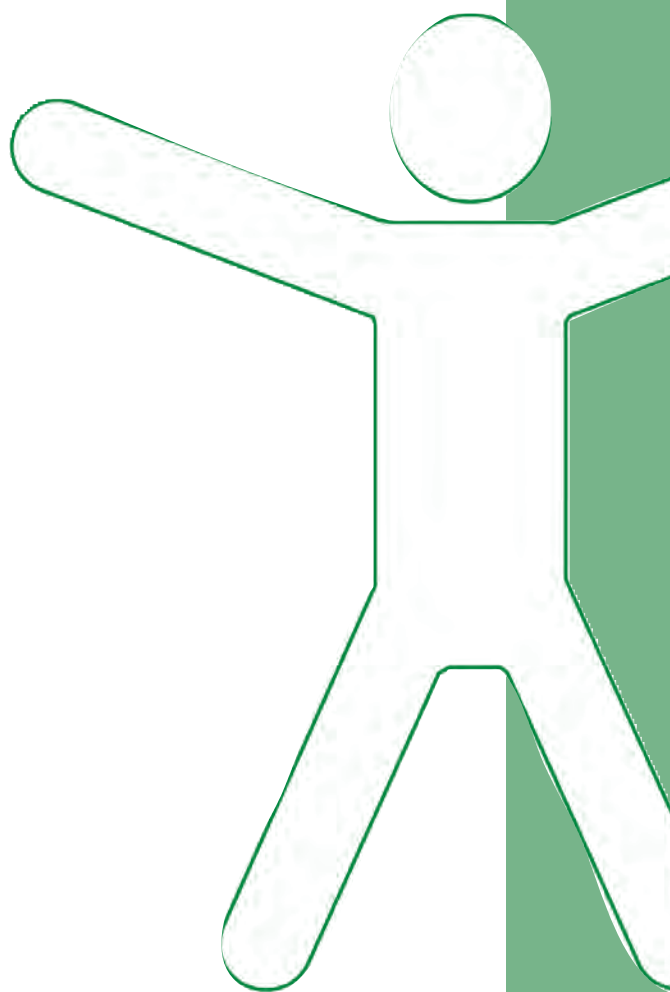




Serviciile de sanatate si romii

Evaluarea sistemului de mediere sanitara





Published by:

Romani Criss

Buzesti Street 19, district 1

Bucharest 01011. Rumania

Phone/ Fax: +40 21 310 7070

+40 21 310 7060

e-mail: criss@romanicriss.org

www.romanicriss.org

Designed and printed:

A.D.I.

Legal depositary: GU-144-2007

© **FSG**

Madrid 2007

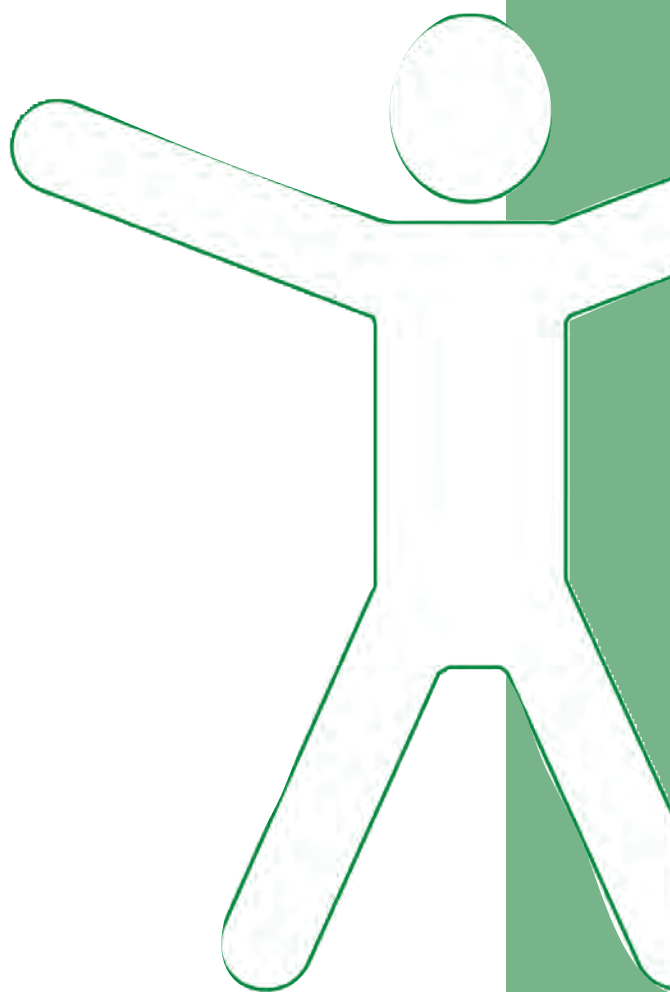
This document has been produced with the financial assistance of the European Community. The view expressed herein are those of individual authors and can therefore in no way be taken to reflect the official opinion of the European Commission.

Cuprins

Introducere	7
Informatii generale despre romi	9
Romii in istorie/repere despre istoria romilor	11
Situatie prezentata	12
Sistemul de sanate publica in Romania	13
Date generale.	15
Consecinte asupra starii generale de sanatate a populatiei.	16
Starea de sanatate a populatiei de romi si accesul acesteia la serviciile publice de sanatate.	17
Excluderea informala a romilor	19
Relatiile populatiei de etnie roma cu furnizorii de servicii medicale	22
Atitudini pozitive fata de doctori in general	23
Concluzii	24
Recomandari	25
Practici pozitive: Medierea sanitara in comunitatile cu romi . . .	27
Istoricul proiectului initiat de Romani CRISS	29
Punerea in practica a procesului de evaluare: prezentarea metodelor folosite, calitative si cantitative	31
Evaluare privind pertinenta si coerenta programului in ansamblu	34
Evaluarea dispozitivului operational al programului «mediatorilor sanitari» al Romani CRISS.	38
Asistarea mediatorilor sanitari pe teren si centralizarea rezultatelor avute de acestia	48
Eficacitatea si impactul programului mediatorilor sanitari formati de Romani CRISS ..	52
Asteptari si propuneri formulate de mediatorii sanitari	57
Perspectivele dezvoltarii durabile a acestui program	58



Introdurre



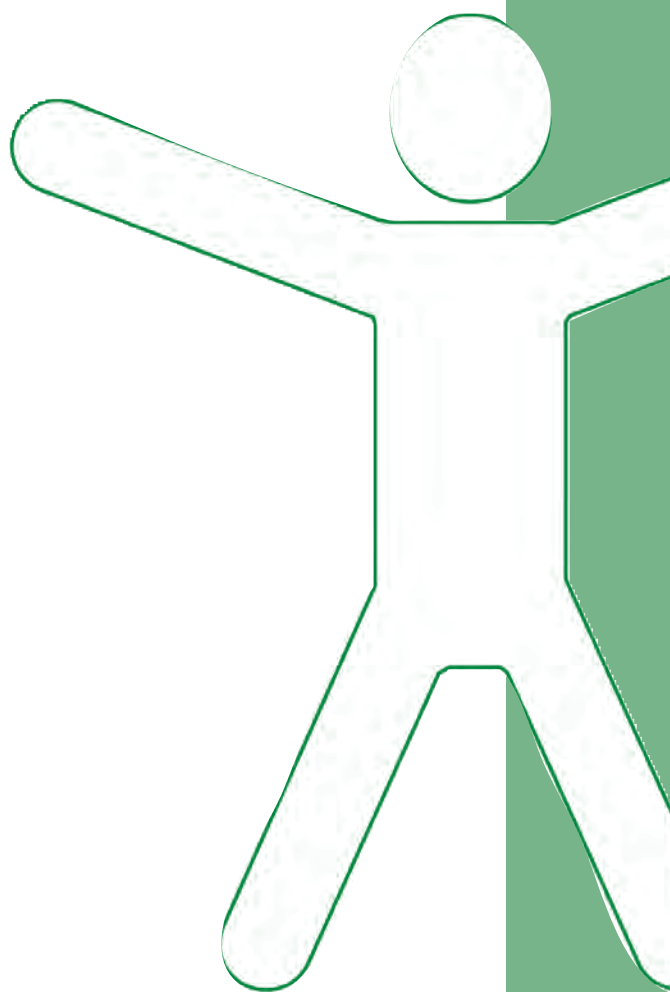
Introducere

Prin intermediul acestei lucrari, Romani CRISS doreste sa ofere informatii si recomandari diferitilor furnizori de servicii medicale/ de sanatate, in urma carora acestia sa poate asigura un tratamentul egal si o atitudine non discriminatorie in practica de zi cu zi, in lucrul cu pacientii de etnie roma.

