi înlocuit de un limbaj mai pozitiv şi de o definiţie a demnităţi umane împărtăşite în sens larg.[60] Acesta ar fi, de asemenea, un limbaj ce ar invita la satisfacerea rezonabilă a unor necesităţi diferite ca modalitate de a trece dincolo de egalitatea de formă la o egalitate de fond, la un model de liberalism bazat „în mare parte, pe aprecierile a ceea ce face un mod de trai bun".[61]

Cea de-a doua consideraţiune ţine de statutul persoanelor cu dizabilităţi în calitatea lor de grup minoritar. Trecerea de la deontologic la teleologic, adică de la noţiunea de datorie la cea de bun trai, impune recunoaşterea faptului că, deşi dizabilitatea a devenit în ultimii ani o problemă ce ţine de grupurile minoritare, în realitate este rar percepută astfel. După cum a remarcat un comentator:

„În timp ce legislaţia anti-discriminare joacă un rol central în reacţia, de exemplu, la discriminarea în bază de rasă sau gen, ea nu trebuie să fie teză universală în cazul discriminării în bază de dizabilitate (...), conform căreia dizabilitatea este tratată ca fiind parte a normalului, este în acelaşi timp cea mai eficientă şi satisfăcătoare din punct de vedere intelectual şi (...) are drept consecinţă faptul că legislaţia anti-discriminare nu este întotdeauna cea mai eficientă reacţie legală la discriminarea în bază de dizabilitate."[62]

Recunoaşterea acestei situaţii devine deosebit de importantă mai ales în cazul asistenţei medicale. Experienţele legate de primirea asistenţei medicale de către persoanele cu dizabilităţi, în comparaţie cu cei care nu au astfel de probleme, sunt caracterizate de nevoie, vulnerabilitate şi dependenţă. Mai mult ca atât, componentele unor servicii medicale de calitate ar fi aceleaşi în ambele cazuri: acelaşi tip de „personalizare" a serviciilor medicale ce ar facilita calitatea acestora şi ar asigura demnitatea pentru persoanele cu dizabilităţi, ca şi cel spre care aspiră şi persoanele neafectate de dizabilitate.

Experienţa serviciilor de sănătate, percepute ca mai mult decât un serviciu simplu de consum şi anume ca o reacţie publică de bază la necesitatea umană împărtăşită, pune în evidenţă faptul că dizabilitatea este un continuum, o diferenţă ce ţine de grad şi nu de categorie, care se întinde asupra diferitelor niveluri de abilitate şi insuficienţă, fiind mediată de circumstanţe sociale şi mediu, cu un grad fluctuant în viaţa fiecăruia, de la naştere la moarte.[63] Apariţia şi dezvoltarea conceptului de dizabilitate în sens de problemă a drepturilor omului, deşi iniţial deghizat sub forma unei probleme de grup minoritar şi astfel ţinând de politicile identitare, sugerează, de fapt, că o abordare unificată a principiului egalităţii va trebui să meargă dincolo de limbajul în termeni de grupuri minoritare şi identităţi locale, pentru a prelua o formă de universalism ce ar unifica şi nu ar diferenţia.

Într-al treilea rând, şi în final, experienţa serviciilor de sănătate acordate persoanelor cu dizabilităţi de învăţare arată că, în afară de a se referi la drepturi, un principiu de egalitate atotcuprinzător trebuie să se refere şi la calităţile umane necesare pentru a depăşi inegalitatea în practică. O temă ce se repetă este absenţa percepută a caracteristicilor personale şi profesionale necesare pentru a permite lucrătorilor medicali să acorde servicii la nivelul de care au nevoie persoanele cu dizabilităţi. Calităţi umane de bază, cotidiene, cum ar fi bunătatea, perspicacitatea şi know-how-ul, practic sunt deseori lipsă.

O parte a răspunsului la aceste probleme l-a constituit recomandarea unei instruiri mai bune şi o reglementare mai intrusivă. Cu toate acestea, probabil este nevoie de soluţii mai fundamentale, atât în ceea ce ţine de cultivarea „virtuţilor" personale, precum şi de dezvoltarea colectivă a instituţiilor şi mediilor ce ar putea internaliza astfel de calităţi, făcându-le să devină naturale şi aparent lipsite de efort, şi nu un rezultat al unor presiuni permanente de a corespunde vreunui standard de comportament impus din exterior. Cu alte cuvinte, această problemă ţine, mai degrabă, tot atât de mult de autorealizare, cât şi de reglementare externă, de o dezvoltare pe termen lung împărtăşită a caracterului şi virtuţilor, precum şi de absorbţia izolată a unei instruiri şi îndrumări ocazionale.[64]

Întrebate care sunt soluţiile cu adevărat eficiente, familiile persoanelor cu dizabilităţi răspund că atributele-cheie ale personalului din instituţie sunt abilităţile lor de a stabili relaţii „calde, grijulii şi respectuoase".[65] După cum s-a exprimat o mamă:

„Deseori – nu întotdeauna, dar uneori – cei mai buni oameni sunt aceia care au venit cu valorile şi atitudinile potrivite, şi fără nicio experienţă. (...) Iată de ce este atât de important ca persoana respectivă să aibă abilitatea de a construi o relaţie, să vadă o persoană ca fiind o persoană. Tot restul se învaţă."[66]

Acest limbaj etic şi politic, înrădăcinat mai mult în tradiţiile de gândire asociate cu Aristotel, decât cu Kant, nu a fost întotdeauna o resursă evidentă pentru o tradiţie a conceptului de egalitate care este mai apropiată de noţiunile de merit şi cuvenit, de „drept" mai mult decât de „bun".[67] Un aspect însă al „noii paradigme", create prin includerea dizabilităţii în conceptul de egalitate, este că un astfel de limbaj trebuie să devină parte a unei perspective unificate asupra egalităţii şi drepturile omului. Sfidările cauzate de experienţele legate de dizabilitate constau nu doar în depistarea formelor legale ce ar transcende hotarele oportunităţii egale, non-discriminării şi identităţii. O sfidare, de asemenea, este şi găsirea unui limbaj ce ar înrădăcina aceste forme legale într-un set de valori mai cuprinzător şi pozitiv ce poate vorbi despre standarde bune de trai şi o societate bună, precum şi despre rolul jucat de principiul egalităţii în realizarea amândurora.

---

1 Nick O'Brien este cercetător onorific la Şcoala de Drept a Universităţii din Liverpool şi fostul director juridic al Comisiei pentru Drepturile în domeniul Dizabilităţii (2000-2007).

2 Organizaţia Naţiunilor Unite, *De la excludere la egalitate: Asigurarea drepturilor persoanelor cu dizabilităţi – Ghid pentru parlamentari privind Convenţia drepturilor persoanelor cu dizabilităţi şi Protocolul opţional*, Geneva, 2007, disponibil la: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training14en.pdf

3 *Ibid.*, p.1.

4 Hammarberg, T., *Inhuman treatment of persons with disabilities in institutions / Tratamentul inuman al persoanelor cu dizabilităţi instituţionalizate*, 2010, disponibil la: http://commissioner.cws.coe.int/tiki-print_blog_post.php?postId=93

5 *Ibid.*

6 Vezi mai sus, nota 2.

7 Gooding, C., *Disabling Laws, Enabling Acts: Disability Rights in Britain and America / Drepturile privind dizabilitatea din Marea Britanie şi America*, Pluto Press, 1994. În privinţa Europei, vezi Waddington, L., *From Rome to Nice in a Wheelchair: The Development of a European Disability Policy / De la Roma la Nisa într-un scaun cu rotile: elaborarea unei politici europene în materie de dizabilitate*, Europa Law Publishing, 2006.

[8] V. Fredman, S., *Disability Equality: A Challenge to the Existing Anti-Discrimination Paradigm /Egalitatea şi dizabilitatea: O provocare pentru paradigma anti-discriminare existentă*, în Lawson A. şi Gooding, C., Hart (ed.), *Disability Rights in Europe: From Theory to Practice / Drepturile privind dizabilitatea în Europa: de la teorie la practică*, Hart Publishing, 2005, pp. 199-218.

[9] Vezi mai sus, nota 4.

[10] Hamilton Krieger, L. (ed.), *Backlash Against the ADA: Reinterpreting Disability Rights / Reinterpretarea drepturilor în materie de dizabilitate*, The University of Michigan Press, 2003.

[11] Comisia pentru Egalitate şi Drepturile Omului, *Triennial Review 2010: How Fair is Britain? Equality, Human Rights and Good Relations in 2010 / Studiu trianual: Câtă corectitudine există în Marea Britanie? Drepturile omului şi bunele relaţii*, 2010, disponibil la: http://www.equalityhumanrights.com/uploaded_files/triennial_review/how_fair_is_britain_-_complete_report.pdf.

[12] Sen, A., *The Idea of Justice*, Penguin, 2009, p. 259.

[13] Vezi, de exemplu, Comisia pentru Drepturile în domeniul Dizabilităţii, *Equal Treatment: Closing the Gap / Tratamente egale: reducerea decalajului*, 2006, şi studiul citat la Anexa 3, pp. 109-111.

[14] Michael, Sir J., *Healthcare for All: Report of the Independent Inquiry into Access to Healthcare for People with Learning Disabilities / Servicii de sănătate pentru toţi: raportul efortului independent de investigaţie a accesului la sănătate pentru persoanele cu dizabilităţi de învăţare*, 2008, p. 7.

[15] *Ibid.* Vezi, de asemenea, şi Avocatul Parlamentar pentru Serviciul de Sănătate, *Six Lives: the provision of public services to people with learning disabilities / Şase vieţi: prestarea serviciilor publice persoanelor cu dizabilităţi de învăţare*, 2009.

[16] Vezi Legea privind discriminarea pe motiv de dizabilităţi din 1995, Art. 21.

[17] Iniţierea a astfel de cazuri în instanţele districtuale deseori rămâne necomunicată. În acelaşi timp, nu au fost raportate cazuri de acest fel în instanţele superioare sau de apel. Nici Comisia pentru Egalitate şi Drepturile Omului, nici predecesoarea sa, Comisia pentru Drepturile în domeniul Dizabilităţii, nu au mediatizat existenţa a astfel de cazuri. Vezi, de exemplu, Comisia pentru Drepturile în domeniul Dizabilităţii, *DRC Legal Achievements: 2000-2007*, 2007.

[18] Leverton, S., *Monitoring the DDA 1995*, *Phase 2 / Monitorizarea DDA, Etapa II*, 2002, disponibil la: http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/IH91.pdf.

[19] Comisia pentru Drepturile în domeniul Dizabilităţii a fost o organizaţie de drept creată în 2000 şi dizolvată în 2007, prin absorbirea de către Comisia pentru Egalitate şi Drepturile Omului.

[20] Comisia pentru Drepturile în domeniul Dizabilităţii, *DRC Legal Achievements: 2000-2007*, 2007, p. 142.

[21] *Ibid.*, pp. 123-5.

[22] *R. împotriva Consiliului Districtual East Sussex ex parte A, B, X şi Y* [2003] CO/4843/2001 High Court (Nota trad. - cazul se referă la două surori, ambele cu dizabilităţi locomotorii. Din cauza interdicţiei, care se aplica faţă de toţi lucrătorii, inclusiv faţă de personalul de asistenţă socială, surorile nu puteau fi ridicate şi transportate manual, ceea ce le limita participarea la viaţa socială şi nu numai).

[23] *R. (pe cererea Burke) împotriva Consiliului General* [2005] EWCA Civ 1003 CA.

[24] V. Legea privind discriminarea pe motiv de dizabilităţi din 1995, Art. 49A (cu modificările şi completările din 2005).

[25] Hepple, B., *The New Single Equality Act in Britain/Noua lege unică britanică privind egalitatea, Equal Rights Review,* vol. 5, 2010, pp. 11-24; cf. McCrudden, C., "Foreword"/"Prefaţă", în Blanck, P. (ed.), Disability Rights, Ashgate, 2005, pp. xiv-xv. Totuşi, vă rugăm să remarcaţi că noile obligaţii generale şi specifice din secţiunea 149 a Legii egalităţii din 2010, care intră în vigoare în aprilie 2011, şi proiectele de regulamente ale Guvernului Regatului Unit, conţinute în *Legea egalităţii (Obligaţii legale) Regulations 2011*, marchează un potenţial regres de la aspectele mai progresiste şi pro-active ale obligaţiilor cu privire la dizabilităţi mai vechi.

[26] Comisia pentru Drepturile în domeniul Dizabilităţii, *Equal Treatment: Closing the Gap / Tratamente egale: reducerea decalajului*, 2006, p. 2.

[27] *Ibid*., p. 1.

[28] *bid*., pp. 4-7

[29] *Ibid*.

[30] *Ibid*., p. 7.

[31] *Ibid*., p. 41.

[32] *Ibid*.

[33] *Ibid*., p. 42.

[34] *Ibid*.

[35] *Ibid*.

[36] Mencap, *Treat me right! („Tratează-mă corect!")*, 2004.
[37] Mencap, *Death by Indifference (Moartea prin indiferență)*, 2007, Appendix pp. 29-31.
[38] *Ibid*., p. 29.
[39] *Ibid*.
[40] *Ibid*., p. 1.
[41] *Ibid*., pp. 18-24.
[42] *Ibid*., p. 19.
[43] Avocatul parlamentar pentru serviciul de sănătate, vezi mai sus, nota 15.
[44] *Ibid*., Partea I, p. 3.
[45] *Ibid*.
[46] *Ibid*., pp. 22-24, 59.
[47] Vezi mai sus, nota 14, pp. 7-8.
[48] The King's Fund (Fundația Regală), *An Ordinary Life / O viață ordinară*, 1980.
[50] Departamentul sănătății, *Valuing People: A new strategy for learning disability for the 21st century / Apreciind oamenii: o nouă strategie pentru dizabilitățile de învățare pentru secolul al XXI-lea*, 2001.
[51] Departamentul Sănătății, *Valuing people now: Consultation Report / Apreciind oamenii acum: raport privind consultările*, 2007.
[52] Departamentul Sănătății, *Valuing people now / Apreciind oamenii acum*, 2009.
[53] Departamentul Sănătății, *Six Lives – Progress Report / Șase vieți – raport de progres*, 2010.
[54] Pentru informații privind negocierile în cadrul ONU, vezi Quinn, G. și Gombos, G., *Promoting a Paradigm Shift/ Promovând o schimbare de paradigmă*, *Equal Rights Review*, vol. 2, 2008, pp. 83-93, în special p. 83.
Vezi mai sus, nota 25.
[55] Departamentul Sănătății, *Six Lives – Progress Report / Șase vieți – raport de progres*, 2010.
[56] *Ibid*., p. 36.
[57] *Ibid*., p. 39.
[58] Departamentul sănătății, *Human Rights in Healthcare – A Framework for Local Action / Drepturile omului în domeniul sănătății – un cadru pentru acțiune locală*, 2007, p. 3.
[59] Nussbaum, M., *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership / Frontierele justiției: dizabilitatea, naționalitatea, membrii speciilor*, Harvard, 2006.
[60] *Ibid*. V., de asemenea, Johnson, K. și Walmsley, J. cu Wolfe, M., *People with Intellectual Disabilities: Towards a Good Life / Oamenii cu dizabilități intelectuale: spre o viață bună*, The Policy Press, 2010; și Burchardt, T., *Capabilities and disability: the capabilities framework and the social model of disability / Capabilități și dizabilitate: cadrul capabilităților și modelul social al dizabilității*, *Disability and Society*, Vol. 19(7), 2004, pp. 735-51.
[61] Taylor, C., *The politics of recognition /Politicile de recunoaștere*, în Guttman, A. (ed.), *Multiculturalism: Examining the Politics of Recognition / Multiculturalismul: examinând politicile recunoașterii*, Princeton University Press, 1994, p. 61.
[62] Alldridge, P., *Locating Disability Law / Localizând dreptul cu privire la dizabilități*, *Current Legal Problems*, vol. 59(1), 2006, pp. 289-318, at p. 318. Vezi, de asemenea, Bickenbach, J. E., *Minority Rights or Universal Participation: The Politics of Disablement / Drepturile minorităților sau participarea universală: politica dizabilității*, în Jones, M. și Basser Marks L. A. (eds.), *Disability, Divers-ability and Legal Change*, Kluwer Law International, 1999, pp. 101-116.
[63] Vezi mai sus, p. 59, în special Capitolul 3. Vezi, de asemenea, Nussbaum, M., *Hiding from Humanity: Disgust, Shame and the Law / Ascunși de umanitate: dezgustul, rușinea și dreptul*, Princeton University Press, 2004, pp. 305-319 și Capitolul 7.
[64] MacIntyre, A., *Dependent Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtues / Animale raționale dependente: de ce ființele umane au nevoie de virtuți* , Duckworth, 1999; Phillips A. și Taylor, B., *On Kindness / Despre bunătate*, Penguin, 2009.
[65] Mansell, J., *Raising our sights: services for adults with profound intellectual and multiple disabilities / Ridicându-ne privirile: serviciile pentru adulți cu dizabilități grave de învățare și dizabilități multiple*, 2010, p. 12.
[66] *Ibid*.
[67] Eagleton, T., *The Right and the Good: Postmodernism and the Liberal State / Ceea ce e corect și ceea ce e bun: postmodernismul și statul liberal*, *Textual Practice*, 1994, pp. 1-10, republicat în *Regan*, S. (ed.), *The Eagleton Reader*, 1998, pp. 294-303.

Decalajul de Sănătate Mentală în Africa de Sud – O Problemă a Drepturilor Omului

Jonathan Kenneth Burns[1]

Introducere

Pe data de 30 martie 2007, Africa de Sud a devenit stat semnatar al Convenţiei Naţiunilor Unite cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilităţi (CDPD) şi al Protocolului său Facultativ.[2] Acesta a fost ratificat câteva luni mai târziu, pe data de 30 noiembrie 2007. CDPD a fost negociată pe parcursul a opt sesiuni ale Comitetului Ad Hoc al Adunării Generale ONU, din 2002 până în 2006, şi a fost adoptată pe data de 13 decembrie 2006. Până la momentul actual, CDPD a fost semnată de 140 de ţări (şi ratificată de 59), iar Protocolul facultativ a fost semnat de 83 de state (şi ratificat de 37). CDPD îşi pune drept scop să servească în calitate de instrument de protecţie a drepturilor omului cu o dimensiune explicită ce ţine de dezvoltare şi constituie un angajament global semnificativ de a construi un cadru de respectare a drepturilor omului, în care problemele realizării unei egalităţi de fond şi a unor drepturi depline şi nestingherite ale persoanelor cu dizabilităţi sunt plasate pe un loc central.

În alinierea sa la acest tratat internaţional din domeniul drepturilor omului, guvernul sud-african şi-a asumat responsabilitatea adoptării unei abordări radical noi în privinţa persoanelor cu dizabilităţi de toate tipurile, bazate pe premisa fundamentală că astfel de persoane sunt „subiecţi" cu drepturi, capabili să ceară respectarea acestora şi să ia decizii privind propriile vieţi în baza consimţământului lor liber şi informat, precum şi să fie membri activi ai societăţii. Faptul că acele condiţii ce vizează sănătatea mentală sunt conceptualizate ca fiind parte a CDPD este, de asemenea, un moment important.[3] Acest act politic al guvernului sud-african are implicaţii profunde atât pentru agenda de sănătate, cât şi pentru cea a dezvoltării sociale. Mai mult ca atât, crearea Comitetului Internaţional pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi, care dispune de funcţii de monitorizare şi supraveghere, înseamnă că cetăţenii statelor semnatare, inclusiv Africa de Sud, dispun de un mijloc de semnalare a încălcărilor la nivel local şi de obţine a compensaţiilor respective.

În pofida importanţei acestui pas major spre realizarea drepturilor persoanelor cu dizabilităţi, se pare că asistăm la o ignorare larg răspândită, atât în cadrul, cât şi în afara sectorului de sănătate publică, a CDPD şi a aşteptărilor produse de aceasta. Într-un mod similar, majoritatea persoanelor din publicul general, pe care tratatul este menit să le protejeze, de cele mai multe ori cunosc prea puţin sau nu cunosc deloc despre existenţa acestuia şi consecinţele sale asupra vieţilor lor. După toate aparenţele, guvernul sud-african nu îşi îndeplineşte obligaţiile şi responsabilităţile care îi revin în calitate de semnatar al CDPD. Aşa cum e cazul în multe din statele cu venituri mici şi medii (SVMM), serviciile sociale şi de sănătate pentru persoanele cu dizabilităţi mentale rămân a fi vădit inadecvate, subdezvoltate şi subfinanţate.[4] Drepturile lor, aşa cum sunt stabilite de

CDPD, sunt încălcate periodic, iar persoanele cu dizabilităţi mentale rămân la modul general a fi izolate, stigmatizate şi în multe cazuri lipsite de drepturi chiar dacă au trecut deja 16 ani de la sfârşitul apartheidului.

Angajamentul Africii de Sud în respectarea acestui tratat a urmat după un angajament naţional asumat mai devreme privind respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilităţi, sub forma noului Care Act 2002 (MHCA), care a fost implementat în 2004 şi, în general, lăudat ca fiind unul dintre cele mai progresiste acte legislative din lume în privinţa serviciilor de asigurare a sănătăţii mentale.[5] Drepturilor persoanelor cu dizabilităţi mentale le-a fost dedicat un capitol întreg . Mai mult ca atât, MHCA conţinea articole ce se refereau la admiterea obligatorie în instituţii, protecţia dreptului la proprietate a pacienţilor, dreptul la ape, semnalarea abuzurilor şi formarea comitetelor de revizie independente cu funcţie de ombudsman. De asemenea, acesta evidenţia câteva principii importante, inclusiv: utilizarea la minimum a coerciţiei; importanţa nu doar a tratamentului, dar şi a reabilitării şi reintegrării; decentralizarea sistemului de servicii de sănătate mentală şi trecerea de la instituţii psihiatrice mari la servicii de sănătate asigurate la nivel de comunitate şi district, precum şi integrarea serviciilor de sănătate mentală în sistemul de asistenţă medicală primară.[6]

Din păcate, MHCA nu a avut destulă finanţare. Pregătirile pentru implementarea acestuia au fost insuficiente – nu au fost efectuate activităţi de formare şi constituite structuri la nivel de district şi comunitate, nu au fost alocate resurse bugetare de către guvern pentru implementarea unui astfel de act legislativ cu potenţial transformativ. În rezultat, acum, şase ani mai târziu, un set de probleme cronice afectează întreg domeniul serviciilor de asistenţă medicală la nivel naţional în ceea ce ţine de îngrijirea, tratamentul şi reabilitarea celor cu dizabilităţi mentale.[7]

Această lucrare descrie „decalajul de sănătate mentală" dintre resursele existente la moment pentru asistenţă în domeniul sănătăţii mentale în Africa de Sud şi „povara" imensă cauzată de suferinţă şi de dizabilităţile provocate de bolile mentale.[8] Ea urmăreşte să identifice multiplele inegalităţi care există la nivel de resurse şi oportunităţi pentru persoanele bolnave mental şi fizic.[9] În sfârşit, lucrarea pune în discuţie CDPD şi implicaţiile acesteia pentru conceptualizarea şi înţelegerea dizabilităţii mentale, precum şi sfidările cauzate de ea în trecerea sistemelor social şi de sănătate din Africa de Sud, cât şi a societăţii, în general, de la situaţia actuală de inegalitate crasă şi discriminare împotriva persoanelor cu dizabilităţi mentale la o situaţie în care cei cu dizabilităţi mentale se vor putea bucura de paritate deplină în respectarea drepturilor omului.

1. „Declajul de sănătate mentală" la nivel global

1.1. Povara decalajului de sănătate mentală

La nivel global, tulburările mentale şi neurologice sunt responsabile de aproximativ 14% din povara globală cauzată de boli, în timp ce mai mult de 30% din anii de viaţă ajustaţi la dizabilitate (AVAD) pot fi atribuiţi acestor boli.[10] În deceniile ce urmează se aşteaptă o creştere a acestor cifre. În prezent, afecţiunile neuro-psihiatrice depăşesc atât afecţiunile cardiace, cât şi cele oncologice în calitate de cauză a dizabilităţilor generate de afecţiunile netransmisibile. Mai mult ca atât, afecţiunile mentale sunt deseori acompaniate de afecţiuni fizice, cum ar fi bolile de inimă, cancerul şi afecţiunile metabolice.[11] Acest fapt este relevant în mod special în contextul SVMM

din Africa Sub-Sahariană, unde pandemiile HIV-SIDA au adăugat considerabil la povara cauzată de afecţiunile şi dizabilităţile neuropsihiatrice.[12] Afecţiunile mentale sunt responsabile de: o mortalitate ridicată provocată de sinucideri şi a unei speranţe de viaţă reduse; de suferinţe colective şi individuale considerabile; de pierderi semnificative ale funcţionalităţii şi productivităţii; de dizabilităţi extinse; precum şi de o povară enormă asupra familiilor şi îngrijitorilor. Impactul dizabilităţii mentale este simţit cel mai acut în contextul SVMM.[13] De exemplu, aproximativ 86% din cele 800.000 de sinucideri care au loc în lume se produc în SVMM, şi această cifre poate fi subestimată datorită sistemelor de monitorizare şi raportare care sunt deseori inadecvate în astfel de contexte.[14]

Potrivit datelor, afecţiunile maternale şi perinatale sunt mai des întâlnite în SVMM[15], în timp ce alte studii confirmă existenţa unei asocieri dintre afecţiunile maternale şi perinatale şi efectele negative asupra nou-născuţilor (inclusiv greutatea mică la naştere, subnutriţia, problemele de creştere, diareea şi subdezvoltarea locomotorie şi cognitivă).[16] Bolile şi dizabilităţile mentale sunt atât o cauză, cât şi un efect al leziunilor şi accidentelor traumatice.[17] În sfârşit, afecţiunile legate de abuzul de substanţe deseori au loc în paralel cu bolile de ordin mental şi sunt asociate cu efecte multiple la nivel social şi de sănătate.[18]

1.2. Resursele globale în domeniul sănătăţii mentale

În ciuda acestor fapte alarmante, serviciile pentru persoanele cu afecţiuni şi dizabilităţi mentale sunt inadecvate aproape la nivel universal. Mai mult ca atât, în timp ce s-au făcut progrese serioase în promovarea sănătăţii şi a profilacticii bolilor la general, acelaşi lucru nu poate fi spus în cazul dizabilităţilor mentale. Ignoranţa, prejudiciul şi stigma sunt larg răspândite. Această situaţie este, fără îndoială, mai rea în contextul SVMM. Analiza datelor furnizate de Proiectul Atlas al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii dedicat problemelor de sănătate mentală indică asupra unei „neglijenţe larg răspândite, sistematice şi de durată în alocarea resurselor pentru serviciile de sănătate mentală în statele cu venituri mici şi medii”[19] Servicii de bază de asistenţă medicală pentru afecţiunile mentale există doar în jumătate din SVMM, în timp ce doar 60% din ţările din lume dispun de instituţii pentru formarea profesională a lucrătorilor în domeniul medicinii primare în ceea ce ţine de prestarea serviciilor de sănătate mentală. În Africa şi Asia există o insuficienţă vădită de paturi pentru cei care necesită spitalizarea în legătură cu condiţiile de sănătate mentală. Numărul mediu de paturi în statele africane este de 0,34 pentru o populaţie de 10.000 de persoane şi 73% din acestea sunt situate în spitalele de psihiatrie. În Asia, situaţia este şi mai rea, cu doar 0,33 paturi la 10.000 de locuitori, în timp ce 83% din acestea sunt situate în spitalele de psihiatrie.[20] Prin contrast, Europa dispune de o medie de 8 paturi pentru 10.000 de locuitori şi, cu excepţia unor SVMM din Europa Centrală şi de Est, majoritatea acestor paturi sunt amplasate în spitaluri situate în comunitate.[21] Multe din spitalele psihiatrice rămân a fi necorespunzătoare pentru reabilitarea şi reintegrarea indivizilor internaţi cu afecţiuni mentale severe. În mod similar, se atestă un grad înalt de inegalitate între statele cu venituri ridicate (SVR) şi SVMM în ceea ce ţine de numărul de cadre medicale pregătite profesional. Numărul mediu de psihiatri în SVR, de exemplu, este de 10,5 pentru 100.000 de locuitori, în comparaţie cu statele cu venituri mici (SVM), unde numărul mediu este de 0,05 pentru o populaţie de 100.000.[22] La nivel global, serviciile de sănătate mentală primesc o sumă disproporţionat de redusă din bugetele alo-

cate sănătății; deseori serviciile de sănătate mentală sunt finanțate din bugetul de sănătate general, unde acestea nu au o prioritate prea mare. Acesta este în mod special cazul țărilor afectate de alte probleme majore de sănătate, cum ar fi HIV/SIDA, tuberculoza și malnutriția. În ceea ce ține de legislația și politicile de stat în domeniul sănătății mentale, SVMM au o situație deosebit de precară. La scară globală, aproximativ o treime din țări nu dispun de astfel de reglementări la nivel juridic, iar în Africa, doar jumătate din state au reglementări în domeniu. O mare din țările care dispun de legislație ce reglementează domeniul sănătății mentale nu au revizuit-o de zeci de ani, lipsindu-și populația afectată de boli mentale de protecție juridică.[23]

2. „Decalajul de sănătate mentală" în Africa de Sud

2.1. Decalajul de sănătate mentală în Africa de Sud

Africa de Sud este un stat cu venituri medii, cu o populație de 47 de milioane, caracterizat de o multitudine de factori de risc socio-economici ce afectează situația privind incidența afecțiunilor și dizabilităților mentale (a se vedea Tabelul 1). Ea este situată pe locul 13 în lume după ponderea populației ce locuiește sub nivelul de sărăcie (50%); este a doua după nivelul de inegalitate a veniturilor (coeficientul GINI este 65); are a 19-a cea mai înaltă rată a șomajului (24%) și dispune de un grad înalt de urbanizare, fiind plasată pe locul 41, cu o rată de 1,4%.[24] Mai mult ca atât, Africa de Sud dispune de rate extraordinar de înalte ale crimei și violenței, una dintre cele mai înalte rate de mortalitate cauzată de accidente rutiere i este plasată pe locul 99 din 121 de țări, conform unui clasament al revistei *The Economist* din 2007, efectuat în baza unui „indice global al păcii".[25] De asemenea, Africa de Sud ocupă locul 4 în lume după rata crimelor legate de traficul și consumul de substanțe narcotice și, potrivit Oficiului Națiunilor Unite pentru Droguri și Crimă (ONUDC), este plasată acum în top 30% al țărilor afectate de abuzul de substanțe opiacee.[26] De asemenea, ea este situată în epicentrul pandemiei HIV/SIDA din Africa Sub-Sahariană cu a 4-a cea mai înaltă rată de prevalență (18%) și cel mai mare număr de oameni afectați de HIV/SIDA din lume.[27] HIV/SIDA este asociată cu o povară semnificativ în creștere cauzată de afecțiuni și dizabilități neuro-psihiatrice, inclusiv depresie, anxietate, psihoză și demență.[28] În plus, mortalitatea generată de SIDA afectează negativ copiii, sute de mii dintre care au rămas orfani. Gospodăriile conduse de copii sunt un fenomen des întâlnit în Africa de Sud. De asemenea, există dovezi substanțiale că sărăcia, inegalitatea, urbanizarea, șomajul, traumele și violența, precum și abuzul de droguri constituie factori de risc fundamentali în cauzarea afecțiunilor mentale și ,astfel, contribuie la creșterea poverii condiționate de afecțiunile și dizabilitățile mentale asupra unei societăți.[29]

Până relativ recent, au existat puține date privind epidemiologia afecțiunilor mentale în Africa de Sud. Cu toate acestea, Studiul privind stresul și sănătatea la sud (SSS), parte componentă a Studiului OMS cu privire la Starea globală a sănătății mentale (SGSM), efectuat în perioada 2002-2004, a produs un șir de rezultate în baza unui eșantion format din 4351 de adulți.[30] Prevalența de 12 luni a oricărei afecțiuni de tip DSM-IV/CIDI[31] a fost de 16,5%, cele mai des întâlnite afecțiuni fiind agorafobia (4,8%), afecțiuni depresive majore (4,9%), abuzul sau dependența de alcool (4,5%). Autorii cercetării SSS au notat că rata de prevalență a afecțiunilor mentale ordinare este semnificativ mai mare în alt stat african supus studiului SGSM, Nigeria, și că aceasta este, de fapt, aproape de indicatorii

Indicatori		Poziția în clasamentul mondial (din numărul total de țări)
Ponderea populației care trăiește sub pragul sărăciei	50%	Locul 13 în lume (100)
Indicele de inegalitate a veniturilor (coeficientul GINI)	65	Locul 2 în lume (134)
Rata șomajului	24%	Locul 19 în lume (131)
Rata de urbanizare	1.4%	Locul 41 în lume (63)
Rata de criminalitate (la 100.000 locuitori)	47.5	Locul 3 în lume (121)
Violuri (la 100.000 locuitori)	1.2	Locul 1 din lume (65)
Atacuri (la 100.000 locuitori)	12.1	Locul 1 din lume (57)
Spargeri (la 100.000 locuitori)	8.9	Locul 10 din lume (54)
Infracțiuni total pe cap de locuitor (la 100.000 locuitori)	77.2	Locul 10 din lume (60)
Infracțiunile legate de droguri (la 100.000 locuitori)	53.8	Locul 4 din lume (60)
Rata de încarcerare (la 100.000 locuitori)	335	Locul 18 din lume (155)
Decese din trafic rutier (la 100.000 locuitori)	33.2	Locul 24 din lume (178)
Abuzul de droguri opiacee (la 100.000 locuitori)	0.38	Locul 47 din lume (133)
Indicele Mondial de Pace	2.4	Locul 22 din lume (121)
Prevalența HIV	18%	Locul 18 din lume
Numărul de oameni infectați cu HIV/SIDA	5,7 milioane	Locul 1 în lume
Decese cauzate de HIV/SIDA (anual)	350 mii	Locul 1 în lume
Incidența tuberculozei (la 100.000 de locuitori)	600	Locul 9 (200)
Speranța de viață la naștere (ani)	48,9	Locul 16 de la urmă (221)
Rata mortalității (la 1.000 de locuitori)	17	Locul 12 în lume (220)
Rata mortalității infantile (la 1,000 de nașteri vii)	44,4	Locul 59 în lume (221)
Rata suicidului – total (la 100.000 de locuitori)	15,4	Locul 22 în lume (106)
Rata suicidului – bărbați (la 100.000 de locuitori)	25,3	Locul 17 în lume (103)
Rata suicidului – femei (la 100.000 de locuitori)	5,6	Locul 26 în lume (103)
Numărul de medici (la 1.000 de locuitori)	0,77	Locul 119 în lume (201)
Numărul de psihiatri (la 100.000 de locuitori)	0,28	
Numărul de psihologi (la 100.000 de locuitori)	0,32	
Lucrători sociali în domeniul sănătății mentale (la 100.000 de locuitori)	0,4	

Indicatori		Poziţia în clasamentul mondial (din numărul total de ţări)
Terapeuţi ocupaţionali în domeniul sănătăţii mentale (la 100.000 de locuitori)	0,13	
Surori medicale în domeniul sănătăţii mentale (la 100.000 de locuitori)	10	
Paturi psihiatrice în instituţiile de sănătate mentală (la 100.000 de locuitori)	24	

Tabelul 1: Indicatori socio-economici şi de sănătate în Africa de Sud

din Columbia şi Liban. Un aspect interesant este că ambele state dispun de indicatori socio-economici similari celor din Africa de Sud şi au trecut, de asemenea, prin experienţa unor conflicte cronice.[32] Autorii studiului SSS au mai observă că prevalenţa estimată a abuzului de substanţe în Africa de Sud (5,8%) este de două ori mai mare decât cea din alte state din cadrul studiului SGSM, cu excepţia Ucrainei. Cu o rată naţională a suicidului de 15,4 la 100.000 de locuitori, Africa de Sud este situată pe locul 22 în lume.[33]

2.2. Resurse pentru serviciile de sănătate mentală în Africa

În ciuda legislaţiei progresiste în domeniul sănătăţii mentale din Africa de Sud (de exemplu, MHCA), există o sumedenie de bariere în calea finanţării şi dezvoltării serviciilor de sănătate mentală, care au drept rezultat următoarele: (i) spitalele psihiatrice au nevoie de reparaţii, de aceea deseori sunt imposibil de utilizat; (ii) deficit serios de lucrători medicali pregătiţi profesional; (iii) inabilitatea de a dezvolta servicii psihiatrice terţiare de importanţă vitală (cum ar fi serviciile pentru copii şi adolescenţi, servicii psihogeriatrice, servicii neuropsihiatrice etc.) şi (iv) serviciile de reabilitare psihosocială şi cele de acordare a asistenţei medicale la nivel de comunitate rămân a fi subdezvoltate, astfel încât pacienţii ajung să fie instituţionalizaţi, fără speranţa reabilitării şi reintegrării lor în comunitate. Această stare de lucruri rămâne în continuare neschimbată în ciuda angajamentelor legislative de a reforma sistemul de asistenţă medicală în domeniu din cadrul MHCA.

În timp ce cadrul legislativ este prezent şi o politică în domeniul sănătăţii mentale a fost aprobată în 1997, acest document nu a fost dat publicităţii largi şi nici implementat până în prezent[34], din cauza problemelor de ordin administrativ, a celor legate de capacităţile existente, precum şi de prioritatea joasă acordată sănătăţii mentale de către departamentele de sănătate la nivel provincial.[35] De asemenea, nu există un plan naţional privind sănătatea mentală, iar la nivel de provincie, doar una din cele 9 provincii dispune de un plan concret ce vizează sănătatea mentală.[36] Lipseşte şi un buget special pentru sănătatea mentală atât la nivel naţional, cât şi la nivel provincial şi, prin urmare, serviciile de sănătate mentală sunt finanţate din bugetul pentru servicii medicale general, unde ajung, inevitabil, la sfârşitul unei liste lungi de necesităţi urgente atunci când sunt luate deciziile privind alocaţiile financiare. Într-un sondaj recent efectuat în toate cele 9 provincii, Lund

şi colegii săi au stabilit că doar 3 provincii dispuneau de informaţii asupra cheltuielilor din domeniul sănătăţii mentale – acestea au prezentat cifrele de 1%, 5% şi, respectiv, 8%.[37] În timp ce acest procentaj corespunde mediei pentru majoritatea statelor cu venit mediu, el reflectă un nivel disproporţionat de coborât al alocaţiilor bugetare pentru domeniul sănătăţii mentale (în special ţinând cont de incidenţa înaltă a afecţiunilor mentale şi de faptul că peste 30% din anii de viaţă ajustaţi la dizabilitate (AVAD) sunt atribuiţi acestui tip de afecţiuni).[38]

Cercetările efectuate în provincia KwaZulu-Natal a relevat un grad înalt de inegalitate în alocarea bugetelor provinciale de sănătate pentru instituţiile psihiatrice.[39] Creşterile bugetelor alocate pentru 6 spitale psihiatrice pe parcursul unei perioade de 5 ani (2006-2010) au variat între 8% -15% cu o medie a creşterii pentru cei 5 ani de circa 19% şi o creştere medie anuală de 3,8%. Această situaţie vine în contrast cu creşterile alocaţiilor bugetare pentru 7 spitale generale asupra aceleiaşi perioade de 5 ani, care variază de la 29% la 64%, cu o creştere medie de 51% pentru cei 5 ani şi de circa 10,2% de creştere medie anuală. Creşterea medie cumulativă a alocaţiilor bugetare pentru spitalele psihiatrice a fost vizibil mai joasă decât cea pentru spitalele generale. Mai mult, această analiză a arătat că 4 din cele 6 spitale supuse sondajului au avut parte chiar şi de o reducere a bugetului alocat de la an la an, cel puţin într-un moment din perioada respectivă. Acest fapt creează impresia că guvernul nu consideră serviciile psihiatrice un domeniu prioritar şi este pregătit să sacrifice expansiunea serviciilor psihiatrice pentru a menţine funcţionalitatea serviciilor în spitalele generale.

MHCA a legiferat introducerea comisiilor de revizie privind sănătatea mentală (CRSM) în fiecare regiune din ţară. Constituirea unor astfel de comisii este responsabilitatea departamentelor de sănătate provinciale. Aceste comisii au funcţii de „ombudsman", reprezentând interesele pacienţilor, revizuind tratamentele obligatorii, audiind apeluri şi investigând acuzaţiile de abuz. În timp ce CRSM au fost create în majoritatea regiunilor, eficienţa şi eficacitatea acestora variază considerabil. O revizie recentă efectuată în provincia KwaZulu-Natal, de exemplu, a depistat că CRSM a vizitat doar 7 din cele 36 de spitale din regiune în ultimele 6 luni, în timp ce 10 spitale fie n-au fost vizitate niciodată, fie nu au fost vizitate deloc în ultimii 2 ani.[40] Autorii au observat că ineficienţele de ordin operaţional limitează substanţial „capacitatea comisiei de revizie sau a instituţiilor judiciare de a interveni în timp util în cazul unei încălcări a Actului".

În ceea ce ţine de resursele de care dispun spitalele pentru acordarea serviciilor psihiatrice, Africa de Sud nu are o situaţie prea rea în comparaţie cu alte state africane, dispunând, în medie, de 2,1 paturi la 10.000 de locuitori, dar are o situaţie rea în comparaţie cu media europeană de 8 paturi la 10.000 de locuitori. Din aceste 2,1 paturi, 1,8 sunt amplasate în spitale psihiatrice şi 0,3 în spitale generale.[40] Această cifră reprezintă puţin peste 60% din paturile necesare pentru a corespunde normelor stabilite de Departamentul Naţional de Sănătate al Africii de Sud.[42] Disponibilitatea paturilor pentru servicii psihiatrice variază în mod substanţial de la o provincie la alta – de exemplu, KwaZulu-Natal are doar 25% din numărul de paturi necesare pentru a corespunde normelor stabilite.[43]

Serviciile în comunitate au cea mai rea situaţie: există doar 80 de instituţii de tratament în toată ţara (pentru o populaţie de 47 de milioane), jumătate din acestea sunt asigurate şi gestionate de o organizaţie neguvernamentală (Federaţia Sud-Africană a Sănătăţii Mentale – FSASM). De asemenea, mai există

0,36 de paturi la 10.000 de locuitori, situate în 63 de instituţii rezidenţiale comunitare în întreaga ţară şi, din nou, jumătate din acestea se află în gestiunea SAFMH.

Resursele structurate în mod specific pentru tratamentul copiilor şi adolescenţilor sunt vădit inadecvate. Doar 1,4% din instituţiile ambulatorii, 3,8% din paturile din spitalele generale şi 1% din spitalele psihiatrice sunt pentru copii şi adolescenţi.[44] Nu există informaţii disponibile în privinţa numărului total de psihiatri pentru copii şi adolescenţi în Africa de Sud (şi numărul variază considerabil de la regiune la regiune), dar, în general, aceştia sunt foarte puţini. De exemplu, în provincia KwaZulu-Natal (care are o populaţie de 10 milioane) există doar doi astfel de specialişti în sistemul de sănătate publică.

Resursele umane pentru asigurarea serviciilor de îngrijire medicală în domeniul sănătăţii mentale în Africa de Sud sunt extrem de inadecvate. Un studiu naţional recent a relevat că la 100.000 de locuitori, ţara are doar 0,28 psihiatri, 0,32 psihologi, 0,4 lucrători sociali, 0,13 terapeuţi ocupaţionali şi 10 surori medicale.[45] Astfel, în ceea ce ţine de psihiatri, Africa de Sud are mai puţin de 30% din numărul necesar pentru a corespunde normelor naţionale de 1 la 100.000 de locuitori. Mai mult ca atât, această cifră (0,28 la 100.000 de locuitori) este mult sub media altor state cu venit mediu (care este de aproximativ 5 la 100.000 de locuitori) şi chiar şi mai mult sub media statelor cu venit ridicat (care este de circa 15 la 100.000 de locuitori).[46] Mai mult, majoritatea specialiştilor din domeniu tind să fie situaţi în centrele urbane, lăsând largi regiuni rurale din ţară fără astfel de servicii. De exemplu, din cei 32 de psihiatri ce lucrează în sectorul public de sănătate în provincia KwaZulu-Natal, doar 6 sunt situaţi în afara oraşelor mari.

Astfel, este clar că în Africa de Sud resursele alocate sănătăţii mentale sunt necorespunzătoare şi, ţinând cont de povara majoră cauzată de afecţiunile respective, care este, fără îndoială, sporită de condiţiile socio-economice de sărăcie, inegalitate, violenţă şi boli infecţioase, există un decalaj considerabil dintre necesităţi şi servicii. Acest fapt este demonstrat şi de studiile efectuate recent. În studiul SSS, doar 28% din adulţii cu o afecţiune severă sau moderat-severă şi doar 24,4% din cazurile mai puţin grave au primit vreun tratament.[47] Alte studii realizate în provincia KwaZulu-Natal arată că, pentru tratamentul problemelor de sănătate mentală, o parte considerabilă din locuitori se bazează pe servicii de tip informal la nivel de comunitate.[48] Într-un eşantion de pacienţi cu psihoză de prim episod (PPE), Burns şi colegii au depistat că 38,5% au consultat un vraci tradiţional pentru afecţiunea psihotică incipientă înainte de primul contact cu serviciile psihiatrice formale.[49] Această cifră este comparabilă cu ratele raportate în alte SVMM – o treime în Zambia, 24% în Singapore şi 23% în Iran.[50] Consultarea cu vracii tradiţionali poate amâna accesul la îngrijire pentru persoanele aflate la stadiul incipient de dezvoltare a bolii mentale, fapt ce ar putea avea un impact negativ asupra cursului şi efectelor bolii în general.[51] Vracii tradiţionali sunt mai accesibili din punct de vedere geografic şi cultural pentru mulţi cetăţeni, în special în provincia KwaZulu-Natal, care este în mare parte rurală. Există dovezi că, în această regiune, un număr semnificativ de indivizi afectaţi de probleme de ordin mental consultă în primul rând vracii tradiţionali, în ciuda faptului că serviciile acordate de aceştia sunt deseori mai scumpe decât serviciile de sănătate publice.[52] În afară de barierele financiare şi geografice, un alt factor major ce îi conduce pe indivizi la serviciile vracilor tradiţionali este stigmatul societal asociat cu utilizarea serviciilor medicale tradiţionale.[53] Astfel, Africa

de Sud, ca şi majoritatea SVMM, este caracterizată nu doar de disponibilitatea inadecvată a resurselor pentru sănătatea mentală, ci şi de numeroase bariere în accesul la serviciile de asistenţă medicală destinate problemelor de sănătate mentală.[54]

3. Decalajul de sănătate mentală este o problemă ce vizează drepturile omului

În Africa de Sud, decalajul dintre povara cauzată de afecţiunile şi dizabilităţile mentale şi penuria relativă de resurse în domeniul sănătăţii mentale este, în sine, o problemă ce vizează drepturile omului. Statul are obligaţia de a asigura cu servicii ce ar satisface necesităţile de sănătate ale populaţiei sale; este clar că serviciile pentru cei afectaţi de boli şi dizabilităţi mentale sunt extrem de inadecvate şi, pentru mulţi oameni, inaccesibile. Africa de Sud nu este nici pe departe unica ţară caracterizată printr-un decalaj de sănătate mentală – într-adevăr, majoritatea ţărilor nu reuşesc să satisfacă necesităţile cetăţenilor lor în domeniul sănătăţii mentale.[55] Cu toate acestea, Africa de Sud este o naţiune care şi-a asumat în mod public angajamentul de a respecta drepturile persoanelor cu afecţiuni şi dizabilităţi mentale – atât prin adoptarea uneia dintre cele mai progresiste legislaţii din lume din domeniul sănătăţii mentale,[56] cât şi prin semnarea şi ratificarea CDPD. În asumarea acestor angajamente, guvernul Africii de Sud şi-a afirmat credinţa în faptul că toţi membrii societăţii au dreptul fundamental şi constituţional la îngrijire. După decenii (dacă nu chiar secole) de rasism şi discriminare pe bază de etnie, noul regim a fost dedicat şi perseverent în promovarea drepturilor grupurilor minoritare supuse în trecut discriminării din partea societăţii. Constituţia Africii de Sud garantează aceste drepturi şi este clar că discriminarea pe bază de rasă, gen, orientare sexuală sau dizabilitate fizică este pedepsită în mod sever de noul sistem.[57]

Respectiva tendinţă însă nu îi vizează şi pe cei afectaţi de boli sau dizabilităţi mentale. Ca şi în în multe alte ţări din întreaga lume, persoanele cu dizabilităţi mentale cunosc zi de zi o multitudine de forme de inegalitate şi discriminare.[58] Pacienţii se confruntă cu discriminare şi prejudicii atât în afara, cât şi în cadrul sistemului de sănătate, – sub forma oportunităţilor reduse de angajare în câmpul muncii, dar şi de ordin social, manifestate prin lipsirea de drepturi şi restricţionare a drepturilor lor civile, prin tratament inferior al bolilor comorbide, precum şi sub forma stigmatului social. Această stare de lucruri este reflectată, după cum am văzut, în eşecul statului de a reduce decalajul de sănătate mentală prin asigurarea cu resursele necesare, ceea ce ar însemna că persoanele cu dizabilităţi se confruntă cu o încălcare flagrantă din partea statului a dreptului lor fundamental la îngrijire. Acest fapt cere o abordare bazată pe drepturile omului în soluţionarea problemei declajului de sănătate mentală atât în Africa de Sud, cât şi în restul statelor lumii.

4. O abordare bazată pe drepturile omului a inegalităţii în domeniul serviciilor de sănătate mentală

CDPD creează un cadru pentru o abordare a problemelor ce ţin de dizabilităţi bazată pe drepturi, precum şi „cheamă la efectuarea schimbărilor ce merg dincolo de calitatea îngrijirii pentru a include în reformă atât domeniul legal, cât şi cel de servicii" şi „cere elaborarea unor politici care ar prevede acţiuni îndreptate spre stoparea discriminării în societate, în general, şi care ar avea un efect direct asupra sănătăţii şi bunăstării celor afectaţi de dizabilităţi [mentale]".[59] CDPD stabileşte un şir de principii directorii:

a) respectarea demnităţii inerente, autonomiei individuale, inclusiv a dreptului

la propriile decizii şi la independenţa persoanei;

b) non-discriminarea;

c) participarea deplină şi efectivă, precum şi includerea în societate;

d) respectarea diferenţelor şi acceptarea persoanelor cu dizabilităţi ca fiind parte a diversităţii umane şi a umanităţii;

e) egalitatea de şanse;

f) accesibilitatea;

g) egalitatea dintre femei şi bărbaţi; şi

h) respectarea capacităţilor evoluânde ale copiilor cu dizabilităţi şi respectarea dreptului copiilor cu dizabilităţi la păstrarea propriei identităţi.[60]

În afară de aceste principii, CDPD evidenţiază importanţa unui set de drepturi înrudite. Acestea includ:

1) recunoaşterea egală în faţa legii, accesul la justiţie şi reforma legislativă pentru abolirea discriminării în societate;

2) sensibilizarea şi educarea societăţii, combaterea prejudiciilor şi sensibilizarea privind capabilităţile persoanelor cu dizabilităţi;

3) dreptul la viaţă, libertate şi securitatea persoanei, inclusiv protecţie de la tratament degradant, abuz, exploatare şi violenţă;

4) dreptul la mişcare, mobilitate, trai independent şi includere deplină în comunitate, inclusiv accesul deplin la viaţa culturală, recreaţie, distracţii şi sport;

5) libertatea de expresie şi opinie, accesul la informaţie şi participarea deplină la viaţa politică şi publică;

6) respectarea vieţii private, acasă şi în familie, inclusiv libertatea de a lua decizii ce ţin de căsătorie şi de a fi părinte;

7) dreptul la egalitate în educaţie, muncă şi angajare în serviciu, inclusiv adaptarea completă a cerinţelor individuale;

8) dreptul la sănătate, abilitare şi reabilitare; şi

9) dreptul la un standard adecvat de trai, loc de trai potrivit şi protecţie socială.[61]

În ceea ce ţine de afecţiunile mentale, cum poate acest cadru răspunde la întrebarea noastră despre inegalităţile şi discriminarea prezentă în societate şi la nivel de servicii de sănătate mentală? Mai specific, dacă am lua aceste principii şi drepturi şi le-am aplica la contextul Africii de Sud, ce acţiuni sunt necesare pentru ca persoanele cu dizabilităţi să poată beneficia de egalitate deplină, de lipsa discriminării şi recunoaşterea deplină a persoanei? Un plan de acţiuni la nivel naţional, dar şi local ar putea include:

1. *Crearea unei mişcări de advocacy puternice, conduse de persoane cu dizabilităţi mentale.* S-a demonstrat în mod repetat că activităţile advocacy, ce vizează problemele legate de reforma legislaţiei, dezvoltarea serviciului şi transformarea societăţii, conduse de beneficiar sunt cele mai efective în stoparea discriminării şi stigmatizării, precum şi în realizarea în practică a drepturilor omului pentru grupurile minoritare specifice.[62]

2. *Reforma legislativă pentru lichidarea discriminării, scoaterea în afara legii a abuzurilor şi protejarea libertăţii, demnităţii şi autonomiei personale.* Legile cu privire la constrângerea civică, care lipsesc indivizii de libertăţile lor, „trebuie să asigure o protecţie minimă de fond şi de procedură pentru capacitatea persoanelor bolnave mental de a acţiona individual".[63] De asemenea, astfel de legi trebuie să garanteze dreptul la consiliere, apel şi revizie în ceea ce ţine de constrângerile involuntare, precum şi compensare în caz de încălcări ale drepturilor. Deoarece persoanele cu dizabilităţi mentale ar putea să nu dispună de capacitatea de a-şi proteja drepturile personale în timpul afecţiunii, trebuie să existe un mecanism pentru monitorizarea şi executarea acestor drepturi. CRSM-urile create prin MHCA constituie un

bun început, fiind menite să exercite funcția de ombudsman.[64] Cu toate acestea, după cum am menționat anterior, funcționalitatea și actualele puteri ale acestor comisii sunt nesatisfăcătoare. Dacă acestea se doresc a fi mai mult decât un gest simbolic, statul trebuie să acționeze de urgență în direcția implementării structurii date, o structură importantă, în calitate de protector efectiv al drepturilor omului pentru persoanele cu dizabilități.

3. *Reforma legislativă pentru realizarea egalității de șanse, acces și participare la toate aspectele vieții.* Chiar dacă reforma legislativă în domeniul asistenței medicale este de o importanță majoră, aceasta trebuie să fie acompaniată de măsuri legislative ce își pun drept scop reducerea inegalităților și a discriminării persoanelor cu dizabilități mentale la nivel social, economic și politic în întreaga societate. Egalitatea de fond necesită acordarea de atenție contextului social ce contribuie la apariția dizabilităților mentale, precum și la modul în care indivizii utilizează serviciile de sănătate mentală.

4. *Includerea dizabilității mentale pe agenda programelor și obiectivelor de dezvoltare, cum ar fi Obiectivele de dezvoltare ale mileniului.* La nivel internațional, național și local, drepturile și „necesitățile" persoanelor cu dizabilități trebuie să fie incluse în programele ce au drept scop atingerea obiectivelor de dezvoltare și reducerea sărăciei și a inegalității.

5. *Reforma serviciilor sociale și de sănătate mentală cu alocarea echitabilă a finanțării pentru resurse, infrastructură și dezvoltarea programelor*. Împreună cu alte guverne, guvernul Africii de Sud trebuie să fie presat să satisfacă chemările tot mai dese la intensificarea numărului și sporirea calității serviciilor sociale și de sănătate mentală relevante, precum și să crească alocațiile bugetare pentru sănătatea mentală.[65] Semnatarii CDPD și ai Protocolului său facultativ trebuie să fie trași la răspundere în privința satisfacerii obiectivelor acestora în planificarea la nivel național. Crearea Comitetului pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități în calitate de organ de monitorizare înseamnă că cetățenii statelor părți ale CDPD dispun de un mijloc de reclamare a încălcărilor la nivel local a CDPD și de obținere a compensațiilor respective.[66]

6. *Înlăturarea barierelor din calea accesului la servicii de sănătate, cu care se confruntă persoanele afectate de dizabilități mentale.* Pentru a înlătura barierele financiare din calea accesului celor cu dizabilități mentale sunt necesare reforme legislative. De asemenea, este nevoie de legislație pentru a realiza egalitatea și a pune în afara legii discriminarea în bază de etnie, rasă, gen și vârstă în ceea ce ține de serviciile de asistență medicală. În sfârșit, este nevoie de a efectua în mod continuu campanii și programe de educare cu privire la dizabilitățile mentale și drepturile persoanelor cu astfel de dizabilități în cadrul sistemului de sănătate.

7. *Lichidarea barierelor din calea accesului la oportunități sociale, de familie, de recreere ce țin de locul de trai și de muncă, precum și asigurarea participării depline pentru persoanele cu dizabilități mentale.* Reforme legislative, precum și campanii și programe publice și instituționale trebuie să fie implementate la nivel local și național pentru a înlătura aceste bariere de accesibilitate, a elimina stigmatul social și a asigura participarea deplină a persoanelor cu dizabilități mentale. Un loc de trai potrivit este un drept fundamental consfințit de CDPD și politicile naționale; respectiv, reforma legislativă și a politicilor în domeniu trebuie să fie efectuată luând în considerație necesitatea respectării acestui drept.

8. *Reformarea sistemului de servicii şi trecerea de la îngrijirea de tip instituţional la acordarea tratamentului, îngrijirii, reabilitării şi reintegrării în cadrul comunităţii.* După cum declară Alicia Yamin şi Eric Rosenthal: „Din perspectiva drepturilor omului, persoanele sunt în drept să locuiască şi să primească îngrijire în comunitate nu pentru că este mai eficient, dar pentru că toate fiinţele umane îşi formează identitatea în contexte sociale şi au dreptul la muncă şi studii, precum şi la a se afla cu familia şi prietenii."[67] De asemenea, puterea de decizie şi de planificare în ceea ce ţine de îngrijirea acordată în comunitate urmează a fi transferată „indivizilor şi comunităţilor care trebuie să fie deservite de sistem".[68] Aceasta ar însemna că integrarea „beneficiarilor" şi a membrilor de familie trebuie să fie făcută în cadrul structurilor de luare a deciziilor atât la nivel local, cât şi naţional.

Concluzie

Africa de Sud şi-a declarat cel puţin intenţia de a respecta şi a asigura drepturile persoanelor cu dizabilităţi prin adoptarea legislaţiei şi semnarea tratatelor internaţionale relevante. Cu toate acestea, respectiva naţiune nu reuşeşte în continuare să satisfacă necesităţile cetăţenilor săi afectaţi de dizabilităţi mentale. Decalajul de sănătate mentală este unul considerabil, în ciuda unui regim progresist care a pledat pentru respectarea drepturilor grupurilor dezavantajate din societate. Deşi lăudabile, eforturile Africii de Sud de a realiza egalitatea de formă nu trebuie să aibă loc izolat, fără eforturi similare de advocacy, centrate pe realizarea egalităţii de fond pentru persoanele cu dizabilităţi mentale. Factori reali din viaţă, cum ar fi sărăcia, analfabetismul, inegalitatea veniturilor, vagabondajul, războiul şi deplasamentul, discriminarea bazată pe etnie, rasă şi gen, excluderea socială, stigmatul şi abuzul – toate au un impact asupra abilităţii persoanei cu dizabilităţi mentale de a avea acces la servicii şi de a se realiza în cadrul comunităţii. O abordare bazată pe drepturi a problemelor ce afectează persoanele cu dizabilităţi înseamnă aplicarea la nivel naţional a unor astfel de tratate ca CDPD. Utilizarea cadrului oferit de convenţia în cauză şi a altor similare permite formularea unui plan activ de răspuns la multiplele inegalităţi şi discriminarea existentă în raport cu dizabilităţile mentale, atât în Africa de Sud, cât şi în alte state.

---

[1] Jonathan Burns, MBChB (UCT), MSc(Edin), FCPsych (SA), PhD, este Lector Superior şi Şef Specialist Psihiatru în cadrul Departamentului de Psihiatrie de la Şcoala de Medicina Nelson R. Mandela, Universitatea din KwaZulu-Natal, Durban, Africa de Sud. Pentru corespondenţă: Departamentul de Psihiatrie, Scoala de Medicina Nelson R. Mandela, Universitatea din KwaZulu-Natal, Durban, 4000, Africa de Sud, e-mail: burns@ukzn.ac.za.

[2] Convenţia cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilităţi şi Protocolul facultativ au fost adoptate la 13 decembrie 2006. Convenţia a fost deschisă spre semnare pe 30 martie 2007 şi a intrat în vigoare pe data de 3 mai 2008. Website-ul UN Enable a fost creat pentru a monitoriza toate aspectele tratatului şi conţine informaţii cu privire la principiile directorii, intrarea în vigoare, semnatarii, procesul de monitorizare a Convenţiei, precum şi textele complete ale Convenţiei şi ale Protocolului facultativ în câteva limbi. UN Enable este disponibil la: http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150

[3] Convenţia cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilităţi.

[4] Vezi, de exemplu, Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. and Saraceno, B., *The treatment gap in mental health care*, în *Bulletin of the World Health Organization,* vol. 82, 2004, pp. 858–866.

[5] Mental Health Care Act, 2002, disponibil pe: www.acts.co.za/mental_health_care_act_2002.htm

[6] Principiul integrării în sistemul primar de asistenţă medicală joacă un rol central în efortul global de soluţionare a problemelor ce ţin de sănătatea mentală. De exemplu, OMS şi Organizaţia Mondială a Medicilor de Familie au efectuat în comun o investigaţie a progresului în integrarea sănătăţii mentale în serviciile de medicină primară. Pentru întreg raportul, a se vedea World Health Organization and World Organization of Family Doctors, *Integrating mental health into primary care: A global perspective*, Geneva, 2008.

[7] Vezi Burns, J. K., *Implementation of the Mental Health Care Act (2002) at District Hospitals in South Africa: Translating Principles into Practice*, în *South African Medical Journal,* vol. 98, No. 1, 2008, pp. 46-51; și Ramlall, S., Chipps, J. și Mars, M., *Impact of the South African Mental Health Care Act No. 17 of 2002 on regional and district hospitals designated for mental health care in KwaZulu-Natal*, în *South African Medical Journal,* vol. 100, No. 10, pp. 667-670.

[8] Cu privire la „decalajul de sănătate mentală", a se vedea WHO World Mental Health Survey Consortium, *Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*, în *Journal of the American Medical Association,* vol. 291(21), 2004, pp. 2581–2590. De notat, de asemenea, că termenul de "povară" aici necesită clarificare. Termenul nu este utilizat în sensul că indivizii respectivi sunt „o povară" sau o sursă de probleme pentru alți oameni. Acest termen este utilizat pentru a descrie reponsabilitățile și costurile economice și sociale adăugate asociate fie cu prezența unei afecțiuni mentale, fie cu necesitatea de a avea grijă de o persoană cu dizabilități mentale.

[9] Pentru o trecere în revistă cuprinzătoare a inegalităților ce caracterizează serviciile de sănătate mentală, a se vedea Burns J. K., *Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination and mental disability*, în *Health and Human Rights: An International Journal,* vol. 11, No. 2, 2009, pp. 19-31.

[10] Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. și Rahman, A., *No health without mental health*, în *The Lancet*, vol. 370, Issue 9590, 2007, pp. 859-877.

[11] Pentru o trecere în revistă cuprinzătoare a dizabilității mentale și afecțiunilor fizice comorbide, a se vedea mai sus, p. 10. De asemenea, vezi De Hert, M., Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I. și Möller, H. J., *Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness: Position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC*), în *European Psychiatry*, vol. 24, Issue 6, 2009, pp. 412-424. Pentru o discuție asupra dizabilității mentale și a abuzului de substanțe comorbide, cu un accent deosebit asupra SVMM, vezi Srinivasa Murthy, R., *Psychiatric comorbidity presents special challenges in developing countries*, în *World Psychiatry*, vol. 3(1), 2004, pp. 28–30.

[12] Jonsson, G. and Joska, J. A., *Assessment and treatment of psychosis in people living with HIV/AIDS*, în *South African Journal of HIV Medicine*, vol. 10, No. 3, 2009, pp. 20-27.

[13] A se vedea *The Lancet*, vol. 370, Issue 9590, 2007, care conținea o serie din 6 articole ce documentau evidența existentă cu referire la situația globală privind sănătatea mentală, cu un accent deosebit pus pe SVMM.

[14] Vezi mai sus, p.10.

[15] Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L. and Molteno, C., *Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement*, în *British Journal of Psychiatry*, vol. 175, 1999, pp. 554-558; și Patel, V., DeSouza, N. and Rodrigues, M., *Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India*, în *Archives of Disease in Childhood*, vol. 88, 2003, pp. 34-37.

[16] Nilsson, E., Lichtenstein, P., Cnattingius, S., Murray, R. M. și Hultman, C. M., *Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring*, în *Schizophrenia Research*, vol. 58, 2002, pp. 221-29; Bennedsen, B. E., Mortensen, P. B., Olesen, A. V. și Henriksen, T. B., *Preterm birth and intra-uterine growth retardation among children of women with schizophrenia*, în *British Journal of Psychiatry*, vol. 175, pp. 239-245; Webb, R., Abel, K., Pickles, A. și Appleby, L., *Mortality in offspring of parents with psychotic disorders: a critical review and meta-analysis*, în *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, 2005, pp. 1045-1056.

[17] O'Connor, T. G., Davies, L., Dunn, J. și Golding, J., *Distribution of accidents, injuries, and illnesses by family type. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood*, în *Pediatrics*, vol. 106, 2000, e68; Leiferman, J., *The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health*, în *Health Education and Behavior*, vol. 29, 2002, pp. 596-607; De Jong, J. T., Komproe, I. H. și Van Ommeren, M., *Common mental disorders in postconflict settings*, în *The Lancet*, vol. 361, 2003, pp. 2128-2130.

[18] Srinivasa Murthy, R., a se vedea mai sus, p. 11.

[19] Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M. and Whiteford, H., *Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency*, în *The Lancet,* vol. 370, Issue 9590, 2007, pp. 878-889.

[20] Organizația Mondială a Sănătății. *Mental Health Atlas 2005*, 2005, disponibil pe: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf

[21] Saraceno, B. și Saxena, S., *Mental health services in Central and Eastern Europe: current state and continuing concerns*, în *Epidemiol Psychiatr Soc,* vol. 14(1), 2005, pp. 44-48.

[22] Shah, A. A. și Beinecke, R. H., *Global mental health needs, services, barriers and challenges*, în *International Journal of Mental Health,* vol. 38(1), 2009, pp. 14-29.

[23] Vezi mai sus, p. 10.

[24] Vezi Central Intelligence Agency, *The World Factbook,* 2010, disponibil pe: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/; United Nations Development Programme, *Human Development Report 2007/2008: Fighting climate change: Human solidarity in a divided world*, 2007, disponibil pe: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Complete.pdf; South African Institute of Race Relations, *Unemployment and Poverty,* 28 November 2008, disponibil pe: http://sareporter.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=269; and Hu-

man Sciences Research Council, *Fact sheet: Poverty in South Africa,* 2004, disponibil pe: http://www.sarpn.org.za/documents/d0000990/P1096-Fact_Sheet_No_1_Poverty.pdf

[25] V. Institute for Security Studies, *Murder in the RSA for April to March 2003/2004 to 2008/2009*; World Health Organisation, *Global Status Report on Road Safety,* 2009, disponibil pe: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf; și Institute for Economics and Peace și Economist Intelligence Unit, *Global Peace Index*, 2010, disponibil pe: http://www.visionofhumanity.org/gpi-data/#/2010/scor

[26] V. United Nations Office on Drugs and Crime, *The Eighth United Nations Survey on Crime Trends and the Operations of Criminal Justice Systems,* 2005, disponibil pe: http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Eighth-United-Nations-Survey-on-Crime-Trends-and-the-Operations-of-Criminal-Justice-Systems.html; and United Nations Office on Drugs and Crime, *Opiate Drug Consumption – Country Rankings*, disponibil pe: http://www.photius.com/rankings/opiate_drug_consumption_country_ranks.html

[27] Vezi Index Mundi, *HIV/AIDS – adult prevalence rate,* disponibil pe: http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?t=50&v=32; și Human Sciences Research Council, *South African national HIV prevalence, incidence, behaviour and communication survey 2008: A turning tide among teenagers?*, 2009, Cape Town: HSRC Press, disponibil pe: http://www.mrc.ac.za/pressreleases/2009/sanat.pdf

[28] Vlassova, N., Angelino, A. F., și Treisman, G. J., *Update on mental health issues in patients with HIV infection*, în *Current Infectious Diseases Report*, vol. 11(2), 2009, pp. 163-169.

[29] V. Patel, V. și Kleinman, A., *Poverty and common mental disorders in developing countries*, în *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81(8), 2003, pp. 609-615; Weich, S., Lewis, G. și Jenkins, S. P., *Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain*, în *British Journal of Psychiatry*, vol. 178(3), 2001, pp. 222-227; Marwaha, S. și Johnson, S., *Schizophrenia and employment*, în *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 39(5), 2004, pp. 337-349; și Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M. and Mari, J. J., *Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review*, în *Rev Bras Psiquiatr,* vol. 31, Suppl. 2, 2009, pp. S49-57

[30] Williams, D. R., Herman, A., Stein, D. J., Heeringa, S. G., Jackson, P. B., Moomal, H. și Kessler, R. C., *Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study*, în *Psychological Medicine*, vol. 38(2), 2008, pp. 211-220.

[31] DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4th Ed) este o publicație a Asociației Americane de Psihiatrie și unul din sistemele de diagnostic principale utilizate în studiile psihiatrice. CIDI (Composite International Diagnostic Interview) este un interviu comprehensiv, structurat, menit a fi utilizat de către utilizatori neprofesioniști în evaluarea afecțiunilor mentale în conformitate cu definițiile și criteriile stabilite de ICD-10 [Clasificarea Internațională a Afecțiunilor de Sănătate, ediția 10] și DSM-IV. De asemenea, este menit a fi utilizat în studii epidemiologice și cross-culturale, precum și în scopuri clinice și de cercetare. Secția diagnostică a interviului este bazată pe World Health Organisation's Composite International Diagnostic Interview (WHO CIDI, 1990).

[32] Columbia este situată pe locul 13 în privința inegalității de venit (coeficient GINI de 53,8), locul 14 în privința populației ce locuiește sub nivelul de sărăcie (49,2%), are cea mai înaltă rată de omucideri din lume (63 la 100.000 de locuitori) și este pe locul 116 din 121 de țări în ceea ce ține de Indicele păcii globale. Libanul are un coeficient GINI de 45 (locul 38), are 28% din populație sub nivelul de sărăcie (locul 49) și ocupă locul 114 din 121 potrivit Indicelui păcii globale. Vezi Central Intelligence Agency, *The World Factbook 2010*, menționat mai sus la p. 24; United Nations Development Programme, mai sus, p.24; și Institute for Economics and Peace and Economist Intelligence Unit, mai sus, p.25.

[33] Burrows, S. și Laflamme, L., *Suicide mortality in South Africa: A city-level comparison across socio-demographic groups*, în *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41(2), 2006, pp. 108-114.

[34] Lund, C., Kleintjes, S., Kakuma, R., Flisher A. J. și MHaPP Research Programme Consortium, *Public sector mental health systems in South Africa: inter-provincial comparisons and policy implications*, în *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 45(3), 2010, pp. 393-404.

[35] Lund, C., Kleintjes, S., Campbell-Hall, V., Mjadu, S., Petersen, I., Bhana, A., Kakuma, R., Mlanjeni, B., Bird, P., Drew, N., Faydi, E., Funk, M., Green, A., Omar, M. și Flisher, A. J., *Mental health policy development and implementation in South Africa. Phase 1 Country Report*, Mental Health and Poverty Project, University of Cape Town, Cape Town, 2008, disponibil pe: http://www.who.int/mental_health/policy/development/SA%20Country%20Report%20-%20Final%20Draft%20Jan%202008.pdf

[36] Provincia KwaZulu-Natal.

[37] Vezi mai sus, p.34. Cele 3 provincii sunt provincia Capului de Nord, provincia Nord-Vest și provincia Mpumulanga.

[38] Vezi mai sus, p.10.

[39] Burns, J. K., *Mental health services funding and development in KwaZulu-Natal Province: A tale of inequity and neglect*, în *South African Medical Journal*, vol. 100(10), 2010, pp. 662-666.

[40] V. Ramlall et al, mai sus, p. 7.

[41] Vezi mai sus, p. 34.
[42] National Department of Health: Pretoria, *Norms Manual for Severe Psychiatric Conditions*, 2003.
[43] Vezi mai sus, p. 39.
[44] Kleintjes, S., Lund, C., Flisher A. J. şi MHaPP Research Programme Consortium, *A situational analysis of child and adolescent mental health services in Ghana, Uganda, South Africa and Zambia*, în *African Journal of Psychiatry*, vol. 13, 2010, pp. 132-139.
[45] Vezi mai sus, p. 34.
[46] Date obţinute din baza de date a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, *Atlas: Country profiles on mental health resources,* 2005, disponibil pe: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/
[47] Vezi mai sus, p. 30.
[48] Burns, J. K., Jhazbhay, K. şi Emsley, R. A., *Causal attributions, pathway to care and first-episode psychosis: a South African perspective*, în *International Journal of Social Psychiatry*, 2010, doi:10.1177/0020764010390199
[49] *Ibid*.
[50] V. Mbewe, E., Haworth, A., Welham, J., Mubanga, D., Chazulwa, R., Zulu, M. M., Mayeya, J. şi McGrath, J., *Clinical and demographic features of treated first-episode psychotic disorders: a Zambian study*, în *Schizophrenia Research*, vol. 86(1), 2006, pp. 202-207; Chong, S. A., Mythily, S., Lum, A., Chan, Y. H. şi McGorry, P., *Determinants of duration of untreated psychosis and the pathway to care in Singapore*, în *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 51(1), 2005, pp. 55-62; şi Sharifi, V., Kermani-Ranjbar, T., Amini, H., Alaghband-rad, J., Salesian, N. şi Seddigh, A., *Duration of untreated psychosis and pathways to care in patients with first-episode psychosis in Iran*, în *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 3(2), 2009, pp. 131-136.
[51] Vezi mai sus, p.48.
[52] Mkize, L. P. şi Uys, L. R., *Pathways to mental health care in KwaZulu-Natal*, în *Curationis*, vol. 27(3), 1994, pp. 62-71.
[53] V. Thornicroft, G., *Stigma and discrimination limit access to mental health care*, în *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 17(1), 2008, pp. 14-19.
[54] Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar, D. şi Underhill, C., *Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries*, în *The Lancet*, vol. 370, Issue 9593, 2007, pp. 1164-1174.
[55] Vezi mai sus, p.4.
[56] McCrea, N. L., *An analysis of South Africa's mental health legislation*, în *The National Law Review*, 2010, disponibil pe: http://www.natlawreview.com/article/analysis-south-africa-s-mental-health-legislation
[57] Constituţia Republicii Africa de Sud, Capitolul 2: 9.3, disponibil pe: http://www.info.gov.za/documents/constitution/1996/96cons2.htm#9
[58] Vezi mai sus, p. 9.
[59] Yamin, A. E. şi Rosenthal, E., *Out of the shadows: Using human rights approaches to secure dignity and well-being for people with mental disabilities*, în *PLOS Medicine*, vol. 2(4), 2005, pp. 296–298.
[60] Vezi mai sus, p.2.
[61] *Ibid*.
[62] Goodley, D., *Empowerment, self-advocacy and resilience*, în *Journal of Intellectual Disability*, vol. 9(4), 2005, pp. 333-343.
[63] Vezi mai sus, p.59.
[64] Vezi mai sus, p.5.
[65] Lancet Global Mental Health Group, *Scale up services for mental disorders: A call for action*, în *The Lancet*, vol. 370, Issue 9594, 2007, pp. 1241–1252.
[66] De exemplu, sănătatea mentală lipseşte în mod notoriu din Obiectivele de dezvoltare ale mileniului (ODM). Pentru o critică în acest sens, vezi Miranda, J. J. şi Patel, V., *Achieving the millennium development goals: Does mental health play a role*?, în *Public Library of Science Medicine*, vol. 2(10), 2005, pp. 962–965. Miranda şi Patel au arătat că deşi dizabilitatea mentală are un impact atât direct, cât şi indirect asupra a trei din ODM-uri – eradicarea sărăciei extreme şi a foamei; reducerea mortalităţii infantile; precum şi îmbunătăţirea sănătăţii maternale. Cu toate acestea, dacă ar fi luate în considerare multiplele efecte ale dizabilităţii mentale asupra dezvoltării sociale şi economice, la nivel de individ şi de comunitate, devine evident faptul că lupta cu dizabilităţile mentale şi reducerea morbidităţii generate de acestea va contribui la realizarea majorităţii ODM-urile. Omiterea problemelor ce ţin de sănătatea mentală de pe agenda ODM este un exemplu clar al inegalităţii şi discriminării existente chiar în cadrul discursului privind practicile de sănătate şi dezvoltare în sine.
[67] Vezi mai sus, p.59.
[68] *Ibid*.

MĂRTURIE

"În 2005 guvernul a emis un regulament care îi permitea să demoleze casele fără a cere permisiunea sau a informa în prealabil locatarii lor. De atunci, autoritățile au demolat în mod constant casele din satele „nerecunoscute". Reprezentanții acestora vin dimineață când soțul este plecat, acasă fiind doar femeia și copiii mici"

Khadra Elsana

Femeile din Negrev: Mărturiile Reprezentantelor unei Organizaţii de Femei Beduine

Photo ctredit: Sidreh-Lakiya

Femeile din Negrev: mărturiile reprezentantelor unei organizaţii de femei beduine. Beduinii din deşertul Negrev sunt una dintre cele mai dezavantajate minorităţi din Israel. În număr de 160.000-180.000, aceştia sunt excluşi în mod sistematic din societatea israeliană, fiindu-le refuzate drepturile şi standardele de viaţă de care se bucură majoritatea populaţiei. Aproape jumătate din populaţia beduină locuieşte în sate "nerecunoscute" (în număr de 45), iar restul – în 7 sate planificate de guvern, stabilite începând cu anul 1968[1], şi 9 sate "recunoscute" de guvern începând cu anul 1999[2]. Mai devreme, pământurile le-au fost confiscate de Statul Israel, iar ei au fost strămutaţi. Beduinii dispun de cetăţenia Israelului, dar cei care trăiesc în satele "nerecunoscute" nu îşi au domiciliul înregistrat, ceea ce constituie un impediment în accesarea serviciilor. Condiţiile de trai din satele "nerecunoscute" sunt proaste: lipsesc conductele de aprovizionare cu apă, curentul electric, serviciile de transport. Şi în satele "recunoscute" serviciile sunt subdezvoltate, fiind prezente doar şcolile primare şi unităţile medicale de bază[3]. Cel mai îngrijorător însă este faptul că locuinţele din satele "nerecunoscute" sunt supuse unui pericol continuu de a fi demolate – statul israelian a adoptat recent un şir de reglementări restrictive în acest sens şi a pornit o campanie amplă de evacuare a sate întregi, lăsând locuitorii fără adăpost[4].

Rata şomajului în rândul beduinilor e mai mare decât în orice altă comunitate din Israel. În rândul femeilor această rată este extrem

de înaltă, în câmpul muncii fiind încadrate mai puţin de 10%[5]. Această situaţie este agravată de nivelul foarte scăzut de ştiinţă de carte (aproape 90% dintre femeile beduine sunt analfabete), de o prevalenţă înaltă a practicilor tradiţionale, precum poligamia, şi de o incidenţă înaltă a maladiilor, în special a celor legate de stres, cum ar fi hipertensiunea[6]. Majoritatea fetelor nu îşi continuă studiile după şcoala primară[7]. Femeile beduine sunt supuse discriminării multiple atât pe criteriul etnic, cât şi pe cel de gen. Mass-media israeliană le prezintă ca fiind primitive şi înapoiate. Participarea lor politică este extrem de joasă.

Photo ctredit: Sidreh-Lakiya

Sidreh este o organizaţie a femeilor beduine din deşertul Negev din Israel[8]. Avându-şi sediul în satul Lakiya, organizaţia a fost fondată cu 12 ani în urmă cu scopul de a abilita femeile beduine prin intermediul iniţiativelor educaţionale şi al celor bazate pe promovarea drepturilor. Activităţile organizaţiei se axează pe dezvoltarea economică, sporirea conştientizării şi advocacy, abilitare socială şi educaţie. Sidreh conlucrează cu mai multe organizaţii atât din Israel, cât şi de pe teritoriile

Photo ctredit: Sidreh-Lakiya

Photo ctredit: Sidreh-Lakiya

palestiniene ocupate şi de peste hotare. Programul său educaţional, recunoscut de Ministerul Educaţiei, a avut ca rezultat o sporire considerabilă a ştiinţei de carte şi a frecvenţei şcolare în rândul femeilor participante. O parte din activitatea organizaţiei este dedicată antreprenoriatului social, concentrat în jurul Proiectului de Croşetare din Lakiya Negev. Proiectul

permite unui număr de peste 70 de femei să își folosească abilitățile de croșetare și brodare în fabricarea unor produse de calitate înaltă, care sunt comercializate pe piețele interne și externe. Mai important însă este faptul că această activitate le oferă femeilor beduine o viață socială și o sursă de venit, le permite să își formeze un șir de abilități: de utilizare a tehnologiilor informaționale, în contabilitate, de administrare, de conducere a automobilului.

Reprezentând The Equal Rights Trust, Vania Kaneva s-a întâlnit cu două femei care administrează organizația Sidreh – Khadra Elsana și Hala Abu Shareb – și a obținut de la ele următoarele mărturii, care sunt reproduse mai jos.

Mă numesc Khadra, am patru copii și locuiesc în Lakiya, un sat situat în partea de nord a deșertului Negev din Israel. Lucrez la Sidreh. Organizația noastră poartă numele unui copac care crește în pustiu. Am ales acest nume fiindcă reprezintă femeile din comunitatea noastră, care sunt puternice precum un arbore, în pofida situației dificile cu care se confruntă. Activitatea organizației vizează câteva domenii: dezvoltare economică, educație, sănătate și asigurare cu locuri de trai. Am fondat organizația în anul 1997 împreună cu un mic grup de femei din întregul Negev. Am vrut să realizăm o schimbare în comunitatea noastră, ca femeile să fie mai implicate, să le încurajăm să participe în viața acesteia și să le formăm abilitățile necesare de a o face. Primele activități pe care le-am realizat erau orientate spre dezvoltarea unor abilități care să le permită femeilor să își revendice drepturile, atât în comunitate, cât și de la guvern.

Avem diferite proiecte. Cel cu croșetarea,

Photo ctredit: Sidreh-Lakiya

unul de dezvoltare economică, a fost primul proiect din Negev, dar şi din Israel, bazat pe modelul de antreprenoriat social şi pe ideea că deprinderile simple, precum croşetarea, pot fi folosite pentru a abilita femeile. Participând în acest proiect, femeile obţin independenţă şi încredere, devenind mai puternice din toate punctele de vedere – personal, economic şi social. Astăzi proiectul susţine 70 de femei din întregul Negev.

Photo ctredit: Sidreh-Lakiya

Jumătate din beduinii din Negev trăiesc în sate „nerecunoscute", care se află într-o situaţie foarte rea. Ele nu dispun de servicii de bază – electricitate, conducte de apă, drumuri, servicii de transport şi şcoli medii. Nici măcar de clinici – doar câteva dintre satele „nerecunoscute" au puncte medicale, dar acestea nu sunt întotdeauna deschise. Există un singur medic de profil general pentru întregul sat, iar doctorii specialişti în sănătatea femeilor şi copiilor lipsesc. Satele nefiind conectate la electricitate, spitalele sunt alimentate de generatoarele electrice doar câteva ore pe zi, de aceea nu dispun de majoritatea medicamentelor şi vaccinurilor, deoarece nu pot fi depozitate în astfel de condiţii.

Peste 80% din femeile beduine, cu vârsta de 30 de ani şi mai mult, sunt analfabete, mai ales în localităţile „nerecunoscute". Prima şcoală din Negev a fost construită în anul 1979, şi nu toate femeile au frecventat-o – era prea recentă pentru ele. 77% din fetele beduine din satele „nerecunoscute" abandonează studiile după şcoala primară sau după clasa a şasea. Principalul motiv este lipsa şcolilor medii în satele „nerecunoscute". Pentru a-şi continua studiile, fetele trebuie să meargă în cel mai apropiat din cele 7 sate cu statut recunoscut. Părinţilor le este frică să-şi trimită fiicele într-o altă familie, mai ales dat fiind faptul că şcolile adesea îşi primesc denumirile de la familiile sau triburile locale, ceea ce poate cauza probleme. În orice caz, calitatea predării în aceste şcoli medii este foarte proastă, iar clasele şi şcolile sunt supraaglomerate. Mai puţin de 10% din elevii beduini – fete şi băieţi – care absolvesc aceste şcoli îşi continuă studiile în instituţiile de învăţământ superior. Ei nu sunt pregătiţi îndeajuns pentru a susţine examenele de înmatriculare în universităţi.

Munca noastră în domeniul educaţional a început cu 10 ani în urmă. De atunci am învăţat 1400 de femei să citească şi să scrie în arabă. 1600 de femei au absolvit învăţământul secundar prin proiectul nostru, implementat în satele „nerecunoscute". Organizaţia oferă lecţii pentru femeile analfabete din aceste sate, atât în ebraică, cât şi în arabă. Toate serviciile din Israel sunt în limba ebraică – spitalele, băncile, oficiile poştale, de aceea femeile doresc să o înveţe. Avem şi o grupă pentru doritoarele de a-şi finisa studiile. Instruim mai ales fetele care au abandonat şcoala, dar doresc să obţină studii secundare şi să intre la universitate. Nu există vreun curri-

culum pentru acest tip de educaţie. Suntem prima şi unica organizaţie care a creat un astfel de program, ce corespunde necesităţilor şi grijilor femeilor beduine şi care este relevant pentru ele. Conform unor teorii, cea mai bună metodă de predare este cea de a te axa pe preocupările şi prolemele importante pentru cei pe care-i înveţi şi pe lucrurile cu care ei se ocupă zi de zi. Organizaţia oferă şi instruiri pentru învăţători, care sunt, de regulă, fete beduine cu abilităţi academice, dar care au nevoie de învăţare continuă pentru a-şi dezvolta aptitudinile. Atunci când venim într-un sat nu o facem doar pentru a instrui, organizăm şi prelegeri pe diferite teme, inclusiv drepturile omului. Am invitat jurişti, medici şi alţi profesionişti ca să susţină discursuri. Uneori chiar femeile solicită o anumită temă.

Oferim femeilor instrumente pentru a dezvolta propriile comitete – comitete de femei în fiecare sat – prin care să-şi poată revendica drepturile. Odată, după o prelegere organizată de noi, femeile s-au adunat şi au decis să scrie o scrisoare Ministerului fiindcă în satul lor nu erau urne de gunoi. Au scris această petiţie din proprie iniţiativă, dar semnificativ este că ele îşi cunoşteau drepturile şi interesele, au ştiut cum să ceară şi de la cine să ceară. Guvernul nu a oferit urne – le-a răspus că vor trebui să le cumpere singure; desigur, ele nu aveau bani pentru aceasta. Dar însuşi faptul că au făcut ceva, că deja ştiu cum să revendice ceva, este foarte important.

O altă problemă majoră în satele „nerecunoscute" este demolarea caselor. În 2005 guvernul a emis un regulament care îi permitea să demoleze casele fără a cere permisiunea sau a informa în prealabil locatarii lor. De atunci, autorităţile au demolat în mod constant casele din satele „nerecunoscute". Reprezentanţii acestora vin dimineaţă când soţul este plecat, acasă fiind doar femeia şi copiii mici. Cei mai mulţi nu vorbesc ebraica şi chiar dacă ar vorbi-o, asta nu i-ar ajuta. Funcţionarii guvernului vin cu o echipă numeroasă de 30-40 de oameni – armata, poliţia, toată lumea. Doboară casa şi după aceasta trimit locatarilor contul de plată pentru "munca" pe care au făcut-o. Nu există un scop declarat al acestor acţiuni. Unicul motiv pe care-l invocă este că satul nu este recunoscut şi că acest pământ nu le aparţine posesorilor, ci statului Israel. Ei încearcă să strămute beduinii în localităţile create de guvern. Beduinii locuiesc în prezent pe un teritoriu ce reprezintă mai puţin de 2% din suprafaţa terenurilor ce le aparţineau în trecut – chiar pe aceste 2% guvernul demolează casele oamenilor. Este o experienţă traumatizantă pentru cei implicaţi. Nu li se oferă altă opţiune, alt loc de trai, fiind lăsaţi, literalmente, în stradă. În ultimul Ramadan, autorităţile au intensificat procesul, executând demolări aproape zilnic. Au distrus un sat întreg. Am organizat o acţiune de protest. Femeile noastre au mers în Ierusalim pentru a protesta împotriva demolărilor, în faţa Knesset-ului[9]. A fost prima oară când femeile beduine au participat într-un astfel de protest civil. În general, politica este considerată un domeniu al bărbaţilor, dar atunci când e vorba despre casele lor, femeile pot să-şi apere drepturile. Remarcabil este faptul că în acel protest au participat foarte multe femei.

În comunitatea noastră din Negev, discuţiile despre politică sunt prerogativa bărbaţilor. Anul trecut am decis să punem capăt acestei situaţii, să promovăm femeile în politică. În satele „recunoscute" există Consilii, în care femeile capătă un rol din ce în ce mai important, folosindu-l pentru a-şi revendica drepturile. Am organizat prima conferinţă, am promovat prima femeie arabă aleasă în Knesset şi prima persoană beduină în guvern. Am vorbit despre participarea femeilor în viaţa publică şi rolul femeilor lideri în sporirea acestei participări. Pentru prima oară am

adus acest mesaj publicului. S-a convenit că trebuie să încurajăm mai multe femei să participe în viaţa comunităţii. Am instituit primul comitet al femeilor, care va fi responsabil de vociferarea solicitărilor făcute de femei. Este vorba de politica mică, de nivel local, dar este un început. Acum există un prim centru comunitar, construit împreună cu bărbaţii – s-a decis ca acesta să deservească femeile dimineaţă, copiii la amiază şi bărbaţii seara. Este pentru prima dată când femeile au fost implicate în planificarea şi dezvoltarea propriu-zisă a satului lor – pentru prima oară s-a ţinut cont de necesităţile femeilor în această privinţă. Ele nu au nevoie de prea mult – majoritatea oamenilor îşi doresc o viaţă simplă, să poată munci pe pământurile lor şi să-şi pască animalele în pace. Dar există şi tineri, care îşi doresc o viaţă mai modernă şi un sat mai modern. Astfel, pe de o parte, există o contradicţie dintre generaţii – dintre tineri şi bătrâni – ceea ce este firesc pentru majoritatea comunităţilor, iar pe de alta, există contradicţii dintre femei şi bărbaţi. În cazul organizaţiei noastre, bărbaţii ne-au sprijinit, fiindcă avem o strategie bine pusă la punct de rezolvare a divergenţelor. Angajatele organizaţiei ştiu cum să comunice cu bărbaţii – când venim într-un sat, discutăm mai întâi cu bărbaţii şi depunem mari eforturi să-i convingem că bărbaţii şi femeile trebuie să acţioneze împreună şi să le arătăm beneficiile activităţilor noastre şi ale participării femeilor. Guvernul Israelului susţine că problema constă în bărbaţii noştri, că ei nu doresc implicarea noastră. Răspunsul nostru a fost că autorităţile trebuie să ne ofere servicii şi să ne lase să ne rezolvăm singuri problemele interne. Nu poţi pedepsi o comunitate întreagă. Guvernul trebuie să-şi facă lucrul.

Situaţia din Negev este de aşa natură încât nimeni nu se simte în siguranţă şi, ca rezultat, fiecare familie devine mai închisă şi mai izolată. Cu patruzeci de ani în urmă toate familiile erau unite, iar bărbaţii, femeile şi alţi membri lucrau împreună. Lucrurile s-au schimbat. Comunitatea este divizată în familii şi clanuri, femei şi bărbaţi. Oamenii se tem unii de alţii şi nu se simt în siguranţă. Mulţi bărbaţi nu doresc să-şi vadă femeile muncind în afara gospodăriei. Ei se simt încă responsabili de întreţinerea soţiilor şi a copiilor lor, dar nu mai sunt în stare să o facă din cauza şomajului şi a lipsei oportunităţilor de angajare. Aceasta îi frustrează, ei devenind şi mai protectivi faţă de femei.

Facem lobby atât în interiorul Israelului, cât şi peste hotare. Am scris petiţii în Knesset pe o mulţime de subiecte: şomaj, sănătate, asigurare cu locuinţe şi drepturi ale omului. Totodată, facem uz de instanţele de judecată din ţară, deşi aceasta nu a dus la nici un progres. În primul rând, avem nevoie de recunoaştere şi de o soluţie pentru chestiunea pământului. Dacă aceste probleme vor fi rezolvate, celelalte vor fi soluţionate mult mai uşor. Organizaţiile comunitare, cum e a noastră, nu pot face prea multe pentru procesul larg de consolidare a păcii, dar încercăm să promovăm recunoaşterea şi acceptarea culturii noastre şi a poporului nostru în rândul evreilor din Israel şi al străinilor care ne vizitează. Israelienii aud despre beduini din presă şi şi-au creat stereotipuri greşite despre noi, cu care încercăm să luptăm. Avem multe idei pentru a depăşi situaţia şi a uni oamenii. Una dintre modalităţile prin care le împărtăşim este ziarul nostru. La moment, acesta apare doar în arabă, dar planificăm să-l editäm şi în ebraică, astfel încât populaţia evreiască să afle cine suntem. Ziarul nostru ajunge la unii arabii ne-beduini din Israel şi ei s-au arătat miraţi. Au şi ei stereotipuri despre noi, considerându-ne oameni mai simpli. Ziarul nostru încearcă să-i informeze despre noi. Diferenţa în dezvoltare dintre noi şi ceilalţi palestinieni din Cisiordania şi din Israel este de mai puţin de 50 de ani.

Principala provocare pentru organizația noastră și, în general, pentru societatea civilă din Negev este finanțarea. Avem calea și viziunea noastră. Știm unde vrem să ajungem. Avem o strategie de lucru cu comunitățile noastre, cu guvernul și cu structurile comunității internaționale, dar avem nevoie de susținere. Învățăm din tot ceea ce facem, din experiențele noastre, dar trebuie să facem eforturi enorme pentru a obține finanțare.

[1] Cele 7 sate planificate de guvern sunt al-Shba, Rahat, Laqiya, Ar'ara al-Naqab, Qseifa, Houra și Shqueb al-Salam (Segev-Shalom).

[2] Cele 9 sate "recunoscute" sunt Um-Batin, Gassar al-Ser, Al-Grain, Um-Matnan (Abu Krinat), Bir Hadaj, Makhul, Wadi Gowein (Mulada), Tarabin și Drijat.

[3] Forul Coexistenței pentru Egalitatea Civică din Negev (The Negev Coexistence Forum for Civil Equality), *The Arab-Bedouin in the Negev-Naqab Desert in Israel: Response to the Report of the State of Israel on Implementing the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) / Arabii beduini din deșertul Negev-Naqab din Israel: răspuns la raportul statului Israel referitor la implementarea Pactului Internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale*, octombrie 2010, disponibil la: http://www.phr.org.il/uploaded/Final_Shadow_report_ESCR_1Nov_10.pdf.

[4] Human Rights Watch, *Off the Map: Land and Housing Rights Violations in Israel's Unrecognized Bedouin Villages / Șterși de pe hartă: încălcarea drepturilor la proprietate asupra pământului și la locuință în satele de beduini nerecunoscute din Israel* , 30 martie 2008, disponibil la: http://www.hrw.org/en/reports/2008/03/30/map; *Israel police raze 'illegal' Bedouin village in Negev/Poliția israeliană demolează un sat beduin „ilegal" din Negev,* BBC News, 27 iulie 2010, disponibil la: http://www.bbc.co.uk/news/world-middle-east-10777040

[5] Sinai, R*., 66% of Negev Bedouin Live below Poverty Line / 66% din beduini din Negevi trăiesc sub pragul sărăciei*, Haaretz, 15 ianuarie 2007, disponibil la: http://www.haaretz.com/print-edition/news/66-of-negev-bedouin-live-below-poverty-line-1.210067

[6] Sidreh, *Data on the Bedouin Women of the Negev / Date despre femeile beduine din Negev*, disponibil la: http://www.lakiya.org/121194/Data-on-theBedouin-Women-of-the-Negev

[7] Ibid.

[8] Pentru mai multe informații, consultați pagina web a organizației Sidreh: http://www.lakiya.org/

[9] Knesset-ul este parlamentul Israelului.

INTERVIU

"În interpretarea mea, dreptul în cauză este o prerogativă a persoanei și o obligație corelativă a societății de a asigura distribuirea factorilor determinanți ai sănătății într-un mod ce ar fi echitabil pentru toată lumea. Prin urmare, este nevoie de o înțelegere prealabilă a conceptelor de justiție socială pentru a ne clarifica în ce constă această distribuire"

Norman Daniels

"Nucleul dreptului la sănătate este un sistem de sănătate echitabil, integrat, sensibil și eficient, care să fie accesibil tuturor și să asigure calitatea"

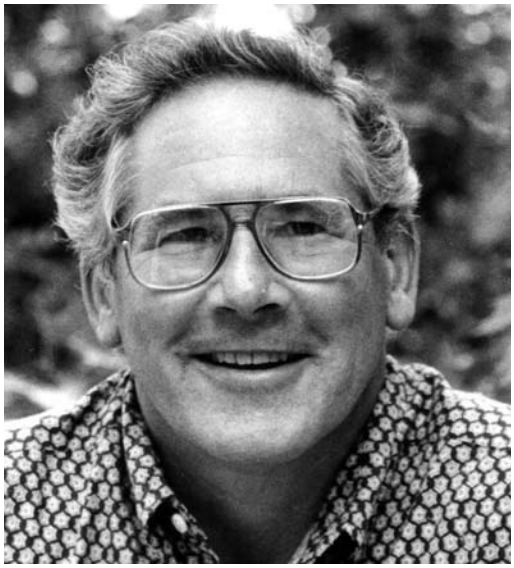
Paul Hunt

Justiția, Egalitatea şi Echitatea în Sănătate din Perspectiva Politicilor din Domeniu şi a Legislației privind Drepturile Omului

Atunci când citeşti lucrările fundamentale la tema justiției în sănătate, cele din domeniile drepturilor omului şi politicilor de sănătate, ți se creează strania impresie că te afli între două lumi paralele. Diferite contexte, tradiții intelectuale, cadre conceptuale şi argumente, deşi pornesc pe căi separate, par a fi alimentate de preocupări similare pentru ceea ce ar trebui să facă societatea ca să satisfacă necesitățile de sănătate ale oamenilor.

ERT a purtat o discuție cu Norman Daniels, profesor de Etică şi Sănătate a Populației în cadrul Departamentului Sănătate Globală şi Populație, Facultatea de Sănătate Publică a Universității din Harvard, şi cu Paul Hunt, profesor la Facultatea de Drept (Centrul pentru Drepturile Omului) a Universității din Essex, fost raportor special al Națiunilor Unite pentru dreptul la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate fizică şi mentală (august 2001-iulie 2008). Cu profesorul Daniels am discutat la telefon, înregistrând răspunsurile şi, mai apoi, transcriindu-le. Profesorul Hunt ne-a oferit în scris răspunsurile la câteva întrebări la temă. Ambii au văzut răspunsurile celuilalt, chiar dacă nu au avut posibilitatea de a se angaja într-un dialog direct. Cu toate acestea, fiecare cuvânt de mai jos le aparține şi fiecare întrebare este prezentată exact în forma în care a fost pusă. Totuşi, interviul dublu prezentat în continuare este unul „fabricat" şi, deşi nu poate crea un dialog propriu-zis între juriştii din domeniul dreptului internațional al drepturilor omului şi experții în politici de sănătate, poate, cel puțin, demonstra necesitatea unei astfel de abordări.

ERT: Dle profesor Daniels, vă număraţi printre experţii de autoritate în domeniul justiţiei şi echităţii în sănătate. Cum aţi devenit interesat de acest domeniu?



Norman Daniels: Interesul meu iniţial pentru filozofia politică m-a condus la studiul teoriilor justiţiei, scopul fiind de a determina care dintre ele sunt mai fundamentate. Am constatat că, în acel moment, exista un consens mai larg referitor la felul în care ar trebui să fie distribuită asistenţa medicală decât în cazul celorlalte bunuri sociale, astfel încât sănătatea oferea răspunsuri mai concluzive privitor la modul în care ar trebui să se producă o astfel de distribuţie. Mai târziu, am realizat că a fost o decizie puţin naivă, dar totuşi a fost ceea ce m-a făcut să meditez asupra legăturii dintre justiţie şi sănătate. Aşadar, calea mea în acest domeniu a pornit de la anumite considerente teoretice. Ulterior, interesul meu pentru sănătate şi asistenţă medicală a evoluat pe o traiectorie separată.

ERT: Dle profesor Hunt, sunteţi printre experţii de frunte în domeniul dreptului la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate (sau, pe scurt, al „dreptului la sănătate"). Ne puteţi spune ce V-a determinat să Vă implicaţi în această sferă şi de ce o consideraţi importantă pentru cercetare şi acţiune?

Paul Hunt: Timp de câţiva ani m-am axat pe drepturile civile şi politice clasice, dar la începutul anilor '90 mi-am îndreptat atenţia asupra drepturilor economice, sociale şi culturale. La acel moment, respectiva categorie de drepturi era neglijată în mod grosolan aproape de toţi – ONU, instanţele de judecată, instituţiile naţionale din domeniul drepturilor omului, organizaţiile neguvernamentale ş.a.m.d. În ceea ce priveşte profesioniştii activi în domeniul drepturilor economice, sociale şi culturale – lucrătorii din sănătate şi educaţie, nutriţioniştii, majoritatea nici nu au auzit despre drepturile la sănătate, educaţie sau alimentaţie. Şi nici nu au avut de unde! Practic, nimeni nu vorbea despre ele. Cu toate acestea, drepturile economice, sociale şi culturale reprezintă un element central al Cartei internaţionale a drepturilor omului, precum şi al numeroaselor constituţii naţi-

onale. Aveam impresia că nu este corect din partea comunităţii drepturilor omului să privilegieze drepturile civile şi politice în detrimentul celor economice, sociale şi culturale.

Desigur, nu întâmplător aceste drepturi trecute cu vederea erau foarte importante pentru anumite comunităţi neglijate, în particular cele dezavantajate şi sărace. Primul drept din categoria drepturilor economice, sociale şi culturale despre care am scris a fost dreptul la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate, anume din cauza că realizarea acestuia este (literalmente) o chestiune de viaţă şi de moarte, care poate fi prevenită, în cazul a miliarde de oameni din întreaga lume.

ERT: Dat fiind faptul că mandatul Dvs. în calitate de raportor special al ONU a fost unul larg şi complex, iar resursele foarte limitate, cum V-aţi organizat lucrul la acel moment?

Paul Hunt: Înainte de a-mi stabili obiectivele de raportor special, m-am consultat asupra subiectului şi mi-am fixat trei scopuri principale. Primul – să ridic statutul dreptului la sănătate ca drept fundamental al omului, al doilea – să clarific obligaţiile juridice ce rezultă din dreptul la sănătate şi al treilea – să identific metodele de punere în aplicare a acestui drept al omului. Pe lângă aceasta, am decis să mă axez pe două teme: sărăcia în raport cu dreptul la sănătate şi discriminarea/inegalitatea în raport cu dreptul la sănătate. Pe parcursul a şase ani, aceste trei scopuri şi două teme au stat la baza celor peste treizeci de rapoarte ale mele prezentate Organizaţiei Naţiunilor Unite. Ele reflectă aspectele pe care le-am identificat drept provocări majore în anul 2002, dar care, totodată, rămân a fi provocări şi astăzi.

Am elaborat rapoarte despre respectarea dreptului la sănătate în ţările pe care le-am vizitat, am pregătit rapoarte tematice, de exemplu privind mortalitatea maternă, şi am atenţionat guvernele asupra numeroaselor plângeri pe care le-am primit de la simpli cetăţeni vizînd încălcarea dreptului lor la sănătate[1].

ERT: Cum aţi abordat problema echităţii, egalităţii şi corectitudinii în rapoartele Dvs.?

Paul Hunt: Am ales cele două teme – sărăcia şi nediscriminarea – anume din considerentul ca echitatea, egalitatea şi corectitudinea să facă obiectul muncii mele.

Aceste probleme au condus la elaborarea unor rapoarte tematice speciale, cum ar fi Raportul Adunării Generale a ONU privind dizabilitatea mentală şi Raportul Comisiei ONU pentru Drepturile Omului privind sănătatea sexuală şi reproductivă. Totodată, ele au determinat elaborarea unor rapoarte speciale de ţară, cum ar fi Raportul privind maladiile neglijate în Uganda, din categoria acestora făcând parte maladiile de pe urma cărora suferă mai ales cele mai sărace persoane din cele mai sărace ţări. Echitatea, egalitatea şi corectitudinea au mai determinat şi anumite rapoarte privind persoanele nedocumentate din Suedia şi populaţiile indigene din Peru. În mod sigur, şi atunci când am scris despre probleme precum accesul la medicamente, am luat în considerare echitatea, egalitatea şi corectitudinea, fiindcă reprezintă aspecte-cheie ale dreptului la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate. În 2008 am depus la Adunarea Generală ONU un *Ghid al drepturilor omului pentru companiile farmaceutice în raport cu accesul la medicamente*, care includea prevederi referitoare la persoanele, comunităţile şi populaţiile dezavantajate; aceste prevederi sunt bazate în mod expres pe conceptul drepturilor omului din perspectiva egalităţii şi a non-discriminării. În anul ce a urmat, am aplicat aceste prin-

cipii unor politici şi programe specifice ale GlaxoSmithKline, atunci când am examinat responsabilităţile privind dreptul la sănătate ale acestei mari companii farmaceutice.

Rapoartele mele reamintesc statelor, şi nu numai, că sunt obligate prin lege să asigure accesul la servicii de sănătate fără a discrimina, aceasta însemnînd că ele trebuie să dispună de programe pro-active (de *outreach*) pentru persoanele şi comunităţile dezavantajate, programe ce ar fi sensibile, de exemplu, la contextul cultural şi de gen.

ERT: Numiţi principalele obstacole cu care V-aţi confruntat în promovarea echităţii, egalităţii şi corectitudinii.

Paul Hunt: Multe guverne nu dispun de sisteme informaţionale eficiente în domeniul sănătăţii, care le-ar permite să cunoască statutul de sănătate al indivizilor şi populaţiilor din jurisdicţia lor. Adesea, absenţa informaţiilor de încredere în domeniul sănătăţii afectează întreg teritoriul ţării, inclusiv grupurile dominante ale populaţiei. Dar problema colectării datelor este mai gravă în cazul populaţiilor dezavantajate, cum ar fi minorităţile etnice, populaţiile indigene, populaţia săracă din mediul rural şi urban, lucrătorii migranţi etc. Chiar dacă există, datele de obicei nu sunt dezagregate regulat şi temeinic conform criteriilor de sex, etnie, origine rurală/urbană, vârstă, grup socio-economic ş.a.m.d. În mod evident, situaţia respectivă conduce la dificultăţi în formularea şi implementarea de politici eficiente, programe şi proiecte de sănătate, care să includă aceste grupuri dezavantajate.

În pofida neajunsurilor în gestionarea datelor, sunt de părere că toate statele pe care le-am monitorizat ar putea face mult mai mult pentru a pune în practică programe de *outreach* în domeniul sănătăţii, care să asigure accesul celor dezavantajaţi şi săraci la programele de sănătate. În mod sigur, mai multă informaţie privind sănătatea ar face aceste programe mai exacte şi mai eficiente. Majoritatea guvernelor dispun de suficiente informaţii pentru a concepe programe mai eficiente de includere a persoanelor vulnerabile decât cele existente la moment.

De asemenea, deşi guvernele au obligaţia oficiale de a lărgi accesul la serviciile de sănătate pentru toate categoriile de populaţie, aceste obligaţii sunt foarte rar luate în seamă în procesul de elaborare a politicilor şi nici revendicate în faţa instanţelor de judecată şi a altor mecanisme de adjudecare.

ERT: Dle profesor Daniels, care sunt, după părerea Dvs., principalele provocări cu care se confruntă Statele Unite, dar şi întreaga lume, în domeniul egalităţii şi echităţii în sănătate?

Norman Daniels: În opinia mea, problema Statelor Unite este diferită de cea a multor altor ţări din cadrul Organizaţiei pentru Cooperare şi Dezvoltare Economică, precum şi de cea a ţărilor cu venit mediu şi jos. Statele Unite s-au angajat într-o măsură mai mică să presteze servicii medicale echitabile decât în cazul altor servicii şi bunuri. În cele mai multe ţări din Europa şi din cadrul Comunităţii Britanice a Naţiunilor este instituită asigurarea medicală universală a populaţiei. În Statele Unite însă acest model a constituit un subiect major de dezbateri. Chiar recent, la 19 ianuarie 2011, republicanii, care recăpătaseră de ceva timp controlul asupra Camerei Reprezentanţilor, au votat pentru oprirea reformei sistemului de sănătate întreprinsă de Obama, care a redus doar parţial deficitul de asigurare, nu la nivel universal. În general, în Statele Unite există interese puternice şi influente care urmăresc mai mult obţinerea de venituri din sistemul de sănătate de-

cât echitatea în cadrul sistemului şi care se opun acoperirii universale a serviciilor de sănătate. Politizarea acestei teme într-o manieră partizană reprezintă un mare eşec, dar această situaţie într-adevăr reflectă neînţelegerile de durată dintre conservatori, liberali şi centrişti. Trebuie să existe un rol al statului în asigurarea serviciilor de sănătate pentru populaţie. Prin urmare, consider că anume aceasta este o problemă continuă şi destul de gravă.

Multe alte ţări prospere întreprind eforturi speciale pentru consolidarea unor sisteme de sănătate publică mai echitabile din punctul de vedere al distribuţiei serviciilor. Din păcate, în ultimii 30 de ani aşa şi nu am învăţat de la epidemiologia socială că distribuţia sănătăţii într-o populaţie nu este doar rezultatul distribuţiei serviciilor de sănătate. Există inegalităţi semnificative de sănătate în toate statele, indiferent de faptul dacă acestea dispun de asigurare universală sau nu. De exemplu, distribuţia educaţiei, a locurilor de muncă, a spaţiului locativ şi a oportunităţilor politice , inclusiv a participării politice, pot avea un impact semnificativ asupra distribuţiei sănătăţii în societate. Astfel, inegalităţile în ceea ce priveşte starea de sănătate a persoanelor în ţările prospere reflectă unele dintre aceste inegalităţi de ordin social, economic şi politic, în pofida acoperirii universale a serviciilor de sănătate. Consider că în multe ţări există încă numeroase probleme. Dar în multe dintre ele, acolo unde este instituită cel puţin asigurarea universală a serviciilor medicale în cadrul sistemului de sănătate, se conştientizează din ce în ce mai mult faptul că există alţi factori relevanţi, pe care i-am identificat mai devreme. Iar acest lucru arată că se întreprind eforturi pentru a face ca politicile de sănătate să fie mai echitabile.

ERT: Există vreo ţară în lume care să poată fi considerată, în prezent, lider în asigurarea echităţii în domeniul sănătăţii? Cum evaluaţi situaţia altor ţări prospere, de exemplu a celor din Europa de Vest, dar şi a Australiei, Canadei, Noii Zeelande? Aveţi vreo preferinţă din acest punct de vedere?

Norman Daniels: Nu, nu am o ţară favorită. Eforturile sunt diferite în ţări diferite. Sunt câteva state care au recurs la abordări rezonabile şi reuşite. Sunt, de exemplu, impresionat de eforturile Norvegiei şi Suediei. De asemenea, există preocupări serioase în Regatul Unit în ceea ce priveşte distribuirea echitabilă a serviciilor de sănătate, rezultatele fiind mai bune decât în alte state. Există câteva ţări care, după părerea mea, au rezultate relativ bune în promovarea egalităţii în domeniul sănătăţii.

ERT: În trecut aţi fost recunoscut pentru concepţia Dvs. precum că justiţia în domeniul sănătăţii trebuie să fie bazată pe o egalitate echitabilă a oportunităţilor. Dat fiind faptul că egalitatea echitabilă a oportunităţilor nu are o definiţie universal acceptată, aţi putea să explicaţi felul în care acest principiu ar trebui să fie transferat în procesul de adoptare a deciziilor cu privire la normare în sistemul de sănătate şi dacă, în genere, ar trebui să fie transferat? Ce înseamnă să faci o alegere privind normarea în sănătate, astfel încât această alegere să promoveze o egalitate echitabilă a oportunităţilor?

Norman Daniels: În primul rând, aş vrea să pun la îndoială ipoteza pe care se bazează întrebarea Dvs. Este adevărat că încerc să argumentez că un principiu general de protejare a oportunităţilor, şi, probabil, chiar principiul Rawlsian al egalităţii echitabile a oportunităţilor, este unul potrivit. Un astfel de principiu general oferă o perspectivă largă asupra temeiurilor pe care se bazează obligaţia de a

proteja sănătatea populației. Dar vreau să fiu înțeles corect. Consider, totuși, că acest principiu nu poate da răspuns la un șir de întrebări ce țin de alocarea resurselor și de normare. Din acest motiv, am afirmat că principiul egalității echitabile a oportunităților trebuie să fie suplinit cu un proces deliberativ bazat pe echitate. Există o divergență rezonabilă de opinii privind modul în care trebuie promovată egalitatea oportunităților în prestarea serviciilor de sănătate unei populații, de aceea trebuie să existe un mecanism pentru rezolvarea acestor divergențe. Într-o carte mai veche, Just Health Care (*Justiția în ocrotirea sănătății*)[2], într-adevăr am exprimat convingerea că principiul egalității oportunităților poate da răspuns la o mulțime de întrebări ce țin de normare, dar nu mai cred asta și am infirmat această convingere anterioară în ultimul deceniu[3].

ERT: Întrucât nu credeți că principiul egalității echitabile a oportunităților ar putea fi de ajutor în luarea deciziilor cu privire la normare, considerați că este posibil și dezirabil să identificăm un set de principii substanțiale, în baza cărora ar putea fi luate astfel de decizii?

Norman Daniels: Nu sunt sigur că ar fi posibil să convenim asupra unui anumit set de principii, fiindcă, deși există factori pe care îi putem considera foarte importanți în adoptarea deciziilor privind alocarea resurselor – cum ar fi, de exemplu, gravitatea bolii, prevalența acesteia și mărimea beneficiului pe care îl putem asigura prin intervenție – astfel de considerente interacționează și se compensează reciproc într-o manieră foarte complexă. În mod rezonabil, există diferite păreri privind felul în care ar trebui evaluați acești factori sun aspectul raportului dintre ei și, de aceea, deși consider că ar fi bine să ajungem la un set de principii, nu cred că suntem în poziția de a o face. Avem nevoie de mai multă practică în luarea deciziilor asupra unor cazuri specifice, într-un context concret, în care au loc astfel de relaționări reciproce. Poate așa vom putea înțelege cum să reconciliem aceste principii, astfel încât să formăm, cu timpul, o bază pe care să ne fondăm deciziile privind normarea. Aceasta ar putea însemna alinierea noastră la un sistem echitabil de normare, dar nu cred că putem, la moment, să cădem de acord asupra modului în care să realizăm acest deziderat. Anume din acest considerent trebuie să ne concertăm acum asupra obținerii unui proces deliberativ echitabil.

ERT: Vorbind despre activitățile Dvs. de promovare a unui proces echitabil de deliberare, cum ne putem asigura că nu vom reproduce în cadrul acestui proces raporturile de putere care există în societate? Cum poate un proces deliberativ transcende structurile fundamentale de dominație și putere din societate? Oare deliberarea nu legitimează, mai degrabă, status quo-ul decât transcende o societate inechitabilă și injustă?

Norman Daniels: Nu cred că poate exista vreo garanție ca un proces deliberativ să transcendă relațiile de putere din societate. Orice proces democratic poate reflecta aceste relații. O astfel de deliberare va fi mereu supusă riscului parțialității. Dar avem alternativă? Un grup de experți care să se întrunească și să ia aceste decizii de unii singuri, fără constrângeri impuse de actorii sociali? Cu toții ne dăm seama că acești experți vor reflecta unele raporturi de putere din societatea dată. Întrebarea este dacă există o cale rezonabilă, chiar și complicată, prin care să ajungem la sporirea legitimității și a echității. Cred că o astfel de întrebare ar contribui la oricare dintre alternativele pe care le avem la îndemână. Există, desigur, o mulțime de întrebări despre modalitatea de elaborare și

gestionare a unui astfel de proces de luare a deciziilor, pentru a preveni, de exemplu, influenţa pe care o pot avea oamenii carismatici asupra celorlalţi, deţinând astfel o putere necuvenită în procesul respectiv. Instituirea de comisii care să includă puterile existente în societate ar putea servi la copierea structurii de puteri existentă, cooptînd procesul deliberativ democratic.

Pe de altă parte, am putea experimenta diferite mecanisme, pentru a vedea care dintre ele produce un rezultat mai bun. Dar aceasta ar impune o întrebare complicată: Cum determinăm ce este un rezultat mai bun? Şi cum putem aduna probe care să demonstreze ce proceduri democratice funcţionează mai bine? Dacă am fi ştiut ce contează cu adevărat ca rezultat echitabil, nu ar fi trebuit să căutăm o procedură prin care să ajungem la acesta, cu excepţia cazului în care acesta ar fi un mod de sporire a legitimităţii, sau să ne asigurăm că venim cu o soluţie corespunzătoare pentru o problemă pentru care am stabilit în comun nişte criterii. Anume faptul că nu putem cădea de acord asupra criteriilor care să definească ceea ce se consideră un rezultat echitabil al procesului sau o distribuire echitabilă a resurselor determină necesitatea unui proces acceptat de toţi ca fiind echitabil. Şi, desigur, aceasta presupune că putem cădea de acord asupra conceptului de proces just sau echitabil. Este o întrebare empirică şi nu ştiu cum putem realiza acest deziderat, deşi mizăm pe respectivele proceduri adesea, dat fiind faptul că există atâtea neînţelegeri.

ERT: Dle Profesor Hunt, în opinia Dvs., în condiţiile unui buget finit, cum ar trebui să aleagă Ministerul Sănătăţii între o intervenţie şi alta? Cum contribuie dreptul la sănătate la prioritizarea intervenţiilor?

Paul Hunt: Uneori, se afirmă că dreptul internaţional al drepturilor omului nu permite prioritizarea şi, cu zece sau cincisprezece ani în urmă, această părere, probabil, predomina. Dar teoria drepturilor economice, sociale şi culturale a avansat în ultimii ani. De exemplu, atunci când am fost invitaţi de ONU să elaborăm ghidul pentru o abordare bazată pe drepturile omului în reducerea sărăciei, Siddiq Osmani, Manfred Nowak şi eu am ajuns la o viziune mai nuanţată şi anume că dreptul internaţional al drepturilor omului permite prioritizarea, impunând în acelaşi timp anumite condiţii acestui proces şi rezultatelor prioritizării[4].

În mod sigur, dreptul la sănătate rămâne a fi în proces de evoluţie. Un domeniu în care urmează să fie depuse încă multe eforturi este cel al definirii priorităţilor în intervenţiile din sfera sănătăţii. Economiştii şi specialiştii în etică au atras atenţia asupra definirii priorităţilor şi a normării intervenţiilor de sănătate, făcând uz de principii precum analiza cost-eficienţă şi al echităţii. Deşi nu au rezolvat dilemele existente (şi sunt departe de acest rezultat), ei au adus subiectul în cauză în atenţia publică, ceea ce trebuie să fie o lecţie pentru comunitatea drepturilor omului. Practicienii din domeniul drepturilor omului încă nu fac faţă acestor probleme complexe, prioritizarea în sfera sănătăţii adesea privilegiază populaţia urbană, prosperă, în detrimentul drepturilor celor săraci din mediul rural. În practică, prioritizarea adesea marginalizează prerogativele de sănătate ale femeilor, ale persoanelor cu dizabilităţi şi ale altor grupuri defavorizate. Această reflecţie şi adâncire a modelelor de incluziune şi excluziune încalcă dreptul la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate.

Într-un raport al Adunării Generale a ONU, din 2007, am făcut câteva observaţii prelimi-

nare despre prioritizarea şi dreptul la sănătate. Una dintre ideile-cheie era că drepturile omului implică uneori stabilirea unor priorităţi în intervenţiile de sănătate (de exemplu, cele ce rezultă din obligaţiile de bază), dar acestea impun şi un şir de considerente de procedură (de exemplu, participarea, monitorizarea şi responsabilitatea) care trebuie luate în calcul la stabilirea priorităţilor. Totodată, definirea priorităţilor trebuie să urmărească îmbunătăţirea situaţiei persoanelor, comunităţilor şi populaţiilor deosebit de dezavantajate, inclusiv cele ce trăiesc în sărăcie. În acelaşi timp, deşi aduc o contribuţie constructivă la definirea priorităţilor, drepturile omului nu oferă răspunsuri exacte la anumite chestiuni deosebit de complexe, la fel ca şi etica, economia sau teoria generală a justiţiei. Drepturile omului ar putea elimina anumite procese sau opţiuni, lăsând câteva alternative, fiecare dintre ele având propria ei legitimitate.

Deşi suntem încă în aşteptarea unei abordări exacte şi cuprinzătoare, bazate pe drepturile omului, în domeniul prioritizării în sănătate, atunci când vedem ce se întâmplă în realitate, ne este clar că majoritatea statelor nu sunt nici măcar aproape de a-şi respecta obligaţiile legal asumate, cum ar fi instituirea programelor de sănătate afirmative (de *outreach*) pentru persoanele dezavantajate şi cele sărace. Iar pentru aceasta guvernele ar trebui să poarte răspundere.

ERT: Dle profesor Daniels, în dreptul internaţional al drepturilor omului există un drept recunoscut la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate, dar nu şi un dialog între jurişti, factorii de decizie în elaborarea politicilor şi mediul intelectual din domeniul justiţiei în sănătate, un dialog privitor la conţinutul şi implicaţiile acestui drept. Ce elemente credeţi că include dreptul la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate? Consideraţi că acesta este un concept util?

Norman Daniels: Cred că putem vorbi despre o concepţie a dreptului la sănătate şi la îngrijire medicală care să fie rezonabilă. În primul rând, dreptul la sănătate nu este unul care să asigure o sănătate bună pentru toţi. Nimeni nu poate garanta aşa ceva şi ar fi ridicol să crezi că anume asta înseamnă dreptul la sănătate. În interpretarea mea, dreptul în cauză este o prerogativă a persoanei şi o obligaţie corelativă a societăţii de a asigura distribuirea factorilor determinanţi ai sănătăţii într-un mod ce ar fi echitabil pentru toată lumea. Prin urmare, este nevoie de o înţelegere prealabilă a conceptelor de justiţie socială pentru a ne clarifica în ce constă această distribuire.

De exemplu, cu toţii cunoaştem că există un gradient al sănătăţii ce ţine de statutul socioeconomic (SSE). Cu cât mai sus te poziţionezi în ierarhia SSE, cu atât mai lungă şi sănătoasă îţi este viaţa şi acest lucru este valabil în toate ţările. Întrebarea este: Care diferenţe de SSE constituie o distribuţie echitabilă a componentelor SSE, cum ar fi venitul, educaţia sau oportunităţile în general? Divergenţe rezonabile privitor la ceea ce constituie o distribuţie echitabilă sunt inevitabile. În ce măsură le este permis celor mai prosperi oameni să fie mai prosperi decât alţii? O abordare strict egalitaristă sau radicală se întâlneşte rar în zilele noastre şi nu există ţări care să o adopte. Prin urmare, dacă admitem că această abordare nu este una prielnică, atunci trebuie să stabilim ce inegalităţi şi în ce măsură ar fi acceptabile.

Este oare injustă orice inegalitate care creează o inegalitate la nivel de sănătate? Dacă răspunsul este „da", atunci sănătatea devine

coada care dă din câinele justiţiei, iar aceasta este o problemă, fiindcă există multe alte bunuri sociale, în afară de sănătate, care trebuie luate în consideraţie. Există o mulţime de alte lucruri pe care oamenii le consideră importante şi pe care le-ar putea prefera sănătăţii. Cu toţii adesea cedăm din sănătate pentru alte bunuri din viaţa noastră. Unii aleg să trăiască departe de locul de muncă, fiindcă le place ambianţa rurală, ceea ce le prelungeşte călătoriile zilnice la locul de muncă, mărindu-le riscul de a muri într-un accident rutier. Cu toţii facem astfel de compromisuri în viaţă. Dacă admitem că nu vom renunţa la sănătate pentru orice altceva, vom crea complicaţii în a decide care alte inegalităţi sunt permise, dacă nu dorim ca sănătatea să fie determinantă pentru toate inegalităţile. Însă dacă sănătatea este doar una dintre valori, trebuie să convenim asupra unei teorii care să ne explice cum să distribuim aceste valori. Din păcate, foarte puţine teorii ne dau răspunsuri la toate aceste întrebări. Prin urmare, consider că inegalitatea este o problemă foarte importantă. Avem nevoie de un răspuns mai general la întrebarea privind inegalităţile care sunt permise în cadrul unui drept la sănătate.

M-aţi întrebat ce cred despre dreptul la sănătate şi la îngrijire medicală. Consider că acestea conţin prerogative pe care le au indivizii pentru un set de servicii, relative din punct de vedere social (în cazul dreptului la îngrijire medicală), ce reprezintă rezultatul unui proces deliberativ echitabil în condiţiile unor resurse limitate. Din punct de vedere istoric, pachetele de prestaţii în domeniul sănătăţii, care există astăzi în majoritatea sistemelor de sănătate, nu sunt rezultate din astfel de procese deliberative. Mai degrabă, acestea sunt determinate istoric de practicile sociale în domeniul medicinii şi din alte domenii conexe. Ele includ multe servicii mai puţin importante decât altele, pe care le-am putea adăuga sau prin care le-am putea substitui pe cele existente. Şi, dat fiind faptul că fiecare societate se confruntă cu un anumit nivel de limitare a resurselor – întrucât sănătatea nu este unicul bun social –, urmează a fi luate decizii rezonabile cu privire la serviciile sociale care trebuie considerate mai importante pentru populaţie. Deci, pentru mine, dreptul la serviciile de sănătate este un drept condiţionat de care dispun persoanele, aflate în anumite circumstanţe, cu privire la anumite servicii, incluse într-un set rezonabil de prestaţii disponibile; societatea trebuie să decidă, printr-un proces deliberativ corespunzător, ce anume se include în acest set. Acolo unde lipsesc astfel de proceduri, adică în majoritatea statelor, există un set de decizii social relative care au fost adoptate în trecut şi care pot servi ca bază pentru adoptarea unor decizii ulterioare. Dar unele societăţi îşi dau seama că trebuie instituţionalizat un proces pentru adoptarea unor decizii mai rezonabile privind alocarea resurselor. Înainte de venirea la putere a noului Guvern, în Regatul Unit funcţiona Institutul Naţional Pentru Sănătate şi Excelenţă Clinică (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE) care trebuia să elaboreze recomandări în acest sens. Procese similare există în Norvegia şi Suedia. În Germania situaţia e puţin diferită. Aici nu se doreşte impunerea de restricţii unui proces care se dovedeşte a fi eficient, decât în cazul unor considerente ce ţin de preţul serviciilor acoperite. Astfel, mecanismul care a fost pus în aplicare pentru evaluarea frontierei de eficienţă a noilor medicamente este un efort de a stabili anumite indicaţii de preţ , pentru ca Guvernul să poată negocia, în baza unei decizii, ca ceea ce nu depăşeşte un anumit prag să nu fie acoperit.

În Statele Unite situaţia este mult mai rea, fiindcă nimeni nu vrea să abordeze proble-

ma într-un mod onest. Mi-e teamă că același lucru se întâmplă și în Regatul Unit, dat fiind faptul că în timpul alegerilor nu s-a purtat nicio discuție despre decizia ce se ia acum cu privire la Serviciul Național de Sănătate. Aceasta a venit pe neașteptate, ca o surpriză mare, deoarece nu a fost abordată în timpul campaniei electorale și, respectiv, nu a fost supusă dezbaterilor publice. Decizia a fost luată după numirea noului ministru al sănătății de către Guvern, pasul dat nefăcând parte din vreo agendă publică care l-ar fi mandatat să procedeze astfel. Aceasta nu este transparentă în mai multe privințe și nu a fost prezentată în nicio campanie electorală, deși, în opinia mea, includerea unui subiect în campania electorală nu este întotdeauna un indicator al corectitudinii. Totuși, într-o lume care respectă procesul democratic, includerea deciziilor pe agenda publică trebuie să fie favorizată.

Situația curentă în Regatul Unit este unul din cazurile în care ceva nediscutat în prealabil devine deodată parte a agendei de politici a Guvernului. Oricare ar fi criticile aduse față de NICE (chiar eu am câteva, iar alții au și mai multe), această instituție încerca, cel puțin, să determine care erau atitudinile publicului, prin Consiliul său și declarațiile sale privind valorile sociale. În viziunea mea, NICE exprima dubii de ordin moral privind alinierea la standardele rigide de cost-eficiență, în lumina unor argumente importante exprimate de public – că trebuie să fim flexibili în utilizarea acestora – care sunt rezultatul unui progres lent de zece ani. A fost un exemplu al unui proces deliberativ în care oamenii se ascultau reciproc. Acum această inițiativă va fi îngropată prin lipsa de transparență a noului sistem.

ERT: Profesore Hunt, care sunt elementele principale ale dreptului la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate în dreptul internațional al drepturilor omului?

Paul Hunt: În anul 2000, Comitetul ONU pentru drepturile economice, sociale și culturale a prezentat o interpretare mai mult sau mai puțin detaliată a ceea ce înțelege prin dreptul la sănătate. Desigur, Comitetul accentuează că „dreptul la sănătate nu trebuie înțeles ca dreptul de a fi sănătos”[5]. Pe scurt, acest drept fundamental include îngrijirea medicală, precum și accesul la apă potabilă, condiții sanitare adecvate, securitatea locului de muncă, accesul la informație și educație în domeniul sănătății, alți factori considerați de importanță majoră pentru sănătate. În mod crucial, acest drept impune guvernelor obligația de a combate discriminarea și inegalitatea. Dreptul la sănătate le cere să sporească accesul persoanelor, comunităților și categoriilor de populație dezavantajate la serviciile de sănătate; cu alte cuvinte, acesta conține o componentă de justiție socială. O altă cerință față de guvern este punerea în aplicare a aranjamentelor care să faciliteze participarea activă și informată a celor afectați de politicile, programele și practicile din domeniul sănătății. Dreptul la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate este supus unei realizări progresive, adică guvernele nu trebuie să-l realizeze într-o zi – și nici chiar în zece ani –, ci să acționeze progresiv în acest sens. Aceasta înseamnă că avem nevoie de indicatori și puncte de referință pentru a determina dacă a fost sau nu înregistrat un progres. Totuși, dreptul la sănătate depinde și de disponibilitatea resurselor, adică cere mai mult de la Canada decât de la Ciad. Monitorizarea și responsabilitatea reprezintă elemente vitale ale dreptului la atingerea celor mai înalte standarde de sănătate. Responsabilitatea nu trebuie înțeleasă doar ca răspundere juridică; aceasta include și mecanisme non-ju-

ridice, cum ar fi mecanismele de transmitere a interpelărilor publice elaborate de instituţiile naţionale pentru drepturile omului, care pot fi mult mai accesibile celor dezavantajaţi sau săraci decât instanţele de judecată. Iar nucleul dreptului la sănătate este un sistem de sănătate echitabil, integrat, sensibil şi eficient, care să fie accesibil tuturor şi să asigure calitatea.

În mod sigur, dreptul la sănătate este unul amplu şi complex. Deşi este realizat progresiv, unele elemente ale sale (cunoscute ca „obligaţii de bază") au un efect imediat, cum ar fi nediscriminarea. Provocarea constă în a aplica elementele dreptului la sănătate – nediscriminarea, egalitatea, realizarea progresivă, obligaţiile de bază, caracterul participatoriu, responsabilitatea ş.a.m.d. – unor chestiuni concrete în domeniul sănătăţii, cum ar fi medicamentele, aprovizionarea cu apă şi condiţii sanitare, sănătatea sexuală şi a reproducerii, exodul de creieri etc. Abordarea acestei provocări enorme rămâne a fi o activitate curentă, dar, datorită eforturilor depuse de nenumăraţi specialişti şi organizaţii, putem identifica treptat principalele obligaţii ale statelor, dar şi ale altor actori, ce se referă la dreptul la sănătate.

ERT: Dle profesor Daniels, vorbind în termeni generali, care credeţi că este rolul juriştilor din domeniul drepturilor omului în promovarea justiţiei în sănătate?

Norman Daniels: Nu cred că este rolul juriştilor sau al instanţelor de judecată să ia decizii privind acoperirea pe care trebuie să o aibă serviciile de sănătate. Consider că juriştii ar trebui să promoveze implementarea unui mecanism adecvat de luare a deciziilor în sistemul de sănătate şi să se asigure ca deciziile rezultate din acest proces să fie *recunoscute drept consecinţe ale acestui mecanism deliberativ*, raţionamentele sale servind drept temeiuri pentru politicile din domeniu. Pe scurt, în concepţia mea, rolul juriştilor din domeniul drepturilor omului este de a asigura un proces echitabil de luare a deciziilor privind asigurarea cu servicii de sănătate, nu de a lua astfel de decizii.

Legea este într-un anumit fel părtinitoare prin faptul că vizează în special persoanele aflate într-o situaţie care le permite să înainteze pretenţii în instanţele de judecată, ceea ce ridică următoarea întrebare: Cine este identificat, de fapt, drept „victimă"? Procedura legală tinde să favorizeze pe cei care au o situaţie ce le permite să iniţieze un proces de judecată, adică au puterea şi autoritatea de a proceda astfel, de exemplu, datorită situaţiei financiare favorabile. O astfel de persoană cu putere şi autoritate poate fi pusă în opoziţie cu un grup de oameni care ar putea fi afectaţi de eliberarea resurselor pentru acel individ, sau alţii ca el, în detrimentul altor categorii.

Mă gândesc, mai ales, la situaţia problematică în care se află Columbia, unde există un sistem de *tutelas,* prin care sunt depuse reclamaţiile individuale privind respectarea drepturilor constituţionale la viaţă şi demnitate. Aceste litigii se axează pe necesităţile de îngrijire medicală pe care reclamanţii le consideră ca prezentând un pericol pentru o viaţă demnă. Ministerul Protecţiei Sociale al Columbiei nu dispune de o formă sau de un proces adecvat de luare a deciziilor privind acoperirea serviciilor de sănătate – o problemă veche atât în Columbia, cât şi în alte state. Adesea există temeiuri rezonabile ca instanţele de judecată să recunoască că nimeni nu ştie de ce un anumit serviciu este inclus în pachetul de beneficii, iar altul nu; dacă se dovedeşte că acesta din urmă este la fel de important pentru a asigura o viaţă demnă ca şi celelalte, atunci nu există motiv să nu fie inclus în pachet. Cu toate acestea, este puţin

probabil ca instanţele să dispună de resursele şi informaţia adecvată pentru a lua astfel de decizii. Pentru mine, este o dilemă de durată lungă.

În pofida criticilor lui Keith Syrett, exprimate în cartea sa privind rolul instanţelor de judecată[6], aduse lui Jim Sabin şi mie precum că am fi exagerat la acest subiect, consider că există o mare concordanţă dintre viziunea lui şi a mea şi anume că rolul curţilor în procesul de luare a deciziilor constă în a se asigura că statul instituie un mecanism de luare a deciziilor într-un mod rezonabil, şi nu în a decide care dintre programele de sănătate este mai important.

O altă idee pe care aş vrea să o expun, cu referire la raportul dintre drepturile omului şi procesul de stabilire a priorităţilor în domeniul sănătăţii, este cea ilustrată în articolul pe care l-am scris în coautorat cu Sophie Gruskin, în anul 2008[7]. Am adus ca argument faptul că în spatele cadrului internaţional al drepturilor omului stă ascunsă o problemă foarte importantă. Revendicările de drepturi, în acest cadru, nu au vreo prioritate una faţă de alta şi nici reclamanţii unuia şi aceluiaşi drept nu pot fi puşi în vreo ordine a priorităţilor. Astfel, de exemplu, atunci când se întreprinde un efort de realizare progresivă a dreptului la sănătate, într-un anumit context, apar multe opţiuni nedeterminate de priorităţile ce rezultă din acel cadru legal internaţional. Argumentul nostru era că acea abordare a procesului de stabilire a priorităţilor pe care îl elaboram împreună cu Jim Sabin ar putea aduce o contribuţie în domeniul drepturilor omului, prin faptul că are numeroase puncte de suprapunere cu acesta. Noi nu promovăm o ierarhie a drepturilor, ci, mai degrabă, conştientizarea faptului că acel cadru internaţional al drepturilor omului nu ne permite să facem priorităţi. Întrebarea este: De ce se iau anumite decizii şi nu altele atunci când se convine asupra celor ce trebuie să facă guvernele pentru realizarea progresivă a sănătăţii? Această întrebare vizează problema legitimităţii şi a diferitelor aspecte ale echităţii. Astfel de decizii pot fi inechitabile. Opinia noastră este că abordarea din perspectiva drepturilor omului trebuie suplinită astfel încât să sporească transparenţa privind motivele ce duc la aceste decizii – un obiectiv important atât pentru abordarea din perspectiva drepturilor omului, cât şi pentru principiul justiţiei.

ERT: Dle profesor Hunt, colaborează sau nu specialiştii din domeniul drepturilor omului şi cei din sănătate pentru a promova echitatea, egalitatea şi corectitudinea în acest sector?

Paul Hunt: Ei au început să conlucreze, dar mai este încă mult de făcut. Ambele comunităţi ar putea şi ar trebui să facă mult mai mult pentru a stabili contacte între ele. Nu putem implementa dreptul la sănătate fără cunoştinţele şi experienţa specialiştilor din domeniul sănătăţii. De aceea, comunitatea drepturilor omului ar trebui să-şi dea străduinţa să asculte şi să înveţe de la un spectru larg de profesionişti din domeniul sănătăţii. Aceasta înseamnă că promotorii drepturilor omului trebuie să cunoască conceptele şi limbajul din domeniul sănătăţii. De exemplu, unii promotori ai drepturilor omului înţeleg eronat conceptul medical de „echitate", în timp ce unii profesionişti din sănătate înţeleg greşit termenul de „egalitate" ce ţine de domeniul drepturilor omului. Din experienţa mea, ştiu că majoritatea specialiştilor din domeniul sănătăţii nu au înţeles deocamdată faptul că acel caracter obligatoriu al drepturile omului îi poate ajuta să-şi realizeze obiectivele profesionale, inclusiv corectitudinea, egalitatea şi echitatea. Din păcate, mulţi factori de decizie în elaborarea politicilor în domeniul

sănătății nu folosesc perspectiva oferită de analiza dreptului la sănătate nici pentru a înțelege realitățile din domeniul sănătății din țările lor, și nici pentru a elabora politici de sănătate trainice,durabile și echitabile, care ar aduce beneficii celor dezavantajați. Cu alte cuvinte, colaborarea activă, bazată pe respect reciproc, dintre cele două comunități de specialiști din domeniul drepturilor omului și cel al sănătății reprezintă un obiectiv-cheie, în efortul de a combate discriminarea și a obține egalitatea și echitatea în acest domeniu.

Interviu realizat din numele ERT de
Dimitrina Petrova și
Libby Clarke

[1] Pentru a accesa aceste rapoarte ONU, precum și alte publicații privind dreptul la sănătate de Paul Hunt, vezi pagina Centrului pentru Drepturile Omului a Universității din Essex: http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/index.aspx

[2] Daniels, N., *Just Health Care/Justiția în ocrotirea sănătății*, Cambridge University Press, 1985. (Nota redactorului)

[3] Vezi Daniels, N. și Sabin, J., *Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers/Limitele sistemului de ocrotire a sănătății: procedurile echitabile, deliberarea democratică și problema legitimității pentru asiguratori*, în *Philosophy and Public Affairs*, octombrie 1997, vol. 26, nr. 4, pp. 303-350; Daniels, N. și Sabin, J., *Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources?/Limitele echitabile: ne putem învăța să distribuim resursele medicale?*, Oxford, 2002, și ediția a II-a, 2008. (Nota redactorului)

[4] *Human Rights and Poverty Reduction: A Conceptual Framework/Drepturile omului și reducerea sărăciei: cadru conceptual*, Oficiul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (OHCHR), 2004. Vezi și Recomandarea 4 în *Principles and Guidelines for a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies/ Principii și recomandări pentru o abordare din perspectiva drepturilor omului a strategiilor de reducere a sărăciei*, OHCHR, 2006.

[5] Comentariul general nr.14, *The right to the highest attainable standard of health/Dreptul la cele mai înalte standarde de sănătate, E/C.12/2000/4, Para 8.*

[6] Syrett, K. J., *Law, Legitimacy and the Rationing of Healthcare: A Contextual and Comparative Perspective/ Dreptul, legitimitatea și normarea sănătății: o perspectivă contextuală și comparativă*, Cambridge University Press, 2007. (Nota redactorului)

[7] Gruskin, S. și Daniels, N., *Process is the Point: Justice and Human Rights: Priority Setting and Fair Deliberative Process/Procesul contează: justiția și drepturile omului: stabilirea priorităților și procesul deliberativ echitabil*, în *American Journal of Public Health*, 2008, 98(9):1573-7; vezi și Daniels, N., *Just Health: Meeting Health Needs Fairly/ Sănătatea justă: satisfacerea necesităților de sănătate într-un mod echitabil*, Cambridge University Press, 2008. (Nota redactorului)

ACTIVITĂŢI

- **Activităţi de Advocacy ale The Equal Rights Trust**
- **Informaţii cu privire la Proiectele Curente ale ERT**
- **Itinerar de lucru ERT Iulie - Decembrie 2010**

Activităţile de Advocacy ale The Equal Rights Trust

De la publicarea volumului 5 al Equal Rights Review (august 2010), ERT a continuat să lucreze pentru a demasca formele de discriminare la nivel global şi a combate inegalitatea şi discriminarea atât la nivel naţional, cât şi la cel internaţional. Vă prezentăm mai jos un scurt sumar al celor mai importante activităţi de advocacy ale ERT.

ERT lansează raportul *Explicarea anomaliei: detenţia, discriminarea şi necesităţile de protecţie ale persoanelor apatride*

La 19 iulie 2010, ERT şi-a lansat raportul intitulat *Explicarea anomaliei: detenţia, discriminarea şi necesităţile de protecţie ale persoanelor apatride*[1]. Raportul, care reprezintă rezultatul a doi ani de cercetări, reflecţii şi dezbateri, constituie o contribuţie a ERT la bagajul crescând de cunoştinţe speciale în domeniul apatridiei. Apatrizii sunt persoane fără cetăţenie sau a căror cetăţenie este neefectivă. Raportul abordează subiectul prin prisma detenţiunii – o temă crucială care oferă un şir de revelaţii unice privind provocările impuse de apatridie.

Raportul constată că la baza problemei apatridiei se află inegalitatea şi discriminarea, precum şi lupta eternă dintre drepturile universale ale omului şi suveranitatea naţională. O altă constatare este că multe persoane aflate în detenţie în legătură cu imigrarea într-un anumit stat, "aşteptând a fi expulzate", sunt, de fapt, apatride şi de aceea nu pot fi expulzate.

Raportul arată că apatridia ar trebui privită, în primul rând, ca o problemă a drepturilor omului, că ÎCNUR şi organele tratatelor din domeniul drepturilor omului ar trebui să lucreze în parteneriat în abordarea acestei provocări, că toate statele trebuie să implementeze proceduri de determinare a apatridiei şi că este necesară elaborarea unor norme de autoritate care să reglementeze detenţia persoanelor apatride.

ERT contestă decizia autorităţilor franceze privind deportarea ilegală a imigranţilor de origine romă

La 9 septembrie 2010, ERT a făcut apel la guvernul Franţei pentru ca acesta să adere la Rezoluţia Parlamentului European şi să oprească imediat procesul de "deportare voluntară" a imigranţilor de origine romă care îşi au reşedinţa în ţară. Alarmaţi şi de ştirile precum că autorităţile italiene ar fi reînceput demontarea taberelor de romi, membrii ERT au făcut apel la Comisia Europeană pentru ca aceasta să adopte o strategie care le-ar asigura persoanelor de origine romă accesul egal la drepturi, care ar arăta că sunt respectaţi ca cetăţeni europeni.

La 19 august 2010, autorităţile franceze au dat startul unui val de deportări – în decursul a două săptămâni, au fost deportaţi aproximativ 1000 de romi şi au fost demontate 128 de tabere de romi. În declaraţia sa, ERT a condamnat această acţiune discriminatorie a autorităţilor franceze, care reprezintă o încălcare clară de către Franţa a obligaţiilor asumate în dreptul european şi internaţional.

Declaraţia a scos în evidenţă câteva aspecte din acţiunile Franţei care contraveneau obligaţiilor sale în condiţiile dreptului internaţional.

- **Discriminarea rasială** – Declarația făcea referință la art. 18 al Tratatului privind funcționarea Uniunii Europene, care consfințește dreptul la nediscriminare pe criteriu de naționalitate, precum și la Directiva 2004/38/EC (Directiva privind libertatea circulației[2]), care protejează libertatea circulației persoanelor și dreptul cetățenilor migranți ai Uniunii Europene de a avea reședință în alte state membre ale UE. ERT a atenționat că o lege sau o politică prin care distinge un anumit grup etnic în cadrul unei naționalități europene pentru a-l supune unui tratament mai puțin favorabil (în cazul dat, etnicii romi cetățeni ai României și Bulgariei care locuiesc permanent în Franța) este interzisă cu desăvârșire și constituie un caz evident de discriminare rasială, care încalcă articolele 2 (1) și 26 ale Pactului internațional cu privire la drepturile civile și politice, articolul 2 (1) al Convenției internaționale privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială, articolul 19 al Tratatului privind funcționarea Uniunii Europene și Directiva 2000/43/EC4 (Directiva privind discriminarea rasială)[3].
- **Expulzarea colectivă** – ERT a remarcat că acțiunile autorităților franceze au încălcat interdicția legală a expulzării colective în condițiile articolului 4 al Protocolului 4 al Convenției Europene a Drepturilor Omului. Această prevedere a fost interpretată de Curtea Europeană a Drepturilor Omului ca vizând „orice măsură care constrânge străinii, ca grup, să părăsească o țară, exceptând situația în care o astfel de măsură este întreprinsă în baza unei examinări obiective și rezonabile a cazului particular al fiecărui individ străin din grup" (*Conca c. Belgiei,* cererea nr. 51564/99, para 59). Prin urmare, expulzările colective sunt interzise de dreptul european, inclusiv dacă acestea îi vizează doar pe cei care și-au depășit termenul de ședere de 3 luni, permis în condițiile Directivei privind libertatea circulației, și nu s-au înregistrat la autoritățile locale.
- **Pretinsul caracter voluntar al deportărilor** – ERT a mai pus la îndoială caracterul „voluntar" al deportărilor. Astfel, s-a afirmat că un stimulent financiar de 300 de euro pentru fiecare adult și 100 de euro pentru fiecare copil deportat „voluntar" nu poate masca intervenția dură a organelor de poliție, distrugerea caselor romilor și confiscarea actelor de identitate de către autoritățile ce gestionează procesul de deportare și că un asemenea tratament trezește puternice îndoieli vizavi de caracterul „voluntar" al deportărilor.

ERT și-a mai exprimat îngrijorarea în legătură cu faptul că deportările din Franța erau doar una dintre manifestările unei tendințe xenofobe și discriminatorii mai ample a politicii franceze. Deportările au urmat unei propuneri făcute de președintele Nicolas Sarkozy la 30 iulie 2010: de a lipsi „resortisanții francezi de origine străină" de cetățenia lor, drept sancțiune pentru crimele violente comise împotriva reprezentanților organelor de drept[4]. Dacă s-ar fi regăsit într-o lege, această propunere ar încălca prevederile articolului 1 al Constituției Franței, precum și obligațiunile acestei țări în condițiile dreptului european și internațional, contravenind obligației internaționale asumate de a preveni apatridia.

ERT cere Indiei să își reformeze politica vizelor care discriminează pe criteriul de rasă

La 14 septembrie 2010, ERT a adresat o scrisoare prim-ministrului și ministrului afacerilor externe al Indiei pentru a solicita schimbarea politicii privind vizele și imigrarea în țară, pe motiv că aceasta discriminează cetățenii Regatului Unit de origine pakistaneză. Scrisoarea ERT făcea referință la Ghidul privind perioada de procesare a cererilor de viză publicat pe site-ul Înaltului Comisariat

al Indiei dedicat procedurii de aplicare de către cetățenii Regatului Unit pentru obținerea vizei indiene. Ghidul indica că perioada de procesare pentru cetățenii Regatului Unit de origine pakistaneză este de cel puțin 7-8 săptămâni, spre deosebire de minimul recomandat pentru ceilalți cetățeni ai Regatului Unit – de 5-7 săptămâni. Această politică a afectat mai mulți resortisanți ai Regatului Unit, inclusiv studenți.

Cercetările ERT relevă faptul că, pe lângă discriminarea cetățenilor Regatului Unit de origine pakistaneză, practica de impunere a unor termene de procesare diferite față de foștii cetățeni ai Pakistanului și ai altor state este prezentă și în ambasadele și înaltele comisariate ale Indiei din alte țări. În particular, în Australia, "foștii cetățeni" ai Pakistanului, precum și ai Afganistanului, Chinei, Coreei de Nord, Iranului sau Sri Lankăi, sunt supuși la procesarea cererilor de viză unor termene de așteptare mai lungi.

ERT a calificat aceste practici drept un act de discriminare pe criteriu de rasă. Scrisoarea făcea referință la obligațiile asumate de India prin Convenția internațională pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială și Pactele cu privire la drepturile civile și politice și, respectiv, drepturile economice, sociale și culturale și atrăgea atenția asupra recomandărilor Comitetului pentru Eliminarea Discriminării Rasiale incluse în comentariul general nr.30 al acestuia, ce vizează ne-cetățenii. S-a făcut referință și la practica judiciară relevantă sub acest aspect.

Experții consacrați în domeniu discută Raportul ERT *Explicarea anomaliei*

La 29 septembrie 2010, ERT și Comisia Internațională a Juriștilor au găzduit un eveniment din cadrul Sesiunii a 15-a a Consiliului Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului cu genericul *Apatridia, discriminarea și drepturile omului*, în cadrul căreia au fost prezentate rezultatele studiului *Explicarea anomaliei: detenția, discriminarea și necesitățile de protecție ale persoanelor apatride.* Printre vorbitori s-au numărat Volker Türk, director al Departamentului Protecție Internațională ÎCNUR; Jan Borgen, adjunctul secretarului general al Comisiei Internaționale a Juriștilor, și Tamas Molnar, consilierul juridic al Ministerului de Interne al Ungariei, care a jucat un rol cheie în elaborarea procedurii de determinare a apatridiei în Ungaria.

Amal de Chickera, șeful Departamentului Proiecte privind Apatridia și Naționaitatea al ERT, a vorbit despre cele patru provocări de bază – juridică, politică, instituțională și egalitatea – cu care se confruntă comunitatea drepturilor omului atunci când abordează problema apatridiei. El a menționat că provocarea juridică este generată de dificultățile în promovarea unui drept la cetățenie pentru toți oamenii, asigurându-se, în același timp, că lipsa cetățeniei efective nu rezultă în alte încălcări ale drepturilor omului. Această situație reflectă, de fapt, tensiunea dintre interesele suveranității naționale și universalitatea drepturilor omului. La nivel politic, a remarcat De Chickera, o provocare în procesul de sporire a conștientizării privind discriminarea și relele tratamente asupra apatrizilor au constituit-o dificultățile cu care se confruntă aceștia în efortul de a se asocia și a identifica purtători de cuvânt eminenți, care să le abordeze problemele. La nivel instituțional, provocările apar din cauza că, deși apatridia ține de mandatul mai multor organe internaționale din domeniul drepturilor omului și umanitare, până la momentul actual acestea nu au reușit să identifice impactul apatridiei asupra sferelor lor speciale de activitate. Vorbind despre egalitate, De Chickera a remarcat că persoanele apatride se confruntă cu inegalități și situații de discriminare atât

în ţările lor de reşedinţă, cât şi în calitate de migranţi, dar şi în rândul persoanelor apatride – apatrizii *de facto* (cei care au o cetăţenie neefectivă) nu beneficiază de aceeaşi protecţie ca şi persoanele apatride *de jure*, creându-se, astfel, o inegalitate de alt nivel.

ERT îşi aduce contribuţia la desfăşurarea Conferinţei de evaluare a OSCE privind toleranţa şi nediscriminarea

La 8 octombrie 2010, dr. Dimitrina Petrova, directorul executiv al ERT, a ţinut discursul de dechidere a sesiunii privind intoleranţa faţă de migranţi în cadrul Conferinţei de evaluare a Organizaţiei pentru Securitate şi Cooperare în Europa, organizată în Varşovia. De asemenea, ERT a elaborat două declaraţii scrise pentru Conferinţa de evaluare: una la tema toleranţei şi a nediscriminării şi alta asupra problemelor ce ţin de apatridie.

Intoleranţa faţă de migranţi. Dr. Petrova a prezentat o imagine de ansamblu asupra crimelor în bază de ură împotriva migranţilor şi a discursurilor intolerante faţă de imigranţi în regiunea OSCE, din perspectiva egalităţii şi drepturilor omului. Ea a punctat modurile în care drepturile migranţilor au fost restrânse recent la toate etapele ciclului migraţional, inclusiv în ceea ce priveşte accesul la ţara de destinaţie, procesele de admisie, integrarea în societatea-gazdă şi procedurile de reîntoarcere. Dr. Petrova a mai accentuat situaţia unor grupuri migrante deosebit de vulnerabile faţă de discriminare, inclusiv romii, apatrizii, copiii şi persoanele cu probleme de sănătate mentală. În final, ea a propus un şir de recomandări către statele participante la OSCE ce ţin de combaterea discriminării şi intoleranţei faţă de migranţi.

Legislaţia privind toleranţa şi nediscriminarea. Declaraţia scrisă a ERT a făcut apel la statele participante ca acestea să abordeze problemele intoleranţei şi discriminării prin asigurarea implementării depline a dreptului la egalitate în dreptul intern şi prin asigurarea consfinţirii tuturor elementelor esenţiale ale dreptului egalităţii în legislaţia naţională. Declaraţia s-a axat pe câteva elemente de bază ale dreptului naţional al egalităţii, fiind fundamentată pe principiile conţinute în dreptul internaţional al drepturilor omului, pe interpretările de autoritate ale organelor tratatelor ONU şi pe Declaraţia Principiilor Egalităţii[5].

Problemele din domeniul apatridiei. Declaraţia ERT a scos în evidenţă cinci probleme particulare ce ţin de apatridie şi a chemat statele participante OSCE să îşi unească eforturile pentru a găsi o soluţie comună şi durabilă la acestea. Declaraţia a pus în discuţie: (1) inegalităţile existente între tratamentul apatrizilor *de jure* şi *de facto*; (2) faptul că majoritatea statelor participante ale OSCE nu implementează proceduri de determinare a apatridiei; (3) faptul că regimurile de detenţie a imigranţilor nu recunosc şi nu reacţionează la provocările specifice impuse de problema apatridiei, dar nici nu se asigură ca practicile şi politicile de detenţie a imigranţilor să nu discrimineze persoanele apatride; (4) faptul că regimurile de detenţie în scop de securitate nu recunosc impactul pe care detenţia pentru securitate îl poate avea în crearea şi exacerbarea apatridiei; şi (5) provocările specifice rezultate din cazurile prelungite de apatridie, accentul fiind pus pe cauza letonă.

ERT depune raportul-umbră privind evaluarea periodică universală a Sierra Leone

La 1 noiembrie 2010, ERT a depus raportul-umbră privind evaluarea periodică universală a Sierra Leone. În document, ERT a scos în evidenţă câteva dintre cele mai semnificative

provocări şi probleme cu care se confruntă Guvernul Sierra Leone în procesul de realizarea a obligaţiilor sale de a promova egalitatea şi a combate discriminarea.

Raportul recomandă Guvernului: (1) să revizuiască temeinic legislaţia naţională pentru a identifica legile discriminatorii şi a întreprinde măsuri imediate întru modificarea sau abrogarea acestor legi, asigurarea concordanţei cu obligaţiile internaţionale asumate de Guvern; (2) să ia măsuri pentru a elabora şi a adopta legi şi politici speciale împotriva discriminării care să ofere protecţie de la discriminare în baza tuturor criteriilor relevante, în toate domeniile vieţii guvernate prin lege şi care să prevadă crearea unei instituţii naţionale pentru asigurarea implementării efective a acestei legislaţii.

ERT recunoaşte eforturile apărătorilor drepturilor omului care luptă cu discriminarea

La data de 10 decembrie, Ziua Internaţională a Drepturilor Omului, ERT şi-a exprimat recunoştinţa faţă de apărătorii drepturilor omului care lucrează pentru a pune capăt discriminării, prin a scoate în evidenţă activitatea a trei personalităţi remarcabile cu care cooperează şi care luptă împotriva discriminării în pofida pericolului constant ce le ameninţă propria siguranţă.

Asha el Karib este directorul executiv al Organizaţiei Sudaneze pentru Cercetare şi Dezvoltare (SORD), o organizaţie creată în anul 2007 de către un grup de activişti din Sudan pentru a consolida capacităţile societăţii civile din ţară. În ultimii ani, măsurile de constrângere îndreptate împotriva activiştilor pentru drepturile omului au avut un efect paralizant asupra abilităţii societăţii civile de a se autoorganiza şi a monitoriza încălcările drepturilor omului în Sudan. În 2009, imediat după decizia Procurorului Curţii Internaţionale Penale de a emite un mandat internaţional de arest pe numele Preşedintelui sudanez Omar Al Bashir, trei organizaţii naţionale din domeniul drepturilor omului au fost închise. În pofida dificultăţilor întâmpinate de organizaţiile societăţii civile din ţară, SORD continuă să activeze, provocând Guvernul prin activităţi de advocacy în favoarea reformelor legislaţiei familiei şi conducând o campanie de sporire a nivelului de conştientizare de către populaţie a necesităţii înregistrării alegătorilor în ajunul referendumului privind independenţa Sudanului de Sud din 2011.

Wan Yan Hai este fondatorul şi fostul director al Institutului Aizhixing din Beijing, prima organizaţie care activează în domeniul SIDA şi HIV în China, fondată în 1994. În ultimii câţiva ani, Aizhixing a fost supusă regulat imixtiunilor din partea guvernului, inclusiv „investigaţiilor" din partea Oficiului Fiscal Local, precum şi blocării donaţiilor din străinătate prin refuzul băncii de le a primi în numele organizaţiei. În ultima perioadă, Wan s-a confruntat aproape zilnic cu negarea drepturilor şi libertăţilor sale, cenzura din presă, întreruperi ale discursurilor sale, detenţii arbitrare şi monitorizarea constantă de către poliţie a casei sale. În condiţiile presiunii crescânde din partea autorităţilor chineze, Wan a părăsit ţara în aprilie 2010.

David Kuria, preşedintele Coaliţiei Gay-lor şi Lesbienelor din Kenya (GALCK), este un promotor al drepturilor omului care luptă împotriva discriminării şi relelor tratamente faţă de lesbiene, gay, bisexuali, transsexuali şi persoane intersex. GALCK a fost creată în 2006 ca o organizaţie-umbrelă pentru organizaţiile ce activează în domeniul protecţiei şi promovării drepturilor persoanelor LGBTI, prin acţiuni de consolidare a capacităţilor şi prin coordonarea celor de sporire a conştientizării şi advocacy. Fiind cea mai puternică voce a comunităţii LGBTI din Kenya, ţară în

care comportamentul homosexual între bărbaţi este ilegal, iar discriminarea minorităţilor sexuale este o normă, David Kuria şi restul personalului GALCK se confruntă cu un şir de dificultăţi personale şi sunt supuşi riscului ca organizaţia lor să fie închisă sau ca activităţile lor să fie restrânse de către guvern.

ERT depune un raport paralel privind Belarus la Sesiunea a 48-a a Comitetului pentru Eliminarea Discriminării împotriva Femeilor (CEDAW)

La 4 ianuarie 2010, ERT a depus un raport paralel privind Belarus la Sesiunea a 48-a a CEDAW. Raportul conţine o evaluare a corespunderii şi eficienţei prevederilor legale destinate protecţiei femeilor din Belarus împotriva discriminării prin prisma obligaţiilor asumate de această ţară prin aderare la Convenţia privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (Convenţia). ERT şi-a exprimat îngrijorarea în legătură cu reacţia necorespunzătoare a guvernării din Belarus la discriminarea la care sunt supuse femeile în diferite situaţii.

ERT a precizat că legislaţia anti-discriminare din Belarus este neadecvată pentru abordarea discriminării şi dezavantajele cu care se confruntă femeile. În pofida progreselor legislative semnificative, măsurile legale de protecţie sunt încă inconsistente. În anumite domenii, aplicarea discriminatorie a legilor nu este interzisă. Nu există o lege specială împotriva discriminării care ar oferi definiţii legale a conceptelor cheie, ar consfinţi standardele generale de protecţie sau remediile efective şi sancţiunile.

În raportul său, ERT a făcut apel la CEDAW ca acesta să recomande statului Belarus adoptarea legislaţiei speciale împotriva discriminării care, printre altele, să interzică toate formele de discriminare bazată pe gen şi care: a) să cuprindă o definiţie legală amplă a discriminării; b) să acopere atât discriminarea directă, cât şi pe cea indirectă, discriminarea multiplă, discriminarea prin asociere sau percepţie, segregarea şi hărţuirea; c) să ofere protecţie împotriva victimizării; d) să ofere o bază pentru aplicarea măsurilor speciale temporare.

Pe lângă aceasta, ERT a mai cerut CEDAW să recomande Belarusului să adopte o legislaţie specială împotriva discriminării, care să interzică, printre altele, toate formele de discriminare pe criteriu de gen şi care: a) să includă o definiţie legală detaliată a discriminării; b) să cuprindă discriminarea directă şi indirectă, discriminarea multiplă, discriminarea prin asociere sau percepere, segregarea şi hărţuirea; c) să ofere protecţie împotriva discriminării; d) să asigure o bază pentru aplicarea măsurilor speciale temporare.

Mai mult ca atât, ERT a rugat CEDAW: (1) să recomande Guvernului Belarusului să întreprindă măsuri, inclusiv prin instruiri calitative oferite reprezentanţilor justiţiei, pentru a consolida capacităţile şi a îmbunătăţi cunoştinţele justiţiarilor şi ale altor actori cu privire la conceptul de discriminare şi la remediile juridice disponibile victimelor discriminării; (2) să recomande Guvernului Belarusului să implementeze politici şi mecanisme finanţate de stat, prin care să asigure participarea egală a femeilor în toate domeniile vieţii publice şi politice şi să adopte măsuri destinate asigurării participării egale a femeilor la cele mai înalte niveluri de guvernare; (3) să recomande implementarea politicilor menite să reducă diferenţa dintre salarizarea bărbaţilor şi a femeilor şi să impună principiul remunerării echivalente pentru munci de valoare egală; (4) să recomande Guvernului să ratifice Convenţia Organizaţiei Internaţionale a Muncii cu privire la şansele şi tratamentul egal pentru lucrătorii femei şi bărbaţi: lucră-

torii cu responsabilităţi familiale (Convenţia ILO nr.156); (5) să recomande Guvernului Belarusului să adopte măsuri pentru a lichida diferenţele privind dreptul la pensie dintre bărbaţi şi femei şi (6) să recomande Guvernului Belarusului să întreprindă măsuri legislative imediate pentru a proteja femeile de violenţă domestică, sexuală şi de gen.

ERT depune un raport paralel privind Kenya la Sesiunea a 48-a a Comitetului pentru Eliminarea Discriminării împotriva Femeilor (CEDAW)

La data de 4 ianuarie 2010, ERT a depus un raport paralel privind Kenya la Sesiunea a 48-a a CEDAW. Raportul conţinea o evaluare a corespunderii şi eficienţei prevederilor legale destinate protecţiei femeilor din Kenya împotriva discriminării prin prisma obligaţiilor asumate de Kenya prin aderare la Convenţie. Cu acest scop, ERT a comentat direct raportul depus de Guvernul Kenyei către CEDAW, folosind propriile cercetări şi probe pentru a prezenta îngrijorările neidentificate în raportul Guvernului.

ERT a observat că, în pofida progreselor legislative semnificative, cum ar fi adoptarea noii Constituţii, dreptul anti-discriminare din Kenya este încă inadecvat pentru a putea oferi protecţie femeilor supuse discriminării. Anumite domenii continuă să fie reglementate de legi discriminatorii. În acelaşi timp, aplicarea discriminatorie a celorlalte legi nu este interzisă în mod efectiv. În anumite domenii importante, inclusiv sănătatea, educaţia şi dreptul penal, legislaţia nu interzice discriminarea şi nici nu impune vreo obligaţie autorităţilor publice de a promova egalitatea. Nu există o lege specială împotriva discriminării care ar oferi definiţii ale conceptelor cheie sau remedii efective şi sancţiuni.

ERT a cerut CEDAW să recomande adoptarea de către Kenya a unei legislaţii speciale împotriva discriminării care: a) să cuprindă discriminarea directă şi indirectă, discriminarea multiplă, discriminarea prin asociere sau percepere, segregarea şi hărţuirea, dar şi victimizarea delicvenţilor; b) să includă orientarea sexuală, identitatea de gen şi moştenirea genetică în lista criteriilor specifice de discriminare, pe lângă cele specificate în textul Constituţiei, precum şi să incorporeze un test pentru admiterea noilor temeiuri în cazurile analoage celor specificate expres şi c) să ofere protecţie de la discriminare în toate domeniile, inclusiv educaţia. Pe lângă aceasta, ERT a mai formulat nouă recomandări pentru CEDAW, inclusiv: (1) să recomande Guvernului Kenyei să îşi extindă proiectul de pilotare a Programului naţional de asistenţă juridică, care este foarte binevenit, acesta urmând să acopere legislaţia anti-discriminare, precum şi să opereze extinderea geografică a programului; (2) să recomande Guvernului Kenyei să elaboreze legislaţia care ar stabili mandatul, funcţiile şi competenţele Consiliului Naţional al Drepturilor Omului din Kenya, precum şi principiile şi conţinutul unei legislaţii speciale împotriva discriminării; (3) să recomande modificarea Legii privind ocuparea forţei de muncă a Kenyei, pentru a elimina secţiunea 3(5) care exclude zonele de prelucrare a exporturilor din sfera de aplicare a legii, precum şi adoptarea legislaţiei speciale împotriva discriminării în vederea extinderii domeniului protecţiei de la discriminare la domeniul muncii, pentru a-i cuprinde şi pe angajaţii din zonele de prelucrare a exporturilor.

[1] *Equal Rights Trust*, *Explicarea anomaliei: detenţia, discriminarea şi necesităţile de protecţie ale persoanelor apatride,* iulie 2010, disponibil pe: http://www.equalrightstrust.org/view-subdocument/index.htm?id=748

[2] Directiva Parlamentului şi Consiliului European 2004/38/EC din 29 aprilie 2004.

[3] Directiva Consiliului 2000/43/EC din 29 iunie 2000 privind implementarea principiului egalităţii de tratament a persoanelor indiferent de originea lor etnică sau rasială.

[4] *Sarkozy crackdown on foreign-born criminals/Sarkozy constrânge infractorii născuţi în străinătate*", *BBC ews,* 30 iulie 2010, disponibil pe: http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-10820457

[5] *Equal Rights Trust*, *Declaraţia principiilor egalităţii,* octombrie 2008, disponibil pe: http://www.equalrightstrust.org/endorse/index.htm

Protejarea Drepturilor Persoanelor Apatride

Raport de Eveniment, Geneva, 29 Septembrie 2010

Amal De Chickera şi Jim Fitzgerald[1]

La 29 septembrie 2010, Equal Rights Trust (ERT) şi Comisia Internaţională a Juriştilor (CIJ) au găzduit împreună un eveniment din cadrul Sesiunii a 15-a a Consiliului Naţiunilor Unite pentru Drepturile Omului cu genericul *Apatridia, discriminarea şi drepturile omului*. Evenimentul, care s-a desfăşurat la Palais des Nations, a fost prezidat de directorul executiv al ERT, Dimitrina Petrova. Printre vorbitori s-au numărat: (1) Volker Türk (director al Departamentului Protecţie Internaţională al Înaltului Comisariat ONU pentru Refugiaţi (ÎCNUR)); (2) Jan Borgen (adjunctul secretarului general al Comisiei Internaţionale a Juriştilor); (3) Tamás Molnár (consilier juridic principal al Ministerului de Interne al Republicii Ungaria şi (4) Amal de Chickera (şeful Departamentului Proiecte privind Apatridia şi Naţionaitatea al ERT). Ofiţerul de Advocacy şi Comunicare al ERT, Jim Fitzgerald a avut rolul de raportor al evenimentului.

Discuţiile în cadrul evenimentului au fost axate pe rezultatele studiului, *Explicarea anomaliei: detenţia, discriminarea şi necesităţile de protecţie ale persoanelor apatride*[2], realizat recent de ERT. Evenimentul a demarat cu proiecţia unui scurt film, produs de ERT şi intitulat *N-ai încotro merge*, în care două persoane apatride din Regatul Unit îşi împărtăşesc viziunile şi experienţele.

Volker Türk a vorbit despre mandatul şi viziunea ÎCNUR în privinţa apatridiei. El a accentuat importanţa implicării mai multor organizaţii în prioritizarea problemei şi unirea eforturilor în acest scop. Iată momentele-cheie pe care le-a menţionat dl Türk:

(1) A avea un dialog asupra apatridiei din perspectiva drepturilor omului este o idee foarte bună. *Explicarea anomaliei* înaintează un şir de idei interesante şi, pe alocuri, provocatoare, care trebuie examinate şi abordate.

(2) Din numărul estimativ de 12 milioane de apatrizi din lume, numai 6 milioane sunt la moment identificaţi şi incluşi în statisticile de nivel naţional. Identificarea apatrizilor este o chestiune complexă, văzută adesea de state drept o problemă politică.

(3) Există două instrumente specifice care reglementează apatridia – Convenţia din 1954 privind statutul apatrizilor şi Convenţia din 1961 privind reducerea apatridiei. Cu toate acestea, nivelul de ratificare a celor două acte este jos. Pe lângă aceasta, există şi o serie de instrumente juridice din domeniul dreptului internaţional al drepturilor omului, precum şi mecanisme regionale, în particular Consiliul Europei, dar şi alte instrumente legale

Photo credit: Massimo Frigo

Din stînga: Tamás Molnár, Volker Türk, Dimitrina Petrova, Jan Borgen şi Amal De Chickera la evenimentul din Geneva, 29 September 2010

privind problemele naţionalităţii/cetăţeniei. Cu toate acestea, standardele naţionale şi internaţionale din domeniu nu sunt consolidate şi lasă loc lacunelor.

(4) Faptul că ÎCNUR are un mandat în domeniul apatridiei nu este îndeajuns de bine cunoscut. Într-adevăr, tema apatridiei nu este răspândită şi cunoscută pe larg. Totuşi, ÎCNUR, care îşi extinde activitatea pentru asistarea apatrizilor din întreaga lume, se simte încurajat şi de atenţia sporită care se acordă acestei probleme.

(5) Dubla aniversare – a Convenţiei din 1962 privind reducerea apatridiei şi a Convenţiei din 1951 privind statutul refugiaţilor – oferă oportunitatea de a face advocacy la tema apatridiei, inclusiv pentru aderarea la cele două convenţii, reformarea legislaţiilor naţionale şi implementarea de măsuri de reducere a apatridiei. ÎCNUR va organiza mai multe evenimente cu această ocazie.

Volker Türk şi-a încheiat discursul prin a încuraja actorii societăţii civile să se implice în activităţile din domeniul apatridiei, dar şi prin a face apel la state să întreprindă măsuri pentru soluţionarea problemelor legate de apatridie. El a apreciat progresul înregistrat de Guvernul Ungariei, inclusiv aderarea la cele două convenţii privind apatridia şi implementarea procedurii de determinare a apatridiei.

Amal de Chickera a vorbit despre contextul activităţilor ERT în domeniu, după care a atras atenţia asupra provocărilor de ordin (1) juridic, (2) politic, (3) instituţional şi (4) a celor ce ţin de egalitate cu care se confruntă comunitatea drepturilor omului atunci când abordează problema apatridiei.

Provocarea de ordin **juridic** în cazul apatridiei constă în a promova un drept la naţionalitate/cetăţenie pentru toţi oamenii, asigurându-se, în acelaşi timp, ca lipsa cetăţeniei să nu aibă vreun impact negativ în realizarea celorlalte drepturi ale omului. La baza acestei provocări stă tensiunea dintre suveranitatea naţională şi drepturile universale ale omului.

Convenţia din 1954 este un document foarte important, deoarece introduce oligaţia de a recunoaşte apatridia şi a documenta persoanele apatride. Dar are şi limitări. În primul rând, fiind un document ce anticipează dezvoltarea noţiunii de „drepturi ale omului", Convenţia nu obligă statele să promoveze şi să protejeze drepturile apatrizilor. Astfel, în viziunea ERT, în timp ce organizaţiile societăţii civile ar trebui să continue să facă lobby pentru ratificarea Convenţiei, aceasta urmează a fi completată cu norme internaţionale privind drepturile omului. Mai mult ca atât, chiar dacă nu au ratificat Convenţia din 1954, statele trebuie să îşi îndeplinească obligaţiile din domeniul drepturilor omului în privinţa tuturor persoanelor (inclusiv a apatrizilor) în cadrul jurisdicţiilor lor. O obligaţie implicită din Convenţie este cea de a identifica apatrizii pe teritoriul statelor. Prin urmare, este foarte important ca toate statele să implementeze proceduri eficiente de determinare a apatridiei.

În ceea ce priveşte detenţia, atunci când un apatrid este în detenţie în contextul imigrării, repatrierea acestuia devine foarte problematică. În acest caz, în lipsa unor termene maxime de detenţie şi a unor măsuri de protecţie, apatrizii pot fi supuşi unei detenţii pe termen nedefinit. Standardele internaţionale din domeniul drepturilor omului, inclusiv cele ce se referă la detenţia arbitrară, tratamentul crud, inuman sau degradant, proporţionalitatea, necesitatea, dar şi dreptul la recurs trebuie să fie aplicate şi în contextul detenţiei apatrizilor. Cu cât mai atent examinăm situaţia apatrizilor, în particular detenţia acestora, cu atât mai clar devine faptul că multe dintre standardele juridice, pe care le considerăm evidente, sunt ignorate.

Din punct de vedere **politic,** apatrizii nu au voce. Ei nu creează formaţiuni politice şi, prin urmare, nu au acces la discursul politic. Mai mult ca atât, în multe state, acest discurs ia o întorsătură alarmantă împotriva imigranţilor, făcându-i pe apatrizi şi mai vulnerabili. Comunitatea drepturilor omului trebuie să găsească soluţia pentru a aduce problema apatridiei pe agenda politică a statelor. Aceasta este o provocare enormă la care nu există soluţii uşoare.

Amal De Chickera a analizat şi provocarea **instituţională** în privinţa apatridiei. Apatridia este o problemă din sfera drepturilor omului, dar ţine şi de imigrare şi refugiaţi. Aceasta face parte din mandatul organizaţiilor din domeniile drepturilor omului, al refugiaţilor şi imigrării, dar foarte puţine dintre ele au dat prioritate problemei în cauză. Nu s-a făcut destul nici în domeniul drepturilor omului, nici în cel al refugiaţilor. La nivel instituţional, mai multe organizaţii ar trebui să pună accentul pe apatridie. Ele trebuie să fie conştiente de implicaţiile pe care le are apatridia în domeniile lor de specialitate, fie că e vorba de detenţie, drepturile femeii sau ale copilului, fie de serviciile de azil. Este la fel de important de a eficientiza cooperarea dintre organizaţiile ce activează în acest domeniu. Trebuie să identificăm noi căi de a colabora, a face schimb de experienţă şi de cunoştinţe şi, astfel, să mergem înainte.

Vorbind despre **egalitate**, De Chickera a scos în evidenţă trei elemente:

1) Discriminarea care-i afectează pe apatrizi în propria ţară, atât în privinţa dreptului la cetăţenie, cât şi în alte aspecte. Situaţia cu care se confruntă populaţia rohingya în Birmania ar fi cel mai relevant exemplu în acest sens.

2) Discriminarea care îi afectează pe imigranţii apatrizi, mulţi dintre care trăiesc în ţările dezvoltate şi adesea se confruntă cu restrângeri inechitabile ale dreptului lor la

muncă şi la bunăstare socială, precum şi sunt deţinuţi în mod arbitrar, aşteptând să fie expulzaţi.

3) Inegalităţi în tratamentul la care sunt supuşi apatrizii. Aceste inegalităţi apar ca rezult al distincţiei făcute dintre apatrizii *de jure* (cei care nu au o cetăţenie legală) şi apatrizii *de facto* (cei care au o cetăţenie complet neefectivă). Convenţia din 1954 prevede doar obligaţia de a proteja apatrizii *de jure*, instituind, astfel, o ierarhie în rândul comunităţii apatrizilor şi marginalizând apatrizii *de facto*.

Cum să abordăm această ierarhie? Există un şir de abordări posibile:

a. de a extinde definiţia apatridiei *de jure* astfel ca aceasta să cuprindă şi persoanele care au fost atribuite tradiţional categoriei de apatrizi *de facto*;

b. de a face lobby ca guvernele să asigure protecţie egală apatrizilor *de facto*, în conformitate cu recomandările actelor finale ale convenţiilor privind apatridia;

c. de a aborda problema din perspectiva protecţiei acordate şi de a elimina distincţia dintre apatridia *de jure* şi cea *de facto*, pentru a ocroti în mod egal toate persoanele care necesită protecţie din cauza ineficienţei cetăţeniei lor.

ERT susţine cea de-a treia abordare, dar aceasta reprezintă, în mare măsură, un scop pe termen lung. Pe termen scurt, trebuie să fie asigurată o protecţie maximă a apatrizilor prin primele două abordări.

Tamás Molnár a avut un rol-cheie în elaborarea procedurii de determinare a apatridiei în Ungaria. El a vorbit despre cele mai importante prevederi ale acestei proceduri. În anul 2007, procesul de elaborare a noii legi privind imigrarea în Ungaria şi a altor două instrumente a implicat dezvoltarea unei noi proceduri de determinare a apatridiei. Cele trei instrumente legale sunt: (1) Legea nr. II din 2007 privind intrarea şi şederea cetăţenilor ţărilor terţe, capitolul VIII, articolele 76-86; (2) Decretul Guvernului nr. 114/2007, articolele 159-169 (reglementări mai detaliate privind implementarea legii) şi (3) Decretul ministerial nr. 28/2007.

În conformitate cu legea şi cele două decrete a fost elaborată o nouă procedură, pusă în practică începând cu 1 iulie 2007. Procedura se referă doar la persoanele apatride care **se află legal** în ţară. Procedura se declanşează prin **cererea** persoanei (prezentată oral sau în scris) şi este gratuită, inclusiv în faza judiciară. Pe durata întregului proces, persoanelor le este oferită asistenţă juridică gratuită, precum şi acces la interpret. Procedura porneşte de la convingerea autorilor privind necesitatea de a stabili dacă lipsa vreunei relaţii de cetăţenie a persoanei cu un stat este nerezonabilă din punct de vedere practic, dată fiind dificultatea de a proba acest fapt. Astfel, aplicantului i se cere să **probeze** sau să **fundamenteze** dacă este apatrid doar în cazul „ţărilor de interes", care sunt:

a) ţara în care s-a născut persoana;

b) ţara în care persoana a avut reşedinţa precedentă; şi

c) ţara a cărei cetăţenie o deţin membrii familiei respectivei persoane.

Departamentele regionale şi ÎCNUR urmează să ofere asistenţă administrativă în **colectarea probelor**. La etapa documentării sunt cerute mai puţine formalităţi, recunoscându-se dificultatea în dobândirea actelor relevante. Informaţia privind legile despre cetăţenie

este colectată de autorităţi prin misiunile diplomatice ale Ungariei peste hotare, ÎCNUR etc. Astfel, **sarcina probării este partajată** între diferiţi actori.

Decizia urmează a fi luată într-un termen ce nu depăşeşte 45 de zile lucrătoare. În cazul în care persoana este **recunoscută** drept apatrid, acesteia i se eliberează un permis de şedere cu scop umanitar (pe durata unui an, care poate fi prelungit în fiecare an) şi actele de identitate sau un document de călătorie bilingv (1 an + 6 luni, la preţul de 18 euro). În caz de **refuz**, persoana poate ataca în recurs această hotărâre la Curtea Metropolitană din Budapesta, care deţine competenţa exclusivă în această categorie de cauze. Cererea va fi urmată de o audiere personală, după care va fi luată decizia, în termen ce nu depăşeşte 90 de zile. ÎCNUR se poate implica în oricare fază a procesului. Acesta poate (1) să asiste la audiere; (2) să ofere asistenţă administrativă; (3) să examineze dosarele şi să facă copii de pe ele; (4) să primească copiile deciziilor administrative şi judiciare.

Jan Borgen a formulat câteva concluzii în baza prezentărilor participanţilor şi a vorbit despre misiunea pe care o avem – de a spori nivelul de conştientizare privind problema apatridiei. El a remarcat că Ungaria, cu procedura ei de determinare a apatridiei, este o excepţie. Puţine state recunosc că există o astfel de problemă. Prin urmare, mai este mult de făcut în direcţia protejării persoanelor apatride.

Discuţiile asupra modurilor de a face faţă provocărilor impuse de apatridie trebuie să continue. Dl Borgen a remarcat că apatridia este o problemă veche, dar raportul ERT atrage atenţia asupra componentei ce ţine de drepturile omului, pe care o prezintă într-o nouă lumină: apatridia este o problemă a drepturilor omului, nu doar una umanitară. Trebuie să ne gândim cum ar trebui constituită o coaliţie pentru a promova o mai bună protecţie a apatrizilor. În această privinţă, organizaţiile din domeniul drepturilor omului urmează să fie mai active. ÎCNUR ar trebui să examineze noi posibilităţi, mai largi, de implicare în protejarea apatrizilor, mai ales în contextul eforturilor de lobby, pentru ca Guvernele să adere la convenţiile privind apatridia.

Evaluarea periodică universală (EPU) oferă un context prin care statele care discriminează şi abuzează de drepturile apatrizilor pot fi trase la răspundere. Societatea civilă trebuie să facă uz de EPU pentru a aborda problema apatridiei. Organele tratatelor nu s-au grăbit să recunoască problema apatridiei şi ar trebui să fie încurajate să o prioritizeze pe viitor. În acelaşi context, raportorii speciali având un mandat ce include apatridia au un rol mare de jucat.

Ca urmare a celor patru prezentări, participanţii s-au antrenat într-o discuţie activă, abordând mai multe chestiuni complexe, inclusiv ce vizează anumite grupuri de apatrizi, precum comunităţile bihari, palestiniene, rohingya şi somaleze din diferite ţări.

---

[1] Amal De Chickera este şeful Departamentului Proiecte privind Apatridia şi Naţionalitatea al ERT. Jim Fitzgerald este ofiţerul de advocacy şi comunicare al ERT.

[2] The Equal Rights Trust, *Explicarea anomaliei: detenţia, discriminarea şi necesităţile de protecţie ale persoanelor apatride,* iulie 2010, disponibil pe: http://www.equalrightstrust.org/view-subdocument/index.htm?id=748

Informaţii cu privire la Proiectele Curente ale ERT

Discriminarea în organele de drept şi decesele în detenţie

Lansat în anul 2007, proiectul are trei obiective de bază: (i) de a sistematiza cunoştinţele existente în domeniul conexiunii dintre decesele în detenţie şi politicile sau comportamentele discriminatorii ale organelor de drept; (ii) de a promova înţelegerea globală a interdependenţei dintre decesele în locurile de detenţie şi discriminarea şi (iii) de a elabora şi promova noi instrumente de advocacy care să completeze actualele tehnici şi standarde de investigare.

ERT lucrează împreună cu cercetătorii din Nigeria, India şi SUA la pregătirea materialelor pentru publicaţie. Aceste materiale vor acoperi lacunele din publicaţiile existente şi analizele privind eventualele conexiuni dintre decesurile în detenţie, identitatea celor care decedează şi egalitatea şi discriminarea – inclusiv discriminarea din partea organelor de drept. La moment, cercetarea confirmă necesitatea elaborării unui cadru analitic al discriminării şi egalităţii care să îi ajute pe factorii de decizie în elaborarea politicilor, iar pe legislatori, practicieni şi promotori ai drepturilor omului în prevenirea mai eficientă a deceselor în locurile de detenţie.

Raportul a identificat anumite tendinţe/tipare larg răspândite de încălcare a drepturilor omului în mai multe ţări, inclusiv Nigeria şi SUA, în care vulnerabilitatea victimelor este condiţionată de combinarea criteriilor de rasă, statut socio-economic, naţionalitate şi sănătate mentală.

Detenţia persoanelor apatride

Proiectul dat a demarat în luna mai 2008 cu scopul de a consolida măsurile de protecţie a persoanelor apatride care se află sub vreo formă de detenţie condiţionată, cel puţin parţial, de statutul lor de apatrizi, precum şi de a asigura exercitarea fără discriminare de către aceştia a dreptului de a fi eliberaţi din detenţia arbitrară. Înaltul Comisariat ONU pentru Refugiaţi (ÎCNUR) şi alte organizaţii şi-au exprimat convingerea că persoanele apatride nu trebuie să fie deţinute doar în temeiul statutului lor de apatrizi. Dacă nu există o alternativă detenţiei, durata ei maximă trebuie să fie specificată, în baza unor criterii definite îngust şi strict. Cu toate acestea, principiul dat nu s-a regăsit în standardele sau practica internaţională ori naţională. Progresul în această direcţie este împiedicat de lipsa informaţiilor privind cazurile de detenţie a persoanelor apatride, inclusiv de detenţie prelungită sau cu termen nedefinit. Astfel, proiectul urmăreşte două obiective interdependente: (i) de a documenta cazurile de detenţie şi alte forme de constrângere fizică a persoanelor apatride (*de jure* şi *de facto*) din întreaga lume şi (ii) de a utiliza această informaţie pentru elaborarea unei analize juridice detaliate ca bază pentru activităţile de advocacy de nivel naţional şi internaţional orientate împotriva detenţiei arbitrare a apatrizilor.

În iulie 2010, ERT a publicat un raport cuprinzător, de 260 de pagini, intitulat *Explicarea anomaliei: detenţia, discriminarea şi necesităţile de protecţie ale persoanelor apatride*, care a oferit o bază solidă pentru activităţile

ulterioare de advocacy. Puteţi vedea mai jos activităţile ERT din cadrul acestui proiect de la data publicării volumului 5 al ERR, în august 2010.

La sfârşitul lunii septembrie 2010, ERT a organizat, în parteneriat, un eveniment cu genericul *Apatridia, discriminarea şi drepturile omului*, desfăşurat în cadrul Sesiunii a 15-a a Consiliului Naţiunilor Unite pentru Drepturile Omului, care a avut loc la Geneva. Printre vorbitori s-au numărat Volker Türk, director al Departamentului Protecţie Internaţională ÎCNUR, şi Tamas Molnar, consilierul juridic al Ministerului de Interne al Ungariei. De asemenea, la Geneva, ERT a participat la un şir de întruniri pe tema apatridiei cu organizaţiile de bază din domeniul drepturilor omului, inclusiv ÎCNUR, Oficiul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului, Comitetul împotriva Torturii şi Comitetul pentru Eliminarea Discriminării Rasiale.

ERT şi-a început activitatea în SUA, în parteneriat cu Clinica Juridică din cadrul Facultăţii de Drept a Universităţii din Washington. Cu suportul ERT, Clinica Juridică îşi axează demersul pe încurajarea organizaţiilor relevante ale societăţii civile din SUA să prioritizeze subiectul apatridiei în activitatea lor, realizând instruiri la temă şi implementând activităţi de advocacy întru promovarea proiectului de lege privind protecţia refugiaţilor (Proiectul O'Leahy), care conţine o secţiune vizând identificarea şi protecţia persoanelor apatride în Statele Unite.

De asemenea, ERT îşi continuă activitatea de advocacy şi în Regatul Unit. Ca organizaţie membră a Forului cu privire la detenţie, ERT a fost unul dintre semnatarii adresării către Damien Green, Ministrul Imigrării, care făcea apel pentru revizuirea sistemului de detenţie a imigranţilor din Regatul Unit. În noiembrie 2010, ERT a participat la prima reuniune parlamentară a Forului cu privire la Detenţie, care a avut loc în Camera Comunelor. Întrunirea a fost prima de acest fel, organizată de For pentru a încuraja implicarea parlamentarilor în discutarea problemelor legate de detenţia imigranţilor.

În cadrul lansării raportului Grupului Londonez de Susţinere a Deţinuţilor (London Detainee Support Group), intitulat *Fără întoarcere, fără eliberare, fără motiv,* eveniment organizat la Londra, Amal de Chickera, coordonatorul proiectului, a ţinut un discurs la tema *Apatridia şi detenţia imigranţilor*. În aceeaşi perioadă, ERT s-a întrunit şi cu Asylum Aid şi reprezentanţa ÎCNUR în Regatul Unit, care

(de la stânga) Lordul Lester de Hern Hill QC (Regatul Unit), judecătoarea Kate O'Regan (Africa de Sud) şi judecătorul Altamis Kabir (India) la Colocviu Judecătorilor, Delhi, 30 ianuarie 2011

Participanţii Colocviului Judecătorilor, Delhi, 30 ianuarie 2011

Photo credits: Ajanta Kaza and The Bar Human Rights Committee

implementează în parteneriat un proiect de cartografiere în domeniul apatridiei în Regatul Unit, pentru a discuta asupra strategiilor comune de advocacy.

În decembrie 2010, Stefanie Grant a reprezentat ERT în cadrul celei de-a doua întruniri a experţilor în domeniul apatridiei, organizată de ÎCNUR la Geneva. Această întrunire s-a axat pe procedurile de determinare a apatridiei şi pe statutul de apatrid.

Promovarea implementării mai eficiente a Legii cu privire la nediscriminare în India

Proiectul a fost lansat în mai 2009, cu suportul Biroului de Relaţii Externe al Regatului Unit, în parteneriat cu Reţeaua Juridică a Drepturilor Omului din Delhi (HRLN). Scopul său este de a consolida capacităţile ONG-urilor şi juriştilor în implementarea legislaţiei şi politicilor privind egalitatea şi nediscriminarea în India, prin promovarea standardelor şi bunelor practici naţionale, regionale şi internaţionale.

ERT şi HRLN au continuat lucrul asupra unui manual cuprinzător pentru asistenţii juridici şi juriştii din domeniul drepturilor omului, ce se axează pe legislaţia din domeniul egalităţii şi nediscriminării din India prezentată dintr-o perspectivă internaţională şi comparativă, care va fi publicat şi distribuit pe larg juriştilor, activiştilor şi reprezentanţilor sistemului judiciar.

Photo credit: Ajanta Kaza and The Bar Human Rights Committee

Participanţii Colocviului Judecătorilor, Delhi, 30 ianuarie 2011

Între 29 şi 30 februarie, ERT şi HRLN au găzduit un Colocviu al Judecătorilor privind Dreptul Egalităţii şi Nediscriminării, în incinta Bibliotecii şi Muzeului din cadrul Memorialului lui Nehru din Delhi. La colocviu au participat 35 de judecători din cadrul Curţii Supreme şi al Înaltei Curţi din India, inclusiv A. Kabir J, viitorul preşedinte al Curţii Supreme. La întrunire au participat şi următorii invitaţi internaţionali: Joshua Castellino, Richard Hermer QC, Lordul Lester de Herne Hill QC, Sapna Malik, Colm O'Cinneide, Kate O'Regan, Elizabeth Palm şi Lordul Walker de Gestingthorpe. Colocviul a acoperit un spectru larg de teme, inclusiv (1) *Practica judiciară recentă a instanţelor indiene în domeniul egalităţii şi nediscriminării*; (2) *Legea privind egalitatea din 2010 şi jurisprudenţa recentă a curţilor din Regatul Unit*; (3) *Discriminarea pe criteriu de gen şi orientare sexuală în Africa de Sud* şi (4) *Discriminarea rasială în Europa*. Participanţii au apreciat faptul că acest colocviu a oferit o oportunitate unică pentru schimbul de idei şi experienţe privind dezvoltarea legislaţiei şi a practicii judiciare în domeniul egalităţii şi nediscriminării.

Abilitarea grupurilor dezavantajate din Kenya prin combaterea discriminării şi promovarea egalităţii

Proiectul a demarat în iulie 2009 cu scopul de a consolida capacităţile organizaţiilor societăţii civile (OSC) din Kenya întru asumarea unui rol-cheie în constituirea unui regim naţional anti-discriminare. ERT conlucrează cu două organizaţii partenere din regiune – Federaţia Femeilor Juriste (FIDA-Kenya) şi

Comisia Kenyană pentru Drepturile Omului (KHRC) la implementarea unui şir de activităţi îndreptate spre promovarea adoptării unei legislaţii cuprinzătoare în domeniul anti-discriminării, inclusiv elaborarea unei legi speciale împotriva discriminării şi adoptarea unei strategii comune a societăţii civile, pentru promovarea egalităţii.

În vara anului 2010, ERT şi organizaţiile partenere au elaborat o Hartă legislativă detaliată, pentru proiectul Legii împotriva discriminării. În octombrie 2010 a fost elaborată o ediţie simplificată a Declaraţiei principiilor pentru dreptul egalităţii, cu scopul de a fi utilizată ca bază pentru asigurarea susţinerii din partea unui spectru larg de organizaţii ale societăţii civile în introducerea unei noi legi privind egalitatea. În perioada 18-28 octombrie, consultantul ERT Barbara Cohen şi consultantul kenyan Sarah Kinyanjui au organizat trei ateliere de câte o zi pentru organizaţiile comunitare în trei centre regionale: Mombasa, Nakuru şi Kisumu. Combinând activităţile de instruire cu cele de sporire a nivelului de conştientizare a problemei, atelierele au asigurat suport din partea organizaţiilor comunitare Declaraţiei de principii, precum şi acordul acestora de a participa în activităţile de sporire a nivelului de conştientizare.

Începând cu luna octombrie, ERT şi organizaţiile sale partenere au fost implicate în activităţi de advocacy pentru a susţine adoptarea noului proiect de Lege împotriva discriminării. Eforturile au fost centrate pe oportunităţile oferite de un pasaj al noii Constituţii, care cere guvernului să introducă legislaţia relevantă pentru constituirea unei noi Comisii Naţionale pentru Egalitate şi Drepturile Omului din Kenya. Abordarea ERT şi a partenerilor săi a constat în argumentarea faptului că pentru ca mandatul comisiei în domeniul egalităţii să fie efectiv, această legislaţie trebuie să conţină prevederi substanţiale pentru un drept al egalităţii, inclus în Harta legislativă. Partenerii proiectului s-au întrunit cu Comisia privind Reforma Legislativă a Kenyei şi au participat la o masă rotundă, organizată de Comisia Naţională pentru Drepturile Omului din Kenya (KNCHR) existentă la moment, în cadrul căreia au fost discutate o serie de propuneri. Ca urmare a întrunirii, a fost elaborat un aviz oficial detaliat la propunerile KNCHR, iar activităţile de advocacy, cu scopul asigurării de suport actorilor de bază în adoptarea abordării partenerilor de proiect şi includerea prevederilor Hărţii legislative în noua legislaţie, au continuat.

Penultimul atelier din cadrul proiectului, organizat în februarie 2011 la Nairobi, s-a axat pe juriştii practicieni. Atelierul a combinat elemente de instruire tehnică cu cele de sporire a nivelului de conştientizare privind importanţa legislaţiei speciale împotriva discriminării pentru juriştii practicieni. Atelierul a fost organizat în contextul unei dezbateri publice despre necesitatea reformei legale în domeniul egalităţii şi a atras atenţia actorilor din domeniu şi a mass-media. În prezent, se planifică organizarea unui eveniment la Londra, în martie 2011, prin care să fie promovată abordarea şi realizările proiectului şi să fie consolidată susţinerea juriştilor din domeniul egalităţii, pentru continuarea lucrului la legea anti-discriminare, ca un mijloc de reducere a sărăciei în ţările în curs de dezvoltare.

Promovarea drepturilor LGBT într-un cadru unificat al egalităţii

Proiectul a început în luna octombrie 2009. Bazându-se pe cadrul conceptual al Declaraţiei principiilor egalităţii, scopul proiectului este de a elabora un studiu care să cartografieze diversele abordări, existente şi posibile, în promovarea drepturilor LGBTI. Ca parte a acestui proiect, ERT este în proces de realiza-

Photo credit: Tenaganita

Dimitrina Petrova, Andrew Khoo şi Prof. Shad Faruqi la Forul pentru Egalitate , Kuala Lumpur

re a unei publicaţii privind drepturile LGBTI şi islamul, precum şi de promovare a acestor drepturi în ţările cu o cultură islamică pronunţată, în baza cadrului integrat al drepturilor privind egalitatea. În paralel, ERT elaborează o publicaţie care să examineze rolul legislaţiei în domeniul egalităţii şi nediscriminării în promovarea drepturilor LGBTI în ţările Comunităţii Britanice a Naţiunilor.

Malaezia: abilitarea societăţii civile în combaterea discriminării prin advocacy şi litigare colectivă

Proiectul a demarat în martie 2010 şi este desfăşurat cu susţinerea Comisiei Europene şi a altor donatori, în parteneriat cu ONG-ul Tenganita cu sediul în Kuala Lumpur. Scopul acestuia este de a consolida rolul societăţii civile malaeze în implementarea prevederilor Constituţiei federale privind egalitatea şi anti-discriminarea, în concordanţă cu legislaţia internaţională. Proiectul are două obiective strategice specifice: (i) de a spori capacitatea organizaţiilor societăţii civile şi a altor profesionişti cu scopul de a îmbunătăţi procesul de implementare a dreptului la egalitate şi nediscriminare în condiţiile Constituţiei federale şi de a constitui un regim naţional anti-discriminare prin intermediul litigării şi

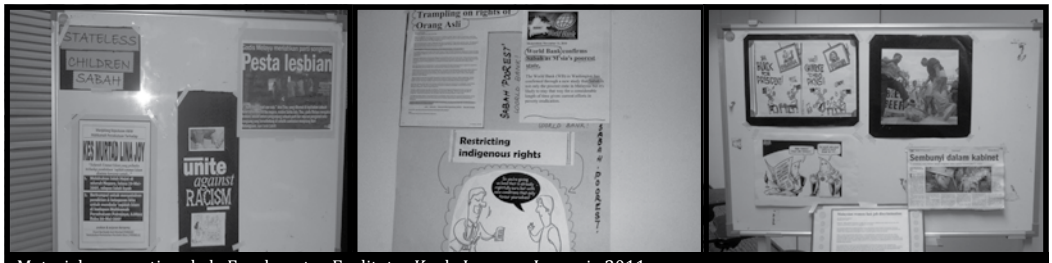


Photo credit: Tenaganita

Materiale promoţionale la Forul pentru Egalitate , Kuala Lumpur, Ianuarie 2011

Photo credits: Tenaganita

Dimitrina Petrova, Director Executiv al ERT

Irene Fernandez, Director Executiv al Tenaganita

a activităţilor de advocacy cu caracter public; (ii) de a crea un cadru instituţional pentru dialog în rândul reprezentanţilor societăţii civile şi pentru intervenţie strategică în domeniile egalităţii şi discriminării prin constituirea unui For pentru Egalitate.

Prin intermediul proiectului a fost constituit un For pentru Egalitate cu scopul de a oferi organizaţiilor societăţii civile o platformă pentru a purta discuţii asupra egalităţii şi a atrage în acest dialog diverşi actori. Începând cu luna ianuarie 2011, au fost organizate trei reuniuni ale Forului pentru Egalitate, în cadrul fiecăreia fiind reprezentate peste 30 de organizaţii ale societăţii civile. În cadrul celei de-a treia întruniri, desfăşurate pe data de 29 ianuarie, Dimitrina Petrova, directorul executiv al ERT, a susţinut o prelegere intitulată *Principiile egalităţii şi abordarea europeană a egalităţii rasiale*. Discriminarea pe criteriu de rasă este o problemă majoră în Malaezia, populaţia de aici bucurându-se de mai multe privilegii controversate garantate de Constituţie în aspectele-cheie ale vieţii.

În cadrul proiectului a fost executat un studiu iniţial, care oferă o perspectivă generală asupra capacităţilor şi necesităţilor de instruire ale societăţii civile. Luând ca bază rezultatele acestui studiu, ERT şi Tenganita pregătesc un atelier de instruire în domeniul legislaţiei cu privire la egalitate şi nediscriminare, care va avea loc în iunie 2011 în Kuala Lumpur. Totodată, se fac cercetări pentru publicarea unei analize a jurisprudenţei naţionale din domeniile egalităţii şi nediscriminării în Malaezia. Pe lângă aceasta, partenerii de implementare au început să identifice potenţialele oportunităţi de intervenţie în cauzele de litigare strategică ce implică dreptul la egalitate şi nediscriminare în Malaezia.

Consolidarea protecţiei juridice şi sporirea nivelului de conştientizare cu privire la aplicarea relelor tratamente pe motiv de discriminare în Moldova, inclusiv în regiunea transnistreană

Proiectul a demarat în martie 2010, cu susţinerea Comisiei Europene şi a altor donatori, în parteneriat cu Organizaţia Promo-LEX din

Moldova. Scopul acestui proiect, cu durata de 18 luni, este de a contribui la consolidarea protecţiei juridice faţă de aplicarea relelor tratamente pe motiv de discriminare şi sporirea nivelului de conştientizare al actorilor implicaţi privind aplicarea relelor tratamente pe motiv de discriminare.
Proiectul urmăreşte nouă obiective speciale, şi anume:
1. de a dezvolta parteneriate-cheie de litigare cu alte ONG-uri naţionale specializate în promovarea respectării drepturilor grupurilor vulnerabile;
2. de a spori aplicarea principiilor internaţionale din domeniul drepturilor omului cu privire la interzicerea relelor tratamente şi a nediscriminării în procesele de judecată naţionale;
3. de a oferi reprezentare juridică în faţa instanţelor naţionale şi internaţionale victimelor relelor tratamente pe motiv de discriminare;
4. de a oferi asistenţă partenerilor locali în cauzele de judecată;
5. de a întreprinde eforturi de consolidare a abilităţilor juridice în scopul dezvoltării cunoştinţelor şi conştientizării de către actorii societăţii civile a naturii şi amplorii relelor tratamente pe motiv de discriminare;
6. de a stabili un dialog cu partenerii-cheie şi instituţiile statului;
7. de a contribui la publicarea *The Equal Rights Review*;
8. de a produce şi disemina un raport privind aplicarea relelor tratamente pe motiv de discriminare în Republica Moldova, inclusiv regiunea transnistreană.

Scopul proiectului este de a atinge aceste obiective prin următoarele activităţi: (i) identificarea şi dezvoltarea cazurilor de litigare strategică; (ii) publicarea unui raport privind aplicarea relelor tratamente pe motiv de discriminare în Republica Moldova, inclusiv regiunea transnistreană; (iii) traducerea şi diseminarea *The Equal Rights Review* în rândul actorilor relevanţi din Republica Moldova şi (iv) întreprinderea unor activităţi de advocacy, intervenind prin scrisori de îngrijorare adresate organelor de drept şi autorităţilor locale prin care să se susţină persoanele care cer investigarea cazurilor presupuse de aplicare a relelor tratamente pe motiv de discriminare.

În august 2010, ERT a desfăşurat la Chişinău, Moldova, un curs de instruire pentru circa 30 de observatori şi alţi apărători ai drepturilor omului. Instruirea s-a axat pe teme care se află la intersecţia dreptului egalităţii şi a dreptului de a nu fi torturat sau supus altor rele tratamente şi s-a referit la legislaţia relevantă, jurisprudenţa şi aspectele specifice, precum şi la monitorizarea relelor tratamente în bază de discriminare. În septembrie 2010 ERT a expediat scrisori pe numele dlui Valeriu Zubco (procuror general), dnei Valetina Buliga (ministrul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei) şi dlui Victor Catană (ministrul Afacerilor Interne) cu referire la cazurile de violenţă domestică în privinţa a 3 femei asistate de Promo-LEX. Scrisorile solicitau implementarea integrală a modificărilor legislative recente referitoare la prevenirea şi combaterea violenţei în familie, pentru a asigura protecţia acestor victime ale violenţei de suferinţele la care continuau să fie supuse de către agresori.

În luna noiembrie 2010, Libby Clarke, coordonatorul proiectului, a reprezentat ERT în cadrul evenimentului de lansare a publicaţiei *The Equal Rights Review* în limba română. Aceasta a explicat filozofia care stă la baza revistei, precum şi rolul-cheie al acesteia ca parte a strategiei ERT, după care a prezentat publicului volumul 4 al *The Equal Rights Review* – primul volum tradus în română, axat pe importanţa promovării unei viziuni comune asupra egalităţii a luptătorilor pen-

tru drepturile LGBT. Ulterior, Doina Ioana Străisteanu, jurista Promo-LEX responsabilă pentru implementarea acestui proiect, a ţinut o prelegere privind violenţa împotriva femeilor în Republica Moldova, evidenţiind

Photo credit: Promo-LEX

(de la stânga) a doua de la stînga Libby Clarke (ERT) şi Doina Ioana-Străisteanu (Promo-LEX) în cadrul evenimentului public din Chişinău, Noiembrie 2010

faptul implementării insuficiente a prevederilor legislaţiei naţionale destinate prevenirii acestor rele tratamente cu caracter discriminatoriu.

În cadrul proiectului, ERT şi Promo-LEX vor elabora un *Raport privind discriminarea şi relele tratamente în Moldova.* Lucrul la capitolele ce conţin constatările raportului a fost

Photo credit: Promo-LEX

Dr. Krassimir Kanev desfăşurând o instruire privind abilităţile de intervievare în cadrul seminarului ERT din Chişinău, 3 august 2010

realizat de o echipă de observatori numiţi de Promo-LEX. Un alt aspect al proiectului constă în colaborarea dintre ERT şi Promo-LEX în susţinerea cauzelor de litigare strategică ce vor fi selectate. Promo-LEX a identificat câteva cazuri potenţiale, examinate în prezent în instanţele de judecată din ţară, inclusiv: (i) un caz de violenţă domestică cu implicarea unei femei de 71 de ani; (ii) un caz de trafic ce implică violenţă sexuală îndreptată împotriva a 3 minore din regiunea transnistreană a Moldovei; (iii) un caz privind sinuciderea unui bărbat homosexual după ameninţările pe care le-a primit din partea unui poliţist şi (iv) decesul unu bărbat cu dizabilităţi într-o instituţie medicală.

Discriminarea şi tortura în Nigeria

În august 2010, ERT a lansat acest proiect cu susţinerea Fondului Voluntar al Organizaţiei Naţiunilor Unite pentru Victimele Torturii (UNVFVT) cu scopul de a oferi asistenţă practică şi juridică pentru 20 de victime ale torturii bazată pe discriminare, din Nigeria. ERT şi partenerii săi din Nigeria au elaborat rezumatele de caz, ce descriu asistenţa de care au nevoie 20 de victime ale torturii, după care au obţinut pachetele de asistenţă prevăzute în aceste rezumate, care includ depunerea cererilor de revendicare a compensaţiei (în toate 20 de cazuri) şi asistenţă medicală, psihologică şi socială, în funcţie de caz.

Promovarea drepturilor LGBT în Kenya într-un cadru unificat al egalităţii

Proiectul a demarat în octombrie 2010, cu suportul Arcus Foundation. În primul an de planificare şi pilotare, proiectul îşi propune să instituie un parteneriat eficient dintre ERT, Coaliţia Gayilor şi Lesbienelor din Kenya (GALCK) şi Comisia Kenyană pentru Drepturile Omului (KHCR) cu scopul de a elabora strategii de consolidare a protecţiei juridice

a persoanelor LGBT din Kenya, precum şi de a promova egalitatea care să includă orientarea sexuală şi identitatea de gen. Proiectul se bazează pe premisa că se poate contribui productiv la activităţile de advocacy pentru drepturile LGBT prin implementarea unui cadru unificat al egalităţii, promovat de ERT şi consfinţit în Declaraţia principiilor egalităţii (2008).

La sfârşitul lunii noiembrie-începutul lunii decembrie, directorul executiv al ERT, Dimitrina Petrova a întreprins o misiune de lucru de zece zile în Kenya, vizitând oraşele Nairobi, Mombasa şi Districtul Tukana. Această misiune a oferit ERT oportunitatea de a aduna mărturii şi a realiza documentarea modelelor şi tendinţelor discriminării în Kenya, în particular investigarea cazurilor de discriminare a persoanelor LGBT, precum şi de discriminare etno-regională care îi afectează pe cei ce locuiesc în Districtul Tukana, o regiune izolată şi marginalizată din Kenya de Nord-Est. Vizita de studiu va servi la elaborarea unui manual privind combaterea discriminării şi a unui studiu de fezabilitate, care vor constitui produse ale proiectului.

Încorporarea egalităţii în Noua Constituţie a Kenyei

Proiectul a fost lansat în luna octombrie a anului 2010, în parteneriat cu Comisia Kenyană pentru Drepturile Omului. Proiectul prevede elaborarea unui raport detaliat pe ţară privind discriminarea în Kenya; desfăşurarea de instruiri pentru judecători, specialişti din domeniul sănătăţii şi educaţiei şi anumiţi deputaţi; dezvoltarea a şase cauze de litigare strategică privind noile elemente de drept introduse de proaspăta Constituţie; elaborarea şi desfăşurarea campaniei de informare *Your Rights* (*Drepturile tale*) cu privire la extinderea dreptului la nediscriminare în condiţiile noii Constituţii.

În perioada octombrie-noiembrie 2010, a fost realizat un progres considerabil în studiul documentar şi în faza de pregătire a proiectului raportului pe ţară privind discriminarea. În faza următoare a proiectului, un consultant/angajat al ERT împreună cu un consultant kenyan vor întreprinde o vizită de cercetare de 10 zile pentru a obţine mărturii care să dea mai multă substanţă raportului înainte de publicarea acestuia în al doilea trimestru al anului 2011.

Abilitarea societăţii civile din Sudan în combaterea discriminării

Proiectul a demarat în octombrie 2010, cu susţinerea Comisiei Europene. Scopul acestuia este de a dezvolta capacităţile societăţii civile în promovarea unei protecţii mai eficiente împotriva discriminării, prin organizarea de instruiri, elaborarea unui raport pe ţară privind discriminarea şi constituirea unei coaliţii a societăţii civile care să întreprindă măsuri de advocacy. Astfel, proiectul are scopul de a lărgi spaţiul disponibil pentru activităţile de advocacy ale societăţii civile pe subiecte ce ţin de drepturile omului, într-o societate în care libertăţile civile au fost grav limitate în ultimii ani.

Date fiind condiţiile dificile existente în Sudan în acest moment (inclusiv referendumul privind independenţa Sudanului de Sud, care a avut loc în ianuarie 2011), ERT şi organizaţia sa parteneră, Organizaţia Sudaneză pentru Cercetare şi Dezvoltare (Sudanese Organisation for Research and Development – SORD), au efectuat o planificare detaliată a activităţilor proiectului şi o evaluare a riscurilor. Constatările acestui exerciţiu au arătat că activităţile proiectului sunt implementabile, dar şi că trebuie identificate priorităţi specifice pentru activităţile de advocacy, astfel încât acestea să fie realizabile. Partene-

rii lucrează în prezent la desfășurarea unui studiu inițial, care implică cercetarea documentelor privind tendințele discriminării și inegalității, un audit legislativ și o evaluare a capacităților și necesităților societății civile. Totodată, sunt în curs de planificare trei ateliere de instruire care vor fi desfășurate în 2011.

Guyana: abilitarea societății civile pentru contestarea legilor homofobe și a discriminării față de persoanele LGBT

Proiectul, demarat în octombrie 2010 cu susținerea Comisiei Europene, are scopul de a consolida capacitățile societății civile în contestarea discriminării împotriva persoanelor LGBTI, atât prin îmbunătățirea aptitudinilor și capacităților tehnice ale organizațiilor LGBTI, cât și prin promovarea unei cooperări mai active dintre organizațiile LGBTI și alte ONG-uri din domeniul drepturilor omului. Proiectul presupune organizarea de instruiri în domeniul legislației cu privire la drepturile omului și nediscriminarea, constituirea unui for al societății civile și elaborarea unui raport pe țară.

În primele trei săptămâni ale inițiativei, partenerii de proiect ai ERT, Societatea împotriva Discriminării în Bază de Orientare Sexuală, au angajat personalul proiectului și și-au stabilit oficiul. La începutul lunii decembrie 2010, Jim Fitzgerald, ofițerul de proiect al ERT, a făcut o vizită de 3 zile în Georgetown, Guyana, pentru a planifica activitățile proiectului. În această perioadă, partenerii au planificat finalizarea studiului inițial, au discutat asupra procesului de implementare a activităților și au convenit asupra formatului atelierelor de instruire și al meselor rotunde ce vor fi organizate în cadrul acestuia. De asemenea, Jim s-a întâlnit cu un spectru larg de actori ai societății civile și a făcut cercetări ce vor contribui la studiul inițial. Profesorul Michael O'Flaherty (Universitatea din Nottingham), membru al Comitetului ONU pentru Drepturile Omului, și Dimitrina Petrova, director executiv al ERT, au elaborat planul desfășurării atelierelor de lucru, în luna aprilie 2011.

Indonezia: Abilitarea societății civile în aplicarea legislației împotriva discriminării pentru a combate discriminarea religioasă și a promova libertatea religiei

Proiectul a început în luna noiembrie 2010, cu suportul Comisiei Europene. Proiectul, axat pe consolidarea capacităților actorilor societății civile în abordarea discriminării îndreptate împotriva minorităților religioase, prevede elaborarea unui raport pe țară, constituirea unui for al societății civile și desfășurarea unor activități de instruire. Proiectul contribuie la activitatea câtorva actori ai societății civile îndreptată spre înlăturarea legilor privind blasfemia – care limitează grav libertatea religioasă a anumitor grupuri, prin consolidarea capacităților acestora de a aplica legislația anti-discriminare în activitățile de advocacy și litigare.

În noiembrie, ERT a organizat o rundă de întruniri de planificare cu partenerii proiectului – Institutul Indonezian de Asistență Juridică (YLBHI) și Institutul pentru Cercetarea Politicilor și Advocacy (ELSAM). ERT a pregătit un ghid de elaborare a studiului inițial al proiectului, utilizat în prezent de ELSAM ca bază pentru cercetarea documentelor privind modelele și tendințele discriminării și inegalității, în timp ce YLBHI implementează un studiu al capacităților și necesităților societății civile din Indonezia. În februarie 2011, ERT a întreprins o vizită în Indonezia pentru a participa la întrunirile de planificare cu partenerii proiectului și a se întâlni cu alți actori, ca etapă de pregătire a seminarelor despre legislația cu privire la egalitate

și nediscriminare care vor avea loc în lunile următoare.

Dezvoltarea resurselor și capacităților societății civile pentru prevenirea torturii și tratamentelor cu cruzime, inumane sau degradante față de persoanele cu dizabilități din India și Nigeria

Proiectul a demarat în noiembrie 2010, cu susținerea Comisiei Europene și a Organizației Națiunilor Unite, și se axează pe combaterea torturii și tratamentelor cu cruzime, inumane sau degradante față de persoanele cu dizabilități, pe larg răspândite în India și

Photo credit: The Equal Rights Trust

Ofițerul Juridic al ERT Libby Clarke (a doua din dreapta) în timpul vizitei organizației partenere LEDAP, Lagos, 11 ianuarie 2011

Nigeria. Proiectul va fi implementat în paralel în India, în parteneriat cu Rețeaua Juridică pentru Drepturile Omului (HRLN), și în Nigeria, în colaborare cu Proiectul de Protecție și Asistență Juridică (LEDAP). Proiectul prevede producerea unui Pachet de resurse privind tortura și tratamentele cu cruzime, inumane sau degradante față de persoanele cu dizabilități atât în India, cât și în Nigeria, organizarea a câte două ateliere de instruire în fiecare țară, participarea în campaniile de litigare și advocacy axate pe îmbunătățirea protecției legislative a persoanelor cu dizabilități împotriva discriminării și tratamentelor inumane sau degradante.

În ianuarie 2011, Dimitrina Petrova, directorul executiv al ERT, și Libby Clarke, coordonatorul proiectului, au făcut o vizită în Lagos, Nigeria, pentru a participa la ședința de planificare a activităților. În cadrul acesteia au fost finalizate pregătirile pentru primul an de proiect. Libby Clark a participat la o reuniune similară cu HRLN, în Delhi, la sfârșitul lunii ianuarie 2011. În prezent, în ambele state sunt implementate studii inițiale. Acestea vor evalua cadrul juridic existent în domeniul prevenirii și combaterii torturii și tratamentelor inumane sau degradante față de persoanele cu dizabilități, precum și capacitățile societății civile în identificarea acestei categorii de cazuri și oferirea de asistență și reprezentanță victimelor.

Abilitarea societății civile din Belarus pentru combaterea discriminării și promovarea egalității

Acest proiect a fost lansat în decembrie 2010, cu susținerea Comisiei Europene și a altor donatori. La moment, este în proces de implementare un studiu inițial, pe rezultatele căruia se vor baza activitățile ulterioare. În luna februarie 2011, Dimitrina Petrova, directorul executiv al ERT, a participat, la Minsk, la o ședință de planificare cu partenerii informali ai ERT, Comitetul Helsinki din Belarus. Proiectul prevede, printre altele, documentarea tendințelor discriminării, punând accent pe cinci categorii de persoane vulnerabile: femeile, minoritățile etnice, minoritățile religioase, persoanele LGBT și persoanele cu dizabilități.

Itinerar de lucru ERT
Iulie - Decembrie 2010

8-9 iulie 2010: Participarea la atelierul de specialitate *Structuri efective și independente pentru promovarea egalității*, organizat de comisarul pentru drepturile omului al Consiliului Europei (Strasbourg).

13-14 iulie 2010: Organizarea unei mese rotunde cu societatea civilă, actorii politici și instituționali din Kenya, cu scopul de a discuta elaborarea unei scheme legislative pentru o nouă lege specială în domeniul egalității (Nairobi).

19 iulie 2010: Publicarea raportului *Explicarea anomaliei: detenția, discriminarea și necesitățile de protecție ale persoanelor apatride,* 260 pagini.

2-5 august 2010: Instruirea a unui număr de 30 de observatori ai drepturilor omului și alți apărători ai drepturilor omului din Moldova privind conexiunea dintre discriminare și relele tratamente, cu referire la legislația, practica judiciară și aspectele specifice (Chișinău).

29 august-2 septembrie 2010: Participarea la un șir de întruniri cu ONG-urile; cu mediul academic, diplomatic, politic; cu liderii religioși și cetățenii influenți din Fiji, pentru a promova reforma constituțională și legislativă și a discuta măsurile împotriva discriminării (Suva).

1 septembrie 2010: Desfășurarea prelegerii publice anuale găzduite de Forul Constituțional al Cetățenilor (Citizens Constitutional Forum) și Universitatea Pacificului de Sud, cu genericul *Tendințele recente în dezvoltarea dreptului egalității și nediscriminării* (Suva).

15 septembrie 2010: Găzduirea unei întruniri a ONG-urilor cu profil juridic pentru a discuta abordările juridice ale dezvoltării și a instrumentelor pentru consolidare comunicării dintre ONG-urile juridice și organizațiile din domeniul dezvoltării, în Londra.

21 septembrie 2010: Participarea la Conferința *Dobândirea egalității: reflecții critice asupra rolului organizațiilor din domeniul egalității*, organizată de Universitatea din Leeds, cu prezentarea *Influențarea politicilor și a opiniei guvernamentale: rolul organizațiilor din domeniul egalității* (Leeds).

27 septembrie 2010: Ținerea unui discurs la tema *Apatridia și detenția imigranților* în cadrul lansării raportului Grupului Londonez de Susținere a Deținuților (London Detainee Support Group) *Fără întoarcere, fără eliberare, fără motiv* (Londra).

29 septembrie 2010: Co-organizarea unui eveniment în cadrul Sesiunii a 15-a a Consiliului Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului, care a inclus discuții panel între experți la tema drepturilor apatrizilor și în cadrul căruia a fost prezentat raportul *Explicarea anomalie* (Geneva).

4 octombrie 2010: Desfășurarea unei întruniri cu Organizația Femeilor Beduine Sidreh din Israel, precum și organizarea interviurilor cu femeile Sidreh (Londra).

6 octombrie 2010: Prezentarea unei adresări publice cu genericul *Intoleranța față de migranți în spațiul OSCE* în cadrul Conferinței de Evaluare a OSCE și depunerea declarațiilor privind *toleranța și nediscriminarea* și *problemele ce țin de apatridie* (Varșovia).

12 octombrie 2010: Organizarea unei întruniri cu președintele Comisiei pentru Drepturile Omului din Australia în vederea discutării problemelor ce țin de legislația privind egalitatea și apatridia (Londra).

13 octombrie 2010: Participarea într-un șir de interviuri pentru un film documentar canadian privind situația romilor în Europa și formele contemporane de rasism în lume (Londra).

18-28 octombrie 2010: Desfășurarea unor instruiri privind legislația, acțiunile de advocacy și de sporire a conștientizării în domeniul anti-discriminării cu participarea angajaților organizațiilor comunitare din Mombasa, Nakuru și Kisumu (Kenya).

2 noiembrie 2010: Participarea la seminarul public cu implicarea avocaților și judecătorilor din Moldova, prin care a fost lansată traducerea română a volumului 4 al *Equal Rights Review* (Chișinău).

2 noiembrie 2010: Colaborarea la elaborarea proiectului Recomandării de politici nr. 13 privind discriminarea romilor a Comisiei Europene împotriva Rasismului și a Intoleranței.

8 noiembrie 2010: Participarea și susținerea organizării Întrunirii parlamentare a Forului pentru reformarea detenției (Londra).

19 noiembrie 2010: Participarea în calitate de experți și moderatori la atelierul *Drepturile minorităților și ale populațiilor indigene*, organizat de Institutul pentru Studierea Comunității Națiunilor și Școala de Drept din Brunel (Londra).

27 noiembrie-5 decembrie 2010: Realizarea unui studiu în teren în câteva regiuni din Kenya privind situația drepturilor persoanelor LGBT, ale minorităților etno-regionale și ale altor grupuri vulnerabile față de discriminare, în cadrul proiectului *Consolidarea drepturilor persoanelor LGBT prin intermediul unui cadru unificat al egalității* (Kenya).

2 decembrie 2010: Participarea la întrunirea consultativă a experților ÎCNUR și Asylum Aid privind cartografierea apatridiei în Regatul Unit, în Londra.

6-7 decembrie 2010: Participarea la întrunirea de experți organizată de ÎCNUR la tema procedurilor de determinare a apatridiei și a statutului de apatrid (Geneva).

13-17 decembrie 2010: Organizarea unei întruniri cu partenerii de proiect și cu alți actori ai societății civile pentru a lansa noul proiect al ERT *Abilitarea societății civile din Guyana pentru a acționa împotriva legilor homofobe și a discriminării persoanelor LGBTI* (Georgetown).

16-17 decembrie 2010: Participarea în calitate de expert la întrunirea de validare/avizare a *Ghidului tehnic pentru elaborarea planurilor naționale de acțiuni împotriva discriminării rasiale* al Oficiului Înaltului Comisar al ONU pentru Drepturile Omului (Geneva).

Informaţii pentru Autori

The Equal Rights Trust invită autorii să-şi depună articolele originale, nepublicate anterior, pentru ediţiile următoare ale *The Equal Rights Review*. Suntem deschişi pentru autorii de articole care reflectă oricare aspecte ale dreptului, politicilor sau practicii în domeniul egalităţii. Încurajăm depunerea articolelor care examinează egalitatea în contextul unor teme intersectoriale, precum şi a celor ce examinează dreptul, politicile sau practica în domeniul egalităţii din perspectivă internaţională, regională sau naţională. În particular, sunt binevenite articolele bazate pe cercetări originale curente sau realizate în trecut în oricare domeniu ce are legătură cu egalitatea.

Procesul de evaluare internă
Fiecare articol va fi revizuit înainte de a fi acceptat pentru publicare. Scopul nostru este să analizăm articolele şi să venim cu comentarii pentru autori cât de curând posibil.

Mai multe informaţii şi modalitatea de depunere a articolelor
Articolele trebuie transmise printr-un ataşament email în format Microsoft Word la adresa: info@equalrightstrust.org

Pentru mai multe informaţii privind depunerea articolelor, scrieţi la adresa: nicola.simpson@equalrightstrust.org

Ghid de depunere a articolelor:

- Articolele trebuie să reprezinte lucrări originale, nepublicate anterior.
- Articolele trebuie să fie scrise în limba engleză britanică.
- Articolele trebuie să conţină referinţe de subsol.
- Articolele trebuie să aibă un volum între 5000 şi 10000 de cuvinte.
- Articolele trebuie să **corespundă recomandărilor stilistice ale ERT, disponibile pe: http://www.equalrightstrust.org/ ertdocumentbank/ERR%20 STYLE%20GUIDE.pdf**

The Equal Rights Review

The Equal Rights Trust (ERT) este o organizaţie internaţională independentă, scopul căreia este de a combate discriminarea şi de a promova egalitatea ca fiind un drept fundamental al omului şi un principiu de bază al justiţiei sociale.

Preşedintele Consiliului: Bob Hepple

Consiliul Director: Sue Ashtiany • Tapan Kumar Bose • Shami Chakrabarti • Sonia Correa • Asma Khader • Claire L'Heureux-Dubé • Gay McDougall • Bob Niven • Kate O'Regan • Michael Rubenstein • Theodore Shaw • Sylvia Tamale

Preşedintele Fondator: Anthony Lester

Director Executiv: Dimitrina Petrova

Echipa: Libby Clarke (Ofiţer pe problem juridice) • Amal De Chickera (Consultant Juridic) • James Fitzgerald (Ofiţer pe problem legate de Advocacy şi Comunicare) • Anne Muthee (Manager Financiar) • Nicola Simpson (Asistent)

Consultanţi: Barbara Cohen • Sinan Fahlioglullari • Stefanie Grant • Sarah Kinyanjui

Voluntari: Shereen Akhtar • Ellie Bramley • Dimuthu Gayathri Fonseka • Vania Kaneva • Gonçalo Moreira • Isidora Stakic • Rowena Stobart

Donatori: American Jewish World Service • Fundaţia Arcus • Comisia Europeană • Fundaţia Oak • Departamentul Regatului Unit pentru Dezvoltare Internaţională • Biroul pentru Afaceri Externe şi Commonwealth al Regatului Unit • UN VFVT

Consiliul Consultativ de Redacţie: Sandra Fredman • Colin Gonsalves • Bob Hepple • Claire L'Heureux-Dubé • Christopher McCrudden • Bob Niven • Kate O'Regan • Michael Rubenstein • David Ruebain • Sylvia Tamale

The Equal Rights Review este o publicaţie bianuală al The Equal Rights Trust.