

D-lui Eugen Nicolăescu, Ministrul Sănătății Publice

Intr. Cristian Popișteanu nr. 1-3, sector 1, București

tel. 021 3072 500, 021 3072 600, fax 021 3072 675

propuneri@ms.ro

**D-nei Mariela Neagu, Secretar de Stat, Autoritatea Națională pentru Protecția
Drepturilor Copilului**

B-dul Gh. Magheru nr. 7, sector 1, București

tel. 021 3127363, 021 3153633, fax 021 3127474

mariela.neagu@anpca.ro

*Stimate domnule Ministru,
Stimata doamnă Secretar de Stat,*

Analizând documentul sus-numit, așa cum este afișat pe website-ul Ministerului Sănătății Publice și dând curs invitației dvs. de a formula observații pe marginea acestuia, În baza experienței practice și a datelor și statisticilor aflate în posesia noastră, Vă remitem următorul document comun.

**OBSERVAȚII
ASUPRA PROIECTULUI DE
“ORDIN Privind aprobarea procedurilor de intervenție în
situația constatării sarcinii în evoluție la minore care nu au
împlinit vârsta de 15 ani”**

Cuprins:

I. Probleme de ordin medical

II. Probleme de ordin social, etic, juridic

III. Concluzii și solicitări

I. PROBLEME DE ORDIN MEDICAL

1. NU EXISTĂ NICI UN MOTIV BIOLOGIC CARE SĂ SUGEREZE CĂ ORICE SARCINĂ SURVENITĂ LA O MINORĂ CARE NU A ÎMPLINIT VÂRSTA DE 15 ANI AR FI “SARCINĂ CU RISC OBSTETRICAL ÎNALT”.

Sarcina la adolescente este o problemă de sănătate publică, mai mult decât o problemă de ordin clinic. Ea apare în contextul unui sprijin social și al unei bunăstări maternale precare. **Dovezile care susțin afirmația că sarcina la adolescente constituie un risc înalt nu sunt concludente și adesea există multe studii contradictorii care nu disting între asocierile independente și factorii eterogeni.**¹

Există multe dovezi că prima naștere la adolescente nu este asociată cu rezultate medicale proaste, iar când apar, ele sunt consecințe ale unor factori eterogeni.²

Rezultatele obstetricale la tinerele adolescente s-au îmbunătățit în ultimii 30 de ani. Un studiu recent³ a comparat rezultatele sarcinii la un grup de adolescente care au născut în perioada 1983-1987 cu ale unui grup de adolescente care au născut în perioada 1999-2005. Aceste grupuri au fost comparate cu mame care au născut primul lor copil la vârste între 20-29 de ani, ca să se observe dacă au existat diferențe de rezultate obstetricale. Studiul a descoperit că rata generală a sarcinilor la adolescente era mai mică. Rata operațiilor cezariene rămânea la fel la adolescente, în timp ce creștea în general la celelalte grupe de vârstă. La grupele de adolescente au existat mai mulți copii cu o greutate mică la naștere și o necesitate crescută de nașteri vaginale cu aplicația forcepsului. Factori obstetricali adversi au fost observați într-o măsură mai mare la grupele de vârstă mai mare, în comparație cu grupele de adolescente, în studiul din 1999-2005.

Ca o concluzie, autorii studiului:

- **nu consideră adolescența o perioadă asociată cu un risc obstetrical;**
- **consideră că sarcina la adolescente este mai mult o problemă de sănătate publică decât o problemă clinică.**

Aceleași concluzii reies dintr-un studiu din Finlanda, publicat în 2005.⁴ Cercetătorii de la Institutul Național Finlandez de Sănătate Publică au analizat 26.967 de sarcini în perioada 1989-2001. Din acestea, 185 au fost mame sub 18 ani. Studiul a concluzionat că mamele

¹ Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995; 335:1113-7

² Lawlor D. Teenage pregnancy is not a public health problem. <http://www.bmj.com/cgi/eletters/323/7311/476>

³ Zeck W, Walcher W, Tamussino K, Lang U. Adolescent primiparas: Changes in obstetrical risk between 1983-1987 and 1999-2005. *J Obstet Gynaecol Res* 2008. 34(2): 195-198)

⁴ Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *European Journal of Public Health* 2005;16(2):157-161.

adolescente erau predispuse să fumeze în timpul sarcinii, nu aveau un loc de muncă și aveau anemie sau chorioamnionită (infecția membranelor care înconjoară bebelușul în uter, ceea ce duce la naștere prematură) mai des decât mamele de vârstă mai mare. Pe de altă parte, la mamele adolescente, existau mai puține cazuri de supraponderalitate și de diabet. Mamele adolescente aveau aceeași nevoie de naștere cu aplicație de forceps și mai puțin pentru operație cezariană decât în cazul femeilor adulte.

Cercetătorii finlandezi au concluzionat că **riscurile privind rezultatele adverse ale sarcinilor la adolescente pot fi depășite cu ajutorul unei îngrijiri maternale de calitate, cu o acoperire completă a populației de risc.**

În Marea Britanie, rata mortalității materne la adolescente este mai scăzută decât rata mortalității materne la femeile de 20 de ani și mai mari. **Mamele adolescente au rezultate obstetricale mai proaste doar atunci când nu primesc îngrijire medicală adecvată.** Studiile au demonstrat că rezultatele precare, în principal cele legate de nașterea prematură și greutatea mică la naștere (ceea ce presupune un risc de dezvoltare a copilului), sunt asociate cu fumatul.⁵

Adolescentele au o tendință mai mare de a fuma în timpul sarcinii, în comparație cu femeile însărcinate mai în vârstă.^{6,7} Multe studii care analizează rezultatele adolescentelor nu iau în considerare efectele fumatului ca factor eterogen.⁸ Studiul lui Smith și Pell pe 110.233 de sarcini la adolescente în Glasgow, Scoția, sugerează că rezultatele proaste observate în studiile anterioare se datorează lipsei de evaluare a acestui factor. Ei au arătat că rezultate sunt mai bune la mamele adolescente, față de studiile efectuate în SUA, atunci când se lua în calcul fumatul ca o variabilă eterogenă, adică atunci când era recunoscut și acceptat în analiză efectul fumatului asupra sarcinii. Ei au concluzionat că ratele mai mari ale decesului copiilor ar putea fi atribuite diferențelor în ratele fumatului.

Aceste dovezi arată fără nici o urmă de îndoială că **rezultatele sarcinii la adolescente sunt influențate mai degrabă de factori socio-economici decât de un risc medical real.**

⁵ DiFranza JR, Lew RA, Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract.* 1995; 40:385-94.

⁶ Lao TT, Ho LF. Obstetric outcome of teenage pregnancies. *Human Reproduction.* 1998; 13:3228-32.

⁷ Olausson PM, Cnattingius S, Goldenberg RL. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol.* 1997;89:451-7.

⁸ Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *Br Med J.* 2001;323:1-5.

2. MAJORAREA PERIOADEI LIMITĂ DE AVORT VA AVEA CONSECINȚE NEFASTE

2.1. Riscuri imediate ale avortului în cel de-al doilea trimestru de sarcină

Toți autorii recunosc că orice metodă de avort comportă un risc pentru femeia însărcinată, iar riscul este cu atât mai mare cu cât sarcina este mai avansată.

La avortul prin dilatare și evacuare (avort chirurgical): Rata complicațiilor majore pentru avort crește progresiv, de la 0,3 la 100 de avorturi (la 7-8 săptămâni menstruale), la un maxim de 2,26 la 100 avorturi între 21-24 de săptămâni.⁹

La avortul prin metode invazive: Administrarea medicamentului pe cale intrauterină: ser clorurat hipertonic, prostaglandine și uree hiperosmolară în sacul amniotic și ser clorurat, prostaglandine și Rivanol în afara sacului amniotic. Folosirea serului clorurat intraamniotic poate duce la complicații foarte grave, inclusiv **moartea**.¹⁰ Prostaglandinele au ca efecte secundare tulburări gastrointestinale, iar placentă este reținută la mai mult de o treime din paciente.¹¹

2.2. Riscuri pentru sănătate, ulterioare avortului

Extinderea perioadei de avort la femeile adolescente până la vârsta de 24 de săptămâni, așa cum se prevede în acest Ordin, pune acestor femei riscuri ulterioare de sănătate precum:

- risc crescut de naștere prematură ulterioară,
- cancer mamar,
- rezultate psihologice adverse,
- alte consecințe.

2.2.1. Riscul de nașteri premature

Cel puțin 49 de studii făcute până în 2003 au arătat o asocierie importantă din punct de vedere statistic între avortul provocat și nașterea prematură în sarcinile ulterioare.¹²

Avortul a fost enumerat ca un „factor de risc fără echivoc” într-un studiu cuprinzător pe această temă în 2006.¹³

⁹ Manual de planificare familială. Text de referință. Editori: Mihai Horga. Frank Lüdi. Aldo Campana. 2000, pag. 13-8

¹⁰ Idem, p. 13-23

¹¹ Idem, p. 13-24

¹²Rooney B, Calhoun BC. Induced abortion and risk of subsequent premature births. *J Am Phys Surg* 2003; 8(2):46-49.

Cel mai important dintre studiile epidemiologice care legau avorturile anterior provocate de nașterea prematură a fost făcut în Australia pe 243.679 femei.¹⁴ Această lucrare demonstrează clar o asociere dintre avortul anterior provocat și nașterea prematură ulterioară și, mai departe, această asociere are **o reacție în dependență de doză, adică cu cât mai multe avorturi face o femeie, cu atât este mai mare probabilitatea nașterii premature în sarcinile ulterioare.** Judith Limley, autoarea acestui studiu, a constatat că dacă o femeie face un avort, riscul nașterii premature ulterioare este de 1,55 ori mai mare decât atunci când nu face avort; riscul crește la 2,46 ori la două avorturi și de 5,58 ori la trei și mai multe avorturi.

Greutatea mică la naștere și nașterea prematură sunt cei mai importanți factori de risc în mortalitatea infantilă și dizabilitățile ulterioare, care includ dizabilități fizice și întârziere în dezvoltarea cognitivă.¹⁵ Paralizia cerebrală este cel mai prost rezultat pentru un copil nou-născut prematur. Riscul general al paraliziei cerebrale la copiii născuți la termen este de 2-3 la 1.000 de nașteri; riscul pentru un copil născut la 28 de săptămâni de gestație crește de 38 de ori (vezi nota de subsol 14).

Mamele adolescente au un risc de două ori mai mare să aibă lacerări cervicale în timpul procedurilor de avort, în comparație cu femeile mai în vârstă.¹⁶ Aceste lacerări duc la incompetența cervixului, care constituie unul dintre factorii primari de risc pentru nașterile premature. Dilatarea forțată a cervixului predomină mai ales în avorturile după primul trimestru de sarcină (săptămâna 13-24 de gestație) din cauză că e necesară o dilatare mai mare a cervixului pentru ducerea la bun sfârșit a procedurii.¹⁷

Există dovezi care atestă un risc mai mare de nașteri premature ulterioare după procedurile de avort făcute în cel de-al doilea trimestru de sarcină (13-24 de săptămâni) la mamele adolescente.¹⁸ Acest studiu (nota de subsol 17) a fost făcut pe 61.000 de femei în Danemarca și a constatat că riscul nașterii premature ulterioare după un prim avort făcut în al doilea trimestru de sarcină era de 2,27 ori mai mare decât la femeile care nu au făcut niciodată un avort și de 12,55 ori mai mult dacă are 2 avorturi în perioada adolescenței.

Din aceste date rezultă că extinderea perioadei de avort la 24 de săptămâni la femeile adolescente va crește substanțial rezultatele adverse la sarcinile ulterioare, ceea ce le va include într-o categorie de risc înalt al sănătății

¹³ Behrman RE, Butler AS. Preterm Birth: Causes, Consequences and Prevention. IOM (NAS) July 2006: 1-722
URL (page 625) http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=11622&page=625

¹⁴ Lumley J. The association between prior spontaneous abortion, prior induced abortion and preterm births. *Prenat Neonat Med.* 1998;3:21-24.

¹⁵ Escobar GJ, Littenberg B, Petitti DB. Outcome among surviving very low birthweight infants: a meta-analysis. *Arch Dis Child.* 1991;66:204-211.

¹⁶ Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1993; 1182-1184.

¹⁷ Hawkins DF, Elder M. Human fertility control. Theory and practice. Butterworths, London. 1979:237-260.

¹⁸ Zhou W, Sorenson HT, Olsen J. Induced abortion and subsequent pregnancy duration. *Obstet Gynecol.* 1999; 94:948-953.

reproductive. Avorturile la adolescente au un risc foarte mare de nașteri premature ulterioare ce rezultă din incompetența cervicală.

În România, nașterea prematură reprezintă principala cauză de morbiditate și mortalitate neonatală. De altfel România are cea mai ridicată rată de mortalitate infantilă din Europa, 16,84 la mia de născuți vii¹⁹.

De asemenea, costurile pentru tratamentul acut al prematurilor sunt foarte ridicate, astfel că un număr de aproximativ 15% din nou-născuți (prematurii) consumă peste 70% din bugetele secțiilor de neonatologie. Incidența nașterii premature variază între 5%-25% (în țările dezvoltate, și, respectiv, în curs de dezvoltare). În România, incidența nașterii premature este de aproximativ 15-19% (Raportul UNICEF – România 2005).

Există cazuri, în SUA și în Australia, când femeile au dat în judecată medici obstetricieni pentru că nu le-au informat despre riscul unei nașteri premature ulterioare, ca o consecință a avortului, mai ales atunci când au adus pe lume un copil cu paralizie cerebrală, după ce anterior avuseseră un avort.

2.2.2. Riscul de cancer mamar

Mai multe studii efectuate până în prezent demonstrează legătura dintre cancerul mamar și avort ca factor de risc important.

Un studiu²⁰ despre avortul ca factor de risc în cancerul mamar la tinere demonstrează că avortarea primei sarcini determină creșterea cu 14%-140% a riscului ca femeia să dezvolte această boală, în comparație cu situația în care aceasta n-ar face avort deloc.

Un alt studiu din SUA²¹, realizat în 1994, a constatat o creștere cu 50% a riscului ulterior de cancer mamar la femeile care au făcut avort. Riscul este mult mai mare (peste 100%) pentru femeile care au făcut un avort **înainte de vârsta de 18 ani** sau după vârsta de 30 de ani. Riscul crește substanțial, de asemenea, la femeile care au un istoric de familie cu cancer mamar, indiferent de cât de departe e legătura de rudenie.

Femeile care avortează la 18 săptămâni de gestație au un risc de două ori mai mare de a dezvolta cancer mamar, față de cele care avortează la 7 săptămâni.²²

2.2.3. Riscul unor probleme de sănătate mintală

¹⁹ Breviar de statistica sanitară publicat de Ministerul Sănătății Publice, http://www.ms.ro/fisiere/pagini_virtuale/130_432_BREVIAR-DE-STATISTICA-SANITARA-2006.html#2. Mortalitatea

²⁰ Pike MC et al. Oral contraceptive use and early abortion as risk factors for breast cancer in young women. *Brit J Cancer* 1981; 43:72-76.

²¹ Daling JR et al. Risk of breast cancer among young women: relationship to induced abortion. *Journal of the National Cancer Institute*. 1994 86: 1584-1592.

²² Melbye et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 1997; 336:81-5.

Există discuții ample și, uneori, pline de ironie, privind legătura dintre avort și sănătatea mintală precară ulterioară a femeii. Dificultatea abordării provine din calitatea studiilor, inclusiv utilizarea eșantioanelor selectate, urmărirea ulterioară limitată și eșecul de a determina sănătatea mintală a femeilor, înainte de realizarea studiului.²³

Cel mai concludent studiu care analizează rezultatele sănătății mintale maternale a fost făcut de un grup de cercetători de la Christchurch, Noua Zeelandă.²⁴ Temeinicia acestui studiu constă în faptul că e un studiu prospectiv, care a urmărit în timp 1.265 de subiecți și a eliminat orice factor eterogen de sănătate mintală anterioară sau probleme de familie. Femeile care au devenit însărcinate la vârste cuprinse între 15-20 de ani erau incluse în studiu și urmărite până la 25 de ani. Cercetătorii au constatat că femeile care rămăneau însărcinate sub vârsta de 18 ani și făceau un avort, aveau un risc de 2 ori mai mare de a dezvolta depresii sau de a avea gânduri de suicid, față de cele care nu au rămas însărcinate și nu au făcut un avort. Aceste efecte persistă atunci când factori ca educația, comportamentul din copilărie și stabilitatea familiei erau luate în considerare.

Alte studii doveditoare ale efectelor nefaste ale avortului asupra sănătății mintale maternale

- Adolescente care au făcut un avort, în ultimele 6 luni, au o probabilitate de 6 ori mai mare de a încerca să se sinucidă, față de adolescente care nu au făcut avort.²⁵
- Adolescente care fac avort au o probabilitate de 4 ori mai mare de a se sinucide, față de femeile adulte care au avortat, iar istoricul de avort la o adolescentă este posibil să se asocieze cu gânduri de suicid.²⁶
- Adolescente care avortează au o probabilitate mai mare de a avea probleme psihice²⁷ și, de asemenea, au o probabilitate de aproape 3 ori mai mare de a fi internate într-un spital de boli mintale față de celelalte adolescente, în general.²⁸
- Aproximativ 40% din avorturile adolescentelor au loc fără implicarea părinților²⁹, nedând astfel nici o șansă părinților lor să afle informații despre cauzele adevărate ale problemelor lor fizice sau emoționale ulterioare.

²³Major B. Psychological implications of abortion – highly charged and rife with misleading research. *Canadian Medical Association Journal*. 2003; 168: 1257-58.

²⁴Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006. 47(1); 16-24.

²⁵B. Garfinkel, et al., „Stress, Depression and Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota”, *Responding to High Risk Youth* (University of Minnesota: Minnesota, Extension Service, 1986).

²⁶M. Gissler, et al., „Suicides After Pregnancy in Finland: 1987-1994: register linkage study”, *British Medical Journal*, 313: 1431-1434, 1996; și N. Campbell, et al., „Abortion in Adolescence”, *Adolescence*, 23:813-823, 1988.

²⁷W.Franz & D.Reardon, „Differential Impact of Abortion on adolescents and adults”, *Adolescence*, 27 (105), 172, 1992.

²⁸R. Somers, „Risk of Admission to Psychiatric Institutions Among Danish Women Who Experiences Induced Abortion: An Analysis Based on National Report Linkage” (Teză de doctorat, Los Angeles: Universitatea California, 1979, Dissertation Abstracts International, Public Health 2621-B, Order No.7926066).

²⁹„Teenage Pregnancy: Overall Trends and State-by-State Information”, Raport al Institutului „Alan Guttmacher”, Washington D.C., www.agi.org.

- Adolescencele care au făcut deja un avort au o probabilitate de 5 ori mai mare de a cere ulterior ajutor pentru problemele psihologice și emoționale, în comparație cu adolescentele care-și duc „sarcinile nedorite” până la capăt.³⁰
- Adolescencele care fac avort au o probabilitate de 3 ori mai mare de a se plânge de tulburări ulterioare ale somnului și de 9 ori mai mare de a apela la marijuana.³¹

2.2.4. Alte consecințe

Ca urmare a avortului prin histerotomie (mică cezariană) în cel de-al doilea trimestru de sarcină, este apreciabil numărul de rupturi uterine în travaliu în timpul sarcinilor ulterioare. Din aceste motive, la femeile cu histerotomie în antecedente se indică naștere prin cezariană la sarcinile următoare.³²

II. PROBLEME DE ORDIN SOCIAL, ETIC, JURIDIC

II.1. Se crede că avortarea acestor copii „nedoriți” ar „elibera” statul de povara creșterii lor. Totuși, statul plătește pentru acești copii sume infime, comparativ cu impozitele și taxele pe care le vor plăti statului acești copii, când vor ajung la maturitate. În medie, un copil născut în Statele Unite, în 1996, va petrece cam 47 de ani în câmpul muncii în decursul vieții sale și va plăti aprox. 400.000 de dolari ca impozite la stat.³³

II.2. Conform ultimelor date statistice ale Ministerului Sănătății din Marea Britanie, din 909 copii avortați între 22 și 24 de săptămâni, 250 au supraviețuit timp de cel puțin un an. Un studiu făcut de o unitate neonatală de la Spitalul University College London arată că șansele de a supraviețui ale copiilor născuți prematur în Marea Britanie s-au dublat în perioada sfârșitul anilor '80 - sfârșitul anilor '90. La începutul anilor 2000, 71% din copiii născuți la 22-25 de săptămâni au supraviețuit.³⁴

³⁰ P.K. Coleman, „Resolution of Unwanted Pregnancy During Adolescence Through Abortion Versus Childbirth: Individual and Family Predictors and Psychological Consequences”, *Journal of Youth and Adolescence* (2006).

³¹ *Ibid.*

³² Manual de planificare familială. Text de referință. Editori: Mihai Horga. Frank Lüdike. Aldo Campana. 2000, pag. 13-8

³³ Conform câștigurilor medii pentru anul 1996, Monthly Labor Review, februarie 1997.

³⁴ Conform cotidianului The Telegraph, articolul „Survival of early babies 'doubles'”, 18 aprilie 2008: <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1577203/Survival-of-early-babies-%27doubles%27.html>

II.3. Începând de la 20 de săptămâni de gestație, copilul nenăscut are structura fizică necesară pentru a simți suferința fizică. În mai multe state ale SUA, precum Louisiana³⁵, este în vigoare o lege prin care femeile care doresc să facă întreruperi de sarcină sunt informate că fătul va suporta o durere considerabilă în timpul procedurii.

II.4. În numele unor pretinse "necesități" se continuă nesocotirea jurământului lui Hipocrat. Avortul este primul caz, în lumea medicală, când relația medic-pacient nu mai are o finalitate normală, taumaturgică, de vindecare a pacientului, ci este o relație inversată, când cei doi pacienți - mama și copilul - se prezintă sănătoși la medic, iar finalitatea este una patologică: unul din pacienți - mama - se întoarce acasă bolnavă, iar cel de-al doilea pacient - copilul - moare.

II.5. În practica legislatorilor din multe state ale lumii există expresia "Bad facts make bad law." De aceea, legiuitorii se feresc să emită legi sau alte acte normative cu consecințe majore pe baza unor incidente extrem de rare. Emiterea acestui Ordin sub presiunea și motivația prevenirii unor „situații de excepție”, așa cum a fost cea a minorei de 11 ani Florina V., din județul Neamț, ar crea un precedent pentru relaxarea legii și mai mult, pentru alte „motive” și alte „excepții”. Odată deschisă aceasta „cutie a Pandorei” nu mai există nici o piedică pentru a se cere legalizarea avortului până la naștere.

II.6. În final, considerăm că numărul sarcinilor nedorite în rândul tinerelor minore se va mări odată cu creșterea permisivității legii. Stă mărturie cazul nefast al Marii Britanii - unde există limita de avort de 24 de săptămâni -, care se află pe primul loc în Europa Occidentală în ce privește rata sarcinilor la adolescente. Situația din această țară a fost prezentată publicului român de către dr. Ian Johnston, medic pediatru din Marea Britanie, care a susținut, în luna martie 2008, la București, două conferințe pe tema "Reducerea numărului sarcinilor la adolescente. Experiența Marii Britanii". Conferințele au fost organizate de [Asociația ProVita Media](#).

III. CONCLUZII ȘI SOLICITĂRI

1. Rezultatele sarcinii la adolescente sunt influențate mai degrabă de factori socio-economici decât de un risc medical real. Stabilirea unor servicii medicale maternale de calitate înaltă, care acoperă nevoile socio-economice și medicale ale femeilor adolescente însărcinate, va elimina posibilitatea unor rezultate adverse în cazul sarcinilor la adolescente.

³⁵ Louisiana State Legislature, HB25 - 2007 Regular Session (Act 282), <http://www.legis.state.la.us/>

2. Avortul afectează în mod periculos sănătatea femeilor care apelează la el. Relaxarea prevederilor legale privind avortul va șubrezi sănătatea tinerelor fete, fapt care va pune în pericol sarcinile lor ulterioare. Va crește numărul de copii născuți prematur, ceea ce poate contribui la creșterea mortalității infantile, va crește numărul femeilor afectate de cancer sau de probleme de sănătate mintală, toate acestea necesitând tratamente costisitoare și generând costuri sociale foarte ridicate pe termen lung.

Considerăm, așadar, că nu numai că nu există o necesitate obiectivă pentru emiterea acestui Ordin, dar că, odată emis, impactul aplicării acestuia va fi unul profund negativ, cu implicații tragice pe termen lung.

Pentru aceste motive, organizațiile semnatare ale prezentului document se opun emiterii actului intitulat "ORDIN Privind aprobarea procedurilor de intervenție în situația constatării sarcinii în evoluție la minore care nu au împlinit vârsta de 15 ani", sub forma prezentată pe site-ul www.ms.ro sau sub orice altă formă care ar permite, explicit sau implicit, majorarea vârstei limită pentru avort în România.

Emiterea Ordinului va rezulta în utilizarea, de către organizațiile semnatare ale prezentului document, a prerogativelor legale, respectiv în adresarea instanței de contencios administrativ competente, pentru anularea actului.

Cu considerație,

Asociația Provita Media, București - Larisa Iftime, președinte, tel. 0726.679.460

Federația Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita din România* – George Ionescu, membru al Consiliului Director, tel. 0721.377.094

Asociația Provita „Sf. Brâncoveanu”, București - Marian F. Neagu, vicepreședinte, tel. 0747.494.568

Asociația "Pro-Vita pentru născuți si nenăscuți", Filiala Galați - Sabina Munteanu, președinte tel. 0722.650.423

Asociația "Pro-Vita pentru născuți si nenăscuți", Filiala Constanța - Pr. Florin Carabuz, director, 0723.560.044

Asociația "Pro-Vita pentru născuți si nenăscuți", Filiala Călărași - dr. Gabriela Florea, tel. 0745.035.224

Fundația „Solidaritate și Speranță”, Centrul „Infoadolescent”, Iași - Pr. Narcis Constantin Axinte, director executiv, tel. 0232.220.548

Alianța Familiilor din România – Bogdan Mateciuc, director, tel. 0745.783.125

Asociația „Darul Vieții”, Timișoara - Gerda Chișărașu, tel. 0721335704

Asociația "Caritas", București - pr. Alexandru Cobzaru, director

Pr. Emil Marian Ember

Mihaela Grigore, Pitesti

* Federația Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita din România are în componență 12 asociații și fundații, după cum urmează:

Asociația "Pro-Vita pentru născuți și nenăscuți" Vălenii de Munte

Asociația "Pro-Vita pentru născuți și nenăscuți", Filiala București

Asociația "Pro-Vita pentru născuți și nenăscuți", Filiala Gorj.

Asociația "Pro-Vita pentru născuți și nenăscuți", Filiala Craiova

Asociația "Pro-Vita" Sibiu,

Asociația Filantropică Medical Creștină "Christiana", Filiala Cluj

Asociația "Acoperământul Maicii Domnului" Oradea

Asociația "Filantropia Ortodoxă Alba Iulia"

Asociația "Filantropia Ortodoxă, Filiala Tg. Mureș"

Fundația "Sf. Martiri Brâncoveni" Constanța

Asociația "Sfânta Tatiana" Ciutura, Jud. Dolj

Fundația Creștin Ortodoxă „PRO FILIIS” Pitești