Experienta Romani CRISS in implemnetarea proiectelor privind medierea sanitara va fi reflectata in paginile acestui material, va vom face cunoscute recomandari-le expertului contractat sa evalueze munca mediatoarelor sanitare si va vom pune la dispozitie noi modalitati de a intreprinde actiuni pentru imbunatatirea starii de sanatate in comunitatile de romi. Ne adresam prin urmare personalului medical, populatiei de romi, administratorilor de spital, medici, clinici de medicina primara, etc.



Informatii generale despre romi



Romii in istorie/repere despre istoria romilor

Prezenta romilor in Europa nu este istorie contemporana. Ei s-au stabilit aici in secolele XIV si XV, in special in Romania, Spania, Portugalia, Franta, Germania, Rusia.

In ciuda unei identitati culturale comune, populatia de romi din Europa nu poate fi descrisa ca un singur grup, ci o imbinare de mai multe grupuri. Eterogenitatea, care se remarca de la tara la tara si chiar de la regiune la regiune, se datoreaza, in principal, adaptarii acestei populatii la statul in care s-au stabilit, dupa mai multe etape de migratie, din locul de origine, regiunea Punjab din India. De altfel, chiar si unele obiceiuri ale romilor s-au integrat in cultura tarilor gazda.

Indiferent de origine, de-a lungul istoriei, romii din Europa au fost supusi constant hartuirilor si persecutiilor. Din cauza caracteristicii de popor nomad si a particularitatilor culturale, au trecut prin perioade de sclavie. E suficient sa ne amintim de Ordinul Medina Sidonia, emis de Isabel, din monarhia catolica, in 1492, prin care se ordona persecutia romilor, a evreilor si a marurilor in Spania.

Primii romi care au ajuns in principatele romane au fost liberi. Domnul Nicolae Gheorghe, un specialist in problematica romilor, sustine ca sclavia a fost rezultatul cresterii masurilor stringente luate de proprietarii de pamanturi, de curtile domnesti si de manastiri pentru a preveni ca forta de munca, pe care o constituia populatia roma, sa paraseasca principatele. Ei incepusera sa plece din principatele romanesti pentru a scapa de pretentiile, mai apasatoare ca niciodata si de "dependenta fiscala limitata de domnitorii romani" cautand o "dependenta

personala nelimitata de marii latifundieri ai tarii, de manastiri si de boieri" (Hancock care citeaza din Gheorghe, Sclavia romilor, 2000). Tratatamentul aplicat romilor in perioada sclaviei era unul extrem de dur. Aveau mai putine drepturi decat un iobag din nastere - latifundiarul avand chiar si dreptul de a-i vinde sau de a-i oferi ca dar (Kerrick, 1998:138). Codul civil stipula ca romii veniti din afara granitelor sa fie proprietatea statului; in plus, fiecare copil rom nascut intre granitele principatelor devenea implicit sclav (Liegeois, 1968:110). Codul lui Basil, Lupul Moldovei, datat 1654, contine referinte cu privire la tratamentele si pedepsele la care erau supusi sclavii.

Toata aceasta istorie a discriminarii de-a lungul secolelor a dus la numeroase situatii de excludere sociala a acestei minoritati in Europa, situandu-i printre cele mai vulnerabile grupuri de pe continent. Excluderea este cu atat mai vizibila in tarile sarace si in fostele state comuniste.

Situatie prezentata

Populatia de romi este principala minoritate etnica in Europa. Se estimeaza un numar de sapte – doispezece milioane de romi, pana la doua treimi in tarile centrale si est Europene.

Majoritatea romilor traiesc in tari-le candidate sau tari in procesul de aderare la Uniunea Europeana sau in statele care au devenit recent membre: Romania, cu aproximativ 2,5 milioane, Ungaria, aproximativ 600 000 Bulgaria, in jur de 500 000. Slovacia, aproape 400 000 sau Republica Ceha, 300 000. Romania este tara cu cel mai mare numar de romi , peste 2 000 000.

Potrivit raportului Comisiei Europene din noiembrie 2004 "Situatia romilor intr-o Uniune Europeana mai mare",¹ situatia generala a populatiei de romi din Europa in diferite sfere relevante pentru incluziunea sociala pot fi rezumate astfel:

- **Educatie:** in multe tari exista o tendinta de segregare a copiilor romi, si de multe ori, in scolile publice, scolile publice, profesorii au tendinta de ai separa de restul elevilor ne romi, separandu-i in clase se studio improvizate. In plus, nu se acorda atentie oferirii unei educatii adecvate copiilor romi, cadrele didactice fiind de cele mai multe ori dezinteresate. Astfel, rezultatele scolare pe care copii romi le obtin reflecta acest lucru.
- **Ocupatie:** cateva din statele cu vechime in Uniunea Europeana au inclus comunitatea de romi in Planurile Nationale pentru Ocuparea Fortei de Munca.

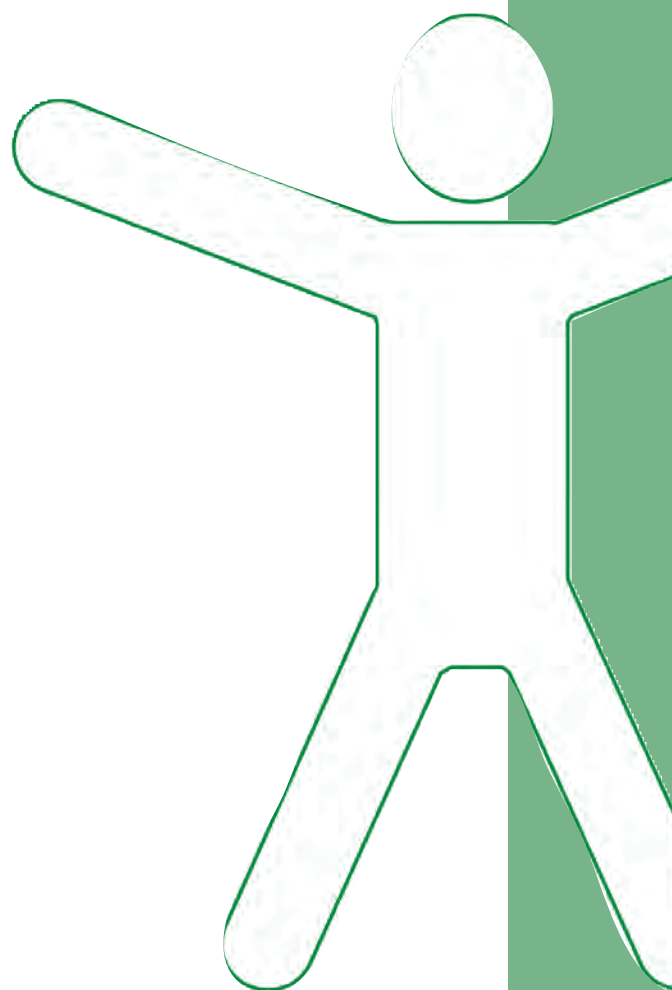
- **Locuire:** populatia de romi din intreaga Europa traieste in conditii inadecvate, sub limita standardelor de locuire, formand ghetouri caracterizate de infrastructura deficitara sau chiar inexistentă. Rata imbolnavirilor este foarte mare, iar riscul de a fi evacuati e tot timpul prezent.

- **Servicii de sanatate:** saracia si conditiile proaste de locuire ale comunitatilor de romi, pe langa discriminarea constanta in acordarea de servicii medicale, au condus la imbolnavirea unui numar mare de romi de boli precum tuberculoza sau hepatita. Studiile arata ca durata de viata a populatiei de romi este mai mica decat cea a restului societatii. Este nevoie insa de indicatori pentru a determina rata imbolnavirilor si accesul romilor la sistemele de sanatate.

1 Studiu realizat de un consortium format din European Roma Rights Centre, Focus Consultancy Limited si European Roma Information Office. Studiul prezinta situatia in prezent a romilor in 25 de state membre UE si analizeaza politicile care se adreseaza imbunatatirii situatiei acestora.



Sistemul de sanate publica in Romania. Date generale



Sistemul de sanatate publica in Romania

Date generale

Intregul sistem sanitar romanesc se afla intr-un proces continuu de transformare radicala. Criza sistemului de sanatate, inceputa inca din anii 1980, s-a acutizat in anii 1990. In anul 1997 a fost initiata reforma asigurarilor de sanatate, caracterizata prin descentralizare si trecere de la finantarea de catre stat la sistemul de asigurari de sanatate sustinut prin contributii.

In toata aceasta perioada de tranzitie, starea de sanatate a populatiei s-a degradat progresiv, iar majoritatea indicatorilor demografici si de morbiditate inregistrati pentru Romania, ii determina pe analistii Organizatiei Mondiale a Sanatatii si cei ai Uniunii Europene sa afirme ca Romania stagneaza de 30 de ani, in ceea ce priveste starea de sanatate a populatiei si performantele sectorului sanitar.²

In conditiile in care, in anul 2000, cheltuielile publice ale Romaniei pentru sanatate aveau o pondere de 1,9 % in PIB (cele private avand o pondere de 1,1 %), cheltuielile publice pentru sanatate pe locuitor s-au ridicat la 190 \$. Fara a face referire la alte tari central si est europene, care, la acest capitol, stau mult mai bine decat tara noastra, mentionam doar ca in Bulgaria, care trece prin dificultati economice mai mari decat cele ale Romaniei, cheltuielile publice pentru sanatate, in acelasi interval, au avut o pondere de 2,9 % in PIB (cele private fiind de 0,8 % din PIB) si ca urmare, cheltuielile pentru sanatate pe locuitor au fost de 225 \$ (PPC)³.

Specialistii in domeniu apreciaza ca necesarul pentru cheltuielile publice

pentru sanatate ar trebui sa se situeze undeva in jurul a 6-7 % din PIB, luand in considerare ca in tarile UE, acest indicator este cuprins intre 8 - 14 % si avand in vedere dificultatile economice ale populatiei din prezent, precum si amploarea deosebita a unor obiceiuri de consum nocive in cadrul modelului de consum romanesc.

Problemele din sectorul sanitar au la baza si „gestiunea catastrofală a sistemului, in conditiile in care fondurile alocate acestui domeniu au crescut din 1995 de patru ori”⁴.

Incadrarea cu personal medico-sanitar a unitatilor medicale din Romania este de foarte multi ani deficitara, comparativ cu tarile din UE. Dincolo de aspectul repartitiei teritoriale, absolut disproporionate a specialistilor, trebuie mentionat ca, per total, numarul de medici la 10000 locuitori din Romania (in jur de 19, dupa anul 2000) este cu mult mai scazut decat in tarile UE (28-29/10.000 de locuitori).

Aproape toti specialistii sistemului public au scazut considerabil ca numar intr-un interval de 12 ani (1990-2002). Toate acestea au contribuit la mentinerea unui nivel deosebit de ridi-

2 Biroul Regional al O.M.S. pentru Europa

3 PNUD 2003, p. 255

4 premierul Călin Popescu-Tariceanu, 14 martie, 2004

cat a numarului de locuitori ce revin la un medic in anii tranzitiei (525 in anul 2002) iar pe de alta parte, a mentinut practicile ilicite de supraplata a actului medical, la un nivel inalt.

Acordarea unor salarii extrem de mici personalului medical si sanitar a fost mentinuta pe tot intervalul 1990–2004, nu atat ca urmare a lipsei resurselor financiare din sistem, cat mai ales ca urmare a politicilor deficitare si profund inadecvate de cointeresare a

resurselor umane in desfasurarea ireprosabila a atributiilor specifice.

Reforma serviciilor medicale publice din Romania, in conditii de subfinantare severa si de relaxare a controlului social in domeniu, a contribuit, in buna masura, la limitarea accesului cvasi-general la aceste servicii, dar in special a accesului categoriilor sociale cel mai defavorizate economic, printre care se numara si o buna parte a populatiei de romi.

Consecinte asupra starii generale de sanatate a populatiei

Aceste carente de functionare a sistemului sanitar din Romania sunt oglindite in agravarea constanta a starii generale de sanatate a populatiei la nivel national:

- In prezent, Romania ocupa unul dintre primele locuri in Europa in ceea ce priveste morbiditatea si mortalitatea la copii. In ciuda unei scaderi a mortalitatii infantile cu mai mult de 30% fata de anul 1989, rata se mentine in continuare printre cele mai ridicate din Europa. In afara de unele state din fosta Uniune Sovietica (cele din Asia Centrala) toate tarile in tranzitie au valori ale mortalitatii infantile mai scazute decat cele ale Romaniei (vezi Anexa 1).
- Deteriorarea accentuata a indicatorilor de mortalitate, rata mortalitatii infantile a crescut, in special in rural, in anul 2001, datorita mortalitatii postneonatale, care a fost de 11,2 in rural ‰ si 6,5‰ in urban, si datorita mortalitatii neonatale care a fost, de 9,7‰ in rural si 9,1‰ in urban (la nivelul anului 2001).
- Cele mai ridicate rate specifice de mortalitate sunt date de bolile apa-

ratului circulator, tumori, bolile aparatului respirator si cele ale aparatului digestiv.

- Sporul natural negativ al populatiei in anul 2001, a fost de aproape 2 ori mai mare pentru populatia masculina, dat fiind si faptul ca, incepand din anul 1992, s-a produs un fenomen de supra-mortalitate masculina. Fenomenul respectiv a fost mai prezent la grupele de varsta 20 – 39 si 40 – 59 de ani.
- In anul 1999, doar intre 80 – 94% din populatia tarii avea acces la medicamente si vaccinuri esentiale – spre deosebire de tari ca Ungaria, Slovacia si alte tari central si est europene, unde aceste tipuri de acces se realizeaza in proportii cu mult mai mari. Potrivit aceleiasi surse, copii in varsta de un an, in anul 2001, erau vaccinati impotriva tuberculozei in proportie de 99 %, iar impotriva rujeolei, in proportie de 98 %.
- Studii recente releva ca 40% dintre copii decedati, din tara noastra, prezinta deficiente de nutritie.

Starea de sanatate a populatiei de romi si accesul acesteia la serviciile publice de sanatate

Asigurarile sociale de sanatate reprezinta principala parghie in ocrotirea sanatatii populatiei din Romania. Asigurarile de sanatate sunt obligatorii si functioneaza descentralizat pe baza principiului solidaritatii, subsidiaritatii in colectarea si utilizarea fondurilor precum si a dreptului alegerii libere de catre asiguratii a medicului, a unitatii sanitare si a casei de asigurari de sanatate⁵.

In cadrul unui sistem de asigurari sociale de sanatate, se asigura asistenta medicala curativa, potrivit legii, dupa cum urmeaza:

- a asistenta medicala primara, prin cabinete medicale de stat sau private;
- b asistenta medicala de specialitate, prin cabinete medicale, spitale, centre de diagnostic si tratament, centre de sanatate sau alte unitati de profil, de stat sau private.

Furnizorii de servicii medicale sunt: medicii de familie, ambulatorii de specialitate, spitale farmacie care onoreaza retete gratuite sau compensate, servicii de transport medical si de urgenta, laboratoare clinice, furnizori de servicii de ingrijire medicala la domiciliu, furnizori de servicii de recuperare medicala.

In Romania exista doua tipuri fundamentale de asigurare de sanatate:

- a asigurare cu plata contributiei
- b asigurare fara plata contributiei – beneficiarii acesteia sunt: toti copii pana la varsta de 18 ani sau pana

la 26 daca sunt elevi, ucenici sau studenti si nu realizeaza venituri din munca, sotul sotia si parintii fara venituri proprii, aflati in intretinerea unei persoane asigurate, veteranii de razboi, revolutionari, persoane cu handicap, bolnavii cu afectiuni incluse in programele nationale ale Ministerului Sanatatii, persoane care primesc venitul minim garantat, indemnizatie de somaj, alocatie de sprijin (conform legii 416 din 2001), femei insarcinate care nu au nici un venit, persoanele care satisfac serviciul militar in termen.

Persoanele care nu fac dovada calitatii de asigurat beneficiaza de servicii medicale numai in cazul urgentelor medico-chirurgicale si al bolilor cu potential endemo-epidemic, in cadrul unui pachet minimal de servicii medicale.

Din cercetarile efectuate in comunitati au fost identificate doua mecanisme de excludere a populatiei din sistemul public de sanatate :

- **excluderea formala:** in aceasta categorie intrand toate persoanele care nu indeplinesc conditiile prevazute de lege, pentru a beneficia de actul public medical, ne-asiguratii, exclusii din sistemul asigurarilor de sanatate (cei fara acte de identitate, familii fara minim un angajat, care nu a fost luat in evidentele institutiilor)
- **excluderea informala** care poate fi denumita ca fiind „excluderea inclusilor” sau excluderea asiguratilor care indeplinesc conditiile prevazute de lege, dar care din diverse motive, ce tin de functionarea deficitara a intregului sistem de sanatate, contexte specifice locale, prejudecati sociale, culturale sau etnice,

5 Ordonanta de Urgenta a Guvernului nr. 150 din 2002

sunt exclusi de la servicii de sanatate (exemplu: cei care sunt neinformati despre drepturile pe care le au in calitate de asigurat, fara bani pentru transport, fara bani pentru costuri suplimentare).

In tara noastra, **cele mai frecvente caracteristici ale persoanelor excluse** ori cu acces diminuat la diverse beneficii medicale sunt urmatoarele:

- dispun de resurse economice (si venituri monetare) reduse
- au un plasament rezidential dezavantajos in raport cu situarea spatiala a ofertei relevante de servicii medicale
- familii din rural ori din alte zone ce ofera oportunitati reduse de solicitare pe plan local a unor servicii medicale
- au dificultati in accesarea informatiilor utile privind oportunitatile de asistenta existente
- au in multe cazuri, un nivel scazut de educatie
- dispun de un statut profesional sau etnic minoritar (cazul minoritatii de etnie roma)
- familiile neasigurate cu venituri mici
- persoanele care traiesc din castiguri ocazionale, din ajutorul de somaj sau asistenta sociala
- persoane varstnice fara venituri sau cu venituri foarte mici – in special fosti cooperatori din rural
- copii si tineri fara familie sau fara domiciliu stabil.

In ceea ce priveste situatia romilor, acestia se incadreaza in ambele tipuri de excluziune, atat excluziune formala cat si informala.

Principalul factor al excluziunii formale a romilor este lipsa actelor de identitate. Absenta actelor de identitate exclude persoana respectiva de la posibilitatile de exercitare a majoritatii drepturilor sociale, inclusiv dreptul la asistenta medicala gratuita sau cu inlesniri de plata, deoarece serviciile prestate nu pot fi inregistrate in evidentele contabile ale unitatilor prestatoare si deci nu pot fi decontate de catre acestea. Persoana aflata in aceasta situatie, nici macar nu se poate inscrie pe lista unui medic de familie.

In ciuda acestor reglementari legale, se pare ca, in realitate, datele empirice dovedesc oarecum contrariul. Spre exemplu, in Galati „au fost primiti la spital in internare si romi fara acte de identitate”(medic de familie), in Macin, mediatoarea sanitara povesteste ca are o foarte buna colaborare cu doamna doctor de familie si ca toti romii au fost inscrisi: „i-am inscris pe toti la medicul de familie; chiar si copiii fara acte au fost consultati” (mediator sanitar).

In Vedea, aproape jumatate dintre romii din comuna nu beneficiaza de asigurare medicala. Totusi, medicul, fiind si locuitor al comunei, nu tine cont de lucrul acesta si consulta si trateaza si pacientii de etnie roma. Lipsa asigurarii medicale a pacientilor de etnie roma este dublata de lipsa actelor de identitate valabile „aproximativ 20 de persoane” din estimarile asistentului social.

Excluziunea formala datorata neincaдрarii in nici una dintre categoriile prevazute de lege este caracteristica, in egala masura, atat romilor cat si populatiei majoritare aflate in situatie de saracie extrema sau in situatii neprevazute de lege (o parte a populatiei rurale, fara venituri, neinformate despre plata taxelor, batrani fara pensii, etc).

Excluderea informala a romilor

In ceea ce priveste excluderea informala a romilor de la servicii de asistenta medicala exista doua categorii importante de factori si anume:

1. factori generali care tin de modul de organizare si functionare a sistemului de asistenta sanitara in Romania
2. factori specifici care tin de discriminare

Factori generali care tin de modul de organizare si functionare a sistemului de asistenta sanitara in Romania sunt:

- *Costurile formale si informale* ale asistentei medicale sunt prohibitive pentru cei mai multi dintre solicitantii de etnie roma ai serviciilor publice. In prezent, pentru toata populatia din tara noastra, a solicita servicii medicale publice presupune, dupa caz, a cheltui mai mult sau mai putin. In primul rand, este nevoie de bani pentru a achita „onoriul” medicului (spaga), care, chiar daca nu este instituit formal poate conditiona uneori calitatea serviciului. In cazul internarii intr-un spital, cheltuielile pot atinge cifre absolut prohibitive, deoarece exista un intreg aparat de personal care daca nu-si primeste stimulentele economice, nu functioneaza. Studii recente la nivel national arata ca 41% dintre respondenti sustin ca au platit in plus (spaga la romani, ICCV, 2004). In acest sens, intre institutiile medicale, spitalele si policlinicile se detaseaza net in ierarhia institutiilor in care s-a oferit si altceva in afara taxelor oficiale.
- *Calitatea scazuta a prestatiiilor medicale* a determinat, in multe cazuri, reducerea exprimarii nevoilor de servicii din partea populatiei. Totusi, faptul ca unele unitati sanitare functioneaza inca fara autorizatie, ori cu autorizatie pe termen limitat, ma-

reste riscul unor practici medicale neconforme cu prevederile stiintifice de interventie si tratament medical.

- *Distributia disproportionala a unitatilor ce ofera servicii medicale, in profil teritorial* – observam ponderea deosebit de ridicata a populatiei din rural – indeosebi a celei sarace, care reclama lipsa serviciilor de sanatate din localitate. Limitarea accesului populatiei (sarace si chiar non-sarace) la serviciile medicale are loc si din cauza situarii rezidentiale a unor gospodarii, in raport cu pozitionarea geografica a ofertei de servicii medicale. Tendintele de restructurare ale sistemului national de asistenta medicala publica, pe fondul mentinerii unei distributii disproportionala a unitatilor ce ofera servicii medicale, in profil teritorial, au produs numeroase efecte negative in planul accesului fizic al populatiei la serviciile medicale.
- *Dezechilibrul raportului intre partea curativa si cea preventiva*

„Medicii de la noi nu stiu decat sa trateze, nu fac preventie, iar romanii sunt invatati sa mearga la medic doar atunci cand ii doare, nu actioneaza preventiv, pentru a plati mai putin. Pe langa infiintarea catedrelor de cardiologie preventiva, si medicii de familie ar trebui instruiti sa faca preventie. Astfel de masuri ar costa aproape nimic”(medic de familie)

- *Dificultatile medicilor de familie*
 - Foarte multi dintre medicii intervievati recunosc mai degraba existenta unor probleme birocratice si administrative decat a unor probleme legate de actul medical sau de relatia cu pacientii. Medicii de familie sunt confruntati cu costurile ridicate pentru cabinete, cu obligatii birocratice care nu-i mai lasa timp de consultatii, cu prea multe sarcini de serviciu pentru o

motivatie prea mica. *„De la statutul de persoana care exercita o profesie liberala, medicul de familie se vede in postura celui mai dezavantajat salariat, incapabil sa se opuna unui sistem care-i lasa doar doua alternative: sa accepte inacceptabilul sau sa intre in somaj, parasind cabinetul dat in comodat”* (medic de familie)...

- Un alt tip de probleme il reprezinta suprapopularea listelor medicilor de familie. Spre exemplu in orasul Macin exista 4 patru medici de familie, care trebuie sa ingrijeasca un jur de 11000 de persoane. Daca persoanele ar fi distribuite in mod egal, aceasta ar insemna aproape 3000 de cazuri pentru fiecare medic. Cifra situata mult peste optimul (de 1000) desfasurarii unei activitati normale. Putem spune asadar ca orasul se confrunta cu un deficit de medici de familie. In Tulcea in ceea ce priveste numarul de pacienti raportati la un medic, intalnim si situatii in care un medic poate avea pana la aproape 4000 de pacienti (ex. unul dintre doctori are 3600 de pacienti, dintre care 500-600 sunt romi).
- Lipsa de informare a pacientilor *„Sistemul este greoi, ar trebui sa pierd prea mult timp explicand fiecarui pacient cum stau lucrurile, care ii sunt drepturile si obligatiile, ar trebui facute campanii de informare pe aceasta tema”*(medic de familie)
- In multe comune medicii sunt navetisti. Din aceasta cauza timpul real pentru consultatii este mult diminuat. De regula la nivelul fiecarei comune exista cate un medic (in centrul de comuna) care deserveste pacientii din toate celelalte sate

In Izvoarele exista un singur cabinet medical pentru toate cele 4 sate. Acesta face naveta de la Tulcea in fiecare zi. Cabinetul are un singur asistent medical.

In Clejani exista un dispensar, cu doi medici de familie, care nu locuiesc in comuna, Exista si o farmacie care asigura medicamente pe baza retetelor compensate.

In Valea Teilor, serviciile de asistenta medicala care ar putea avea o evidenta a pacientilor sunt practic inexistente. Datorita distantei foarte mari fata de centrul de comuna (15 km) si a calitatii drumului, in sat nu exista nici un cabinet medical, nu exista farmacie. O parte dintre locuitori, cei mai instariti, sunt inscrisi la medic de familie in Tulcea. *„Pana acum doua luni exista un medic din Tulcea care venea in sat o data pe saptamana, acum insa nu mai vine. S-au facut demersuri pentru aducerea unui asistent in sat... acesta era asteptat... sa se instaleze in sat. O salvare din Tulcea are nevoie de aproximativ 2 ore pentru a ajunge in sat, in conditiile atmosferice normale.”*(localnic)

In Barcea, sunt doi medici de familie, care locuiesc la Tecuci, din cauza suprafetei mari a comunei si a numarului mare de locuitori, personalul medical este insuficient.

In Buciumeni, exista in fiecare sat al comunei cate un punct sanitar, iar medicul de familie pleaca o zi pe saptamana pe teren, in satele unde i se solicita serviciile. Tot in timpul deplasarilor in cele patru sate medicul se ocupa cu vaccinari si cu tratarea bolilor cronice. Departarea unor sate de centrul comunei este mentionata ca un dezavantaj in anumite discutii (cu asistenta medicala spre exemplu). O problema reala la nivelul comunei a fost procesul schimbarii medicului de familie. De la 1 februarie 2005, fostul medic s-a transferat in Iasi la o clinica astfel incat localnicii au ramas fara doctor. Noul medic a aparut de curand, locuieste in Galati dar se va muta in comuna. Atat localnicii

cat si el se plang ca datorita unor proceduri birocratice foarte complicate care au loc la schimbarea medicului de familie satul a ramas fara cabinet medical aproximativ o luna.

In Movileni, marea problema a comunei este legata de medicii de familie. In comuna sunt 2 medici navetisti din Tecuci, care vin la ora 10.00 si se intorc la 12.00 pentru ca au si cabinete particulare in Tecuci. Sambata si duminica nu este nimeni la dispensar. Medicii de familie nu se inteleg intre ei pentru ca fiecare are pacientii lui, iar daca unul dintre ei nu este in comuna, celalalt nu doreste sa primeasca la consult pacientii celuilalt.

In Balcescu, la nivel de comuna, exista un singur medic de familie si o singura asistenta. Cabinetul este situat in centrul comunei. Medicul face fata cu greu populatiei numeroase pe care o are in grija. Pentru satul Balcescu, doctorul merge o data pe saptamana sa dea consultatii sau pentru campaniile de vaccinare in sat, la dispensarul care este improvizat in cladirea postei. Lipsa unui medic de familie in satul lor este una dintre problemele importante ale satului.

In Ciucurova, la nivelul comunei exista un dispensar in care lucreaza doi medici de familie, cu cabinete separate.

- *Lipsa asistentelor medicale* Una dintre problemele generale sesizate de aproape toti medicii de familie intervievati este numarul foarte mic de asistente medicale care sunt angajate intr-un cabinet medical, ceea ce ingreuneaza buna desfasurare a activitatilor medicale. Optimul teoretic este de o asistenta medicala la 1000 de pacienti, insa la majoritatea cabinetelor este angajata numai o asistenta. Aceasta situatie apare

fie din lipsa banilor pentru a putea plati un salariu adecvat pentru munca depusa, fie datorita insuficientei personalului calificat pentru acest domeniu.

In Valea Teilor *"exista o moasa care insa a imbatranit (a iesit la pensie) si nu mai vrea sa faca injectii fara sa ia bani. Ea nu poate sa ne dea trimiteri" (mediator sanitar).*

In Buciumeni, pe langa medic lucreaza o singura asistenta medicala, localnica, cu o vechime de 37 de ani de munca in domeniu. „Moasa se bucura de o foarte mare apreciere si popularitate in randurile oamenilor, si pentru faptul, ca a raspuns intotdeauna solicitarilor si nevoilor lor, chiar la ore tarzii din noapte”(mediator sanitar).

In Movileni, asistenta medicala (localnica) este greu de abordat in caz de urgenta. *„Doamna asistenta nu prea poate fi deranjata”* (lider rom). Romii sunt majoritatea inscrisi la medicii de familie dar *„nu cunosc tratamentele. In momentul in care are de facut o injectie de 6 ori pe zi, la cine poate sa se duca atunci? La nimeni, oamenii apeleaza la cunostintele proprii, la vecini”* (lider local rom).

- In comunitatile studiate dispensarele medicale nu dispun de infrastructura si logistica corespunzatoare unor servicii de planificare familiala.
- De asemenea, in rural, sunt reprezentate destul de slab ori chiar lipsesc serviciile medicale de asistare a sarcinii, nasterii si noului nascut. Astfel, se explica, in buna parte, mentinerea unei rate a mortalitati infantile deosebit de ridicate la nivel national (18‰), comparativ cu valorile existente in alte tari europene.
- *Absenta unor farmacii* este perceputa ca fiind o problema mai grava decat lipsa unor dispensare

sau policlinici, data fiind tendinta de autoadministrare a unor tratamente, in caz de urgenta sau de lipsa mijloacelor economice necesare accesarii unui cabinet medical dintr-o alta localitate. In Movileni „*Mai bine se inteleg oamenii cu farmacistul decat cu medicul sau*

cu asistenta”. *Farmacista din comuna vinde romilor medicamente si pe credit. Este intelegatoare, intelege situatiile*” (localnic). Sunt multe medicamente care nu se gasesc in comuna, bolnavii sunt nevoiti sa mearga la Galati pentru a le procura.

Relatiile populatiei de etnie roma cu furnizorii de servicii medicale

La nivelul anului 1998, 28,1 % dintre respondentii de etnie roma apreciaza ca romii sunt tratati mai prost atunci cand merg la medic comparativ cu alte etnii. Pe de alta parte un procent de 5,2 % romi mentioneaza incidenta discriminarii pozitive. (C. Zamfir, M. Preda, coord.2002). Cele mai frecvente motive de nemultumire ale populatiei roma fata de oferta de servicii medicale publice, deriva din faptul ca pacientii intampina mari dificultati in procurarea medicamentelor, exista disfunctionalitati in programul dispensarului si, nu in ultimul rand, existenta unei lipse de interes pentru pacienti.

In ceea ce priveste atitudinea medicilor de familie fata de pacientii de etnie roma aceasta este de diferita de la o situatie la alta.

In Tecuci, „*Romii se simt la noi ca la prieteni, nu au rusine in a recunoaste o anumita boala. Mai mult, copii romi de 15-16 ani care si-au inceput viata sexuala vin la medic si spun doamna doctor, m-am culcat cu o fata si eu cred ca am luat o boala din aia*” (medic de familie).

In Barcea, se pare ca romii au o relatie foarte buna cu doctorii. „*M-am saturat de restul populatiei (romani) pentru ca s-au invatat la pomana. Vor numai retete compensate, fac reclamatii. Mai degraba colaboram cu romii!*” (medic de familie) „*Au vile, au masini, sunt plecati prin Italia, Spania, au solar acasa, dar de medicamente nu au bani*” (medic de familie)

In Buciumeni, atitudinea medicului fata de problemele romilor este una de compatimire si empatie. Doamna doctor a organizat in comuna campanii pentru strangerea de haine pentru romii din Balcescu. A avut de asemenea o initiativa prin care recomanda cumpararea de alimente absolut necesare dintr-un procent, din banii dati ca ajutor social. Aceasta propunere a fost justificata de faptul ca cea mai mare parte dintre asistati cheltuie banii in primele zile dupa ce ii primesc cumparand alimente scumpe, tigari si alcool. „*Ei, cum au banii, isi cumpara, doua batoane de salam, tigari, suc si alcool, iar dupa doua zile incepe foamea...care tine pana la urmatorul ajutor*” (medic de familie). Propunerea nu a fost insa acceptata pentru a se evita suspiciunile in legatura cu cheltuirea banilor si a se evita acuuzatiile de discriminare.

In cealalta extrema este situatia din Giurgiu unde se pare ca unii medici de familie au in scris foarte multi romi din dorinta de a avea multi pacienti „*retributia medicilor de familie facandu-se in functie de numarul celor inscrisi, doctorii odata vazandu-se cu ei pe lista, ii trateaza de multe ori necorespunzator. Sunt medici in Giurgiu renumiti pentru practica lor de a lua mai multi romi pe listele lor si sunt acuzati de colegii lor de breasla ca « iau bani de pe urma lor », mai ales de la cei instariti*” (localnic).

In tabelul urmator sunt prezentate reactiile la intrebarea De ce sunteti multumit/nemulțumit de atitudinea medicului de familie si a doctorilor in general:

Tabel nr. 8 Atitudinea pacientilor de etnie roma fata de doctori in general

Atitudini pozitive fata de doctori in general	Atitudini negative fata de doctori in general
<ul style="list-style-type: none"> • vorbeste frumos, • raspunde la solicitari • nu face diferenta intre oameni, • isi respecta programul, • ma trateaza si ma sfatuieste ce sa fac, • imi rezolva problemele medicale, • nu face discriminari, • se poarta frumos, • ma consulta, • imi da tratament, • pentru ca m-a indrumat spre Bucuresti, • am fost foarte bine primita si mi s-a explicat corect, • ne intelege foarte bine, • ne da tratament bun, • cand am avut probleme, m-a consultat si mi-a dat pastile, • de cate ori am avut nevoie m-a tratat si sfatuit, • cred ca mi-a explicat ce trebuie sa fac spre binele meu, • sunt intelegatori, • ma intelege nu ma ignora, • vorbeste pe intelesul nostru, • sunt amabili, 	<ul style="list-style-type: none"> • vorbeste urat, • ma da afara din cabinet, • mi-a spus sa-mi caut alt medic, • nu vine in sat, • nu mi-a dat tratamentul pe care l-am cerut, este aiurit, • rupe hartiile pentru ajutor social, • nu este serios, • cand am cerut o scutire a zis ca asa suntem noi tiganii tot timpul cerem, • nu intotdeauna isi face datoria de medic, • a refuzat sa-mi dea tratament, • e rautacios, • nu ni se elibereaza adeverinte

Concluzii

- populatia in general se confrunta cu probleme economice deosebite, cum ar fi lipsa cvasi- generala a locurilor de munca. Pe acest fond de lipsuri si greutati generale etnia roma, se devanseaza clar aflandu- se in cea mai mare parte intr-o stare avansata de saracie.
- In comunitatile rurale agenda problemelor romilor se suprapune in cea mai mare parte agendei problemelor la nivelul intregii comune. Problemele generale cum ar fi lipsa locurilor de munca, accesul restrans la sanatate, calitatea redusa a serviciilor din invatamant, lipsa infrastructurii, izolarea, sunt principalele probleme cu care se confrunta o mare parte a comunitatilor rurale. Exista insa unele probleme specifice si anume cea mai mare parte a locuintelor neelectrificate sunt detinute de catre romi.
- In mediul urban problematica romilor are accente specifice, caracteristice diferite in mare parte de problemele populatiei majoritare. Comunitatile compacte cu un numar mai mare de romi (ghetouri sau cartiere limitrofe) se detaseaza net prin lipsa acuta a infrastructurii (cai de acces, apa potabila), calitatea scazuta a locuirii, suprapopularea, lipsa locurilor de munca, nivelul ridicat al infractionalitatii.
- Din perspectiva identitatii culturale, putem distinge comunitati de romi compacte, omogene sau comunitati eterogene. Vorbitorii de limba romana reprezinta intre 30 si 50% dintr-o comunitate (exceptand situatia romilor traditionali, caldarari sau spoitori).
- Din perspectiva locuirii in majoritatea comunitatilor exista probleme legate de lipsa actelor de proprietate pentru locuinte sau teren, lipsa de teren pentru constructii (in special pentru familiile tinere), starea proasta a locuintelor, locuinte improvizate, supraaglomerarea, dotarea scazuta cu utilitati, greutate in procurarea materialelor pentru incalzire, lipsa generala a bailor, lipsa toaletelor sau impracticabilitatea acestora (in cazul toaletelor comune din Ghetouri).
- Din perspectiva conditiilor de hrana, majoritatea populatiei intervievate declara ca nu are posibilitatea sa manance corespunzator, un procent foarte ridicat rabda uneori de foame, hrana este nediversificata si necorespunzatoare. La acestea se adauga unele practici nesanatoase de consum cum ar fi tutunul, cafeaua, alcoolul.
- Fiecare comunitate are istoria, contextul socio-economic specific, are propriile reguli de convietuire si coabitare, propriile reguli si mentalitati culturale, dar dincolo de acestea, (luand in calcul si exceptiile cazurilor de romi instariti) majoritatea romilor traiesc intr-un grad avansat de excluziune sociala, economica, civica.
- Relatiile interetnice si relatiile intre grupurile de etnie roma sunt diferite de la o comunitate la alta. Relatiile dintre grupurile de romi si institutiile statului se caracterizeaza printr-un nivel scazut al comunicarii reale. In cele mai multe situatii institutiile statului se simt depasite de complexitatea problemelor, comunitatilor de romi. Exista situatii in care cu toata disponibilitatea de care dau dovada functionarii, problemele nu pot fi rezolvate datorita lipsei de prevederi legale sau chiar necesitatii de a le incalca (vezi situatia terenului agricol pe care au fost construite ilegal locuinte ale romilor). Uneori romii considera ca reprezentantii lor in institutiile statului nu apara interesele comunitatii.

- Lipsa actelor de identitate acutizeaza problema excluziunii generale a romilor in cauza. Exista la nivelul fiecarei comunitati un numar cuprins intre 10 si 40 de romi care din diverse motive nu au acte de identitate.
- In ceea ce priveste starea de sanatate a populatiei de etnie roma, exista perceptia general raspandita ca *"romii sunt mai sanatosi si mai rezistenti la boli"*.
- Excluziunea romilor de la serviciile de sanatate publica este datorata

in primul rand distributiei geografice neechitabile a unitatilor sanitare si discriminarii. Excluziunea formala (a celor fara acte), conform datelor empirice este foarte redusa (in majoritatea cazurilor romii sunt consultati si internati chiar daca nu dovedesc calitatea de asigurat). Excluziunea informala cuprinde intreaga populatie a Romaniei si se datoreaza in primul rand disfunctiilor sistemului sanitar din Romania. La nivelul actului medical curativ, discriminarea pe criterii etnice este de asemenea invocata.

Recomandari

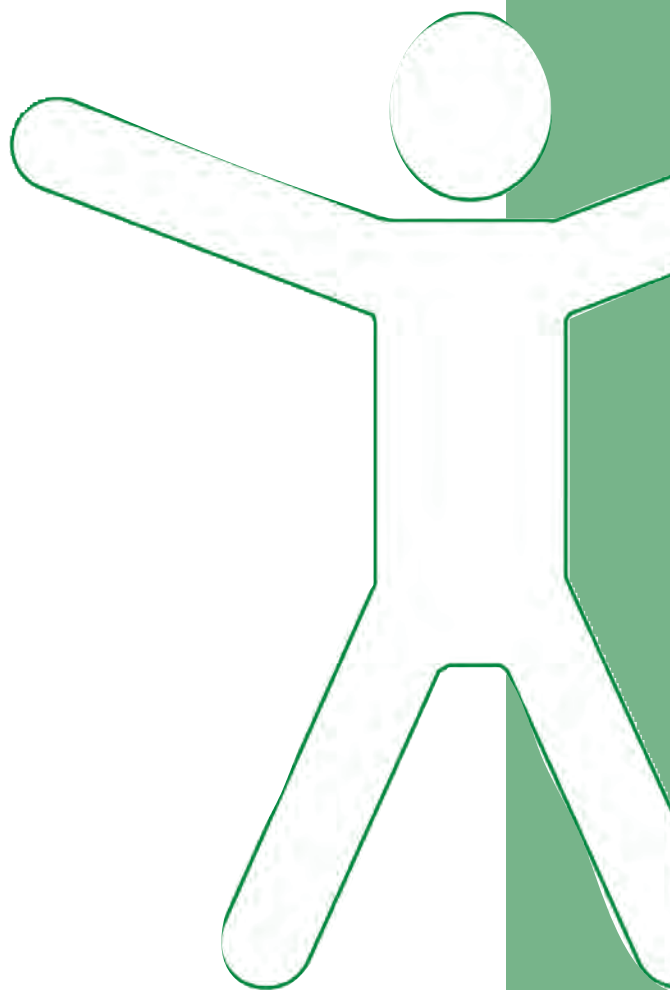
Recomandari generale pentru imbunatatirea starii de sanatate a populatiei de etnie roma si a accesului la servicii de sanatate

- extinderea in plan teritorial a unitatilor prestatoare de servicii sanitare (fixe sau ambulatorii)
- extinderea retelei de unitati medico-sociale in comunitatile izolate sau cele defavorizate
- rezolvarea problemei actelor de identitate pentru membrii comunitatilor
- identificarea persoanelor neasigurate
- extinderea numarului de mediatori sanitari si comunitari de etnie roma
- efectuarea unor campanii de informare despre drepturile si obligatiile asistatilor

- clarificarea unor reglementari legale si modificare punctuala a unor inadvertente legislative, cum ar fi:
 - asistatii sociali care beneficiaza de cantina sociala, nu au dreptul la venit minim garantat asadar nu sunt asigurati medical
 - conform legii 119 orice bolnav de TBC are dreptul la pensie, dar anumite norme interne de aplicare a legii (prevazute de Ministerul Muncii) impun un minim de 3 luni de cotizare (ceea ce duce la excluderea unui segment important de populatie cum ar fi: tineri neintrati pe piata muncii, agricultori, zilieri)
 - revederea reglementarilor legale care depuncteaza medicii (elaborarea unor politici atractive pentru cazul comunitatilor dezavantajate: prime de instalare, sporuri, acordarea de credite medicilor, concesionarea locatiilor fostelor dispensare)



Practici pozitive: Medierea sanitara in comunitatile cu romi



Istoricul proiectului initiat de Romani CRISS

Incepand cu 1993, Romani CRISS a lansat o serie de programe destinante imbunatatirii sanatatii romilor din Romania si facilitarii accesului acestora la serviciile publice.

1996 este anul in care Romani CRISS, in parteneriat cu Comitetul Catolic Impotriva Foamei si pentru Dezvoltare (CCFD), a pus in practica programul de formare de mediatori sanitari. Obiectivul principal a fost ameliorarea comunicarii intre personalul medical si comunitatea roma, si formarea unor femei⁶ de etnie roma, avand un nivel mediu de pregatire, in domeniul medierii sanitare. In cadrul acestui proiect, in care se inscriusera 30 de femei de origine roma, 25 au urmat pana la sfarsit programul de pregatire.

In perioada 1998–2000 au fost creată o metodologie si o „fisa de post” a mediatorului sanitar.

Intalnirile si dezbaterile organizate de Romani CRISS au dus la implicarea mai multor parteneri in sustinerea procesului de institutionalizare a meseriei de mediator sanitar. Parteneriatul semnat de Romani Criss, OSCE–ODIHR si Ministerul Sanatatii a contribuit la punerea in practica a programului si la o mai buna cooperare intre comunitatea roma si DSP-uri (Directia de Sanatate Publica), institutii locale ale Ministerului Sanatatii.

In septembrie 2001, Romani CRISS, cu sprijinul financiar al OSCE/ODIHR a organizat audierea publica a Comi-

siei pentru Sanatate si Familie la Parlamentului Romaniei. Aceasta audiere publica avea drept tema accesul romilor la sanatate. In acest sens, prezentarea Romani CRISS a avut ca subiect „Provocarea la dialog si invitatie la inovatie in domeniul sanatatii romilor” La audiere au participat atat ONG-uri rome cat si ne-rome. Cu aceasta ocazie a fost luata in considerare crearea unei Comisii ministeriale cu scopul de a contribui la elaborarea unei strategii de ameliorare a sanatatii romilor.

Romani CRISS a participat si la Conferinta OSCE, la care a prezentat tema „Sa transformam vorbele in fapte”. In continuare, a fost semnat acordul de cooperare intre Romani CRISS, Ministerul Sanatatii si Familiei si OSCE/ODIHR.

In paralel, Romani CRISS a obtinut de la Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale un aviz favorabil pentru crearea meseriei de „mediator sanitar” si introducerea acesteia in nomenclatorul de meserii (grup de baza numarul 5139, „lucratori in servicii pentru populatie”, cod 513902)

In perioada februarie 2000 –ianuarie 2001, Romani CRISS a inceput un proiect de „formare a mediatorilor sanitari in comunitati compacte de romi in Romania”.

In 2002, cu sprijinul financiar al CCFD, Romani CRISS a pregatit 84 de mediatori sanitari. Candidatele erau femei

⁶ In primul rand femei pentru a imbunatati pozitia femeii in comunitatile romilor si mai apoi pentru ca femeile s-au facut mai bine ascultate de catre celelalte femei de origine roma.

din comunitatea roma cu un nivel de scolarizare mediu (minim 8 clase).

Romani CRISS a initiat elaborarea unui prim „Ghid practic al mediatorului sanitar”. Realizarea acestui ghid a fost posibila de asemenea printr-o finantare OSCE/ODIHR– punct de contact pentru romi si sinti (nume pe care popoarele nomade il prefera celui de rom).

In 2003, obiectivul Romani CRISS a fost acela de a forma noi mediatori sanitari, pentru ca acestia sa fie angajati de catre DSP-uri, conform Ordinului 619/2002 a Ministerului Sanatatii. Persoanele de la Romani Criss care se ocupau de formarea acestor mediatori au mers in judete, pentru a putea derula cursurile de formare pe teren. In acelasi timp, formatorii care se ocupau de aceasta instruire a mediatorilor, dadeau sfaturi tehnice si DSP-urilor care intampinau dificultati in aplicarea ordinului 619/2002.

Din analiza rapoartelor de activitate furnizate de mediatorii sanitari, Romani CRISS a constatat ca acestia au nevoie de o aprofundare a cunostintelor in domeniul drepturilor omului, metodologiei de obtinere a cartilor de identitate, planning-ul familial, tuberculoza.

In 2004, Romani CRISS a organizat 3 stagii in cadrul formarii continua cu 96 de mediatori sanitari. Instructorii au discutat pe urmatoarele teme: drepturile omului si formele de discriminare, ameliorarea metodelor de lucru in cadrul comunitatii, notiuni necesare pentru obtinerea cartilor de identitate, etc.

In 2005, prioritatea Romani CRISS a fost aceea de a raspunde nevoii de realizare a unei evaluari continua mai riguroasa. Astfel, s-a facut o „monitorizare prin analiza rapoartelor de activitate ale mediatorilor sanitari si prin deplasari pe teren si interreactiuni cu mediatorii. Romani CRISS a facut apoi apel la CCFD pentru a obtine o evaluare a acestui program.

Inceputurile procesului de evaluare care au condus la acest raport

Evaluarea are loc la 8 ani de la inceputurile acestui proiect.

In prezent Romani CRISS a pregatit deja peste 360 de mediatori sanitari. Din informatiile furnizate de catre Romani CRISS, 264 au fost angajati de catre 38 de Directii de Sanatate Publica Judetene (DSPJ) din Romania, in conformitate cu Ordinul 619/2002 emis de Ministerul Sanatatii.

Romani CRISS considera ca evaluarea activitatii mediatorilor sanitari este necesara. Aceasta pentru a cunoaste punctele forte si cele slabe ale programului, lucru care permite o buna evolutie a programului si care duce la elaborarea unei noi strategii al carei scop este ameliorarea situatiei sistemului sanitar pentru romi.

In acelasi timp, o alta problema ridicata a fost daca mediatorii sanitari, formati de Romani CRISS, si-au adus contributia la ameliorarea sistemului sanitar al romilor din Romania.

Pe de alta parte, tinand cont de Acordul semnat de Romani CRISS, Ministerul Sanatatii si OSCE/ODIHR in 2001, una din responsabilitatile Romani CRISS a fost implicarea in monitorizarea si evaluarea activitatii mediatorilor sanitari, in colaborare cu Ministerul Sanatatii, respectiv cu DSP-urile din teritoriu si din Bucuresti.

De asemenea se asteapta si inventarierea diferitelor dificultati intampinate pe parcursul proiectului.

Obiective vizate de Romani CRISS prin aceasta evaluare

- Realizarea unui set de concluzii si recomandari care sa contribuie la imbunatatirea programului de mediere sanitara (cu o mai buna sensibilizare a intregului personal DSP implicat in proiect);
- Studiarea posibilitatilor de extindere in alte zone geografice;

- Oferirea oportunitatii fundatiei Romani CRISS de a fi mai bine recunoscuta de autoritatile romane, si astfel sa beneficieze de sprijin si sa

aiba o mai mare influenta asupra acestor autoritati pentru a-si face auzita vocea in apararea cauzei sustinute.

Punerea in practica a procesului de evaluare: prezentarea metodelor folosite, calitative si cantitative

Etapele evaluarii si dificultati

Evaluarea a fost realizata de COTA – Bruxelles, care a desemnat pe antropologul Maria Maillat si sociologul Sorin Cace, pe baza unui contract stabilit cu claritate de COTA, sa se ocupe de acesta evaluare.

Procesul de evaluare s-a desfasurat in perioada mai –septembrie 2005, parcurgand urmatoarele etape:

- I. Pregatirea la Bucuresti si Paris;
- II Deplasarea in Romania in scopul derularii actiunii (mai, iunie, apoi iulie–august);
- III Realizarea unui raport intermediar si evaluare critica pe baza acestui raport la Bucuresti (cu Romani CRISS si reprezentantii OSCE) si la Paris (cu CCFD si F3E);
- IV Sesiuni de dezbateri cu CCFD si F3E la Paris si comunicari cu COTA si Romani CRISS telefonic sau prin e-mail (septembrie, octombrie);
- V Analiza informatiilor reiesite din chestionarele completate de esantioanele de mediatori sanitari prin intermediul IRM–Agency si realizarea raportului final;
- VI Prezentarea raportului la Paris (in franceza) apoi la Bucuresti (in romana): evaluare critica si adaptare a continutului in functie de ajustarile sesizate de COTA, F3E, CCFD, Romani CRISS. Romani CRISS este actorul principal in cele 2 ajustari;

VII Sustinerea raportului final de catre CCFD, F3E si Romani CRISS la Paris.

Pregatirile au permis clarificarea metodologiei evaluarii. Mai multe intalniri au avut loc: la Paris, intre Maria Maillat (consultant, coordonator pentru COTA la aceasta evaluare), Julie Biro (CCFD0, Geraldine Pierrot (F3E) si , la Bucuresti, intre Sorin Cace (sociolog responsabil pentru COTA la aceasta evaluare) si reprezentantii Romani CRISS (Mariana Buceanu, Daniel Radulescu). Un plan a fost stabilit in prealabil de Maria Maillat pentru prima deplasare in Romania. La acesta au fost aduse o serie de schimbari prin e-mail.

In luna august 2005, a fost prezentat un **Raport Intermediar** in franceza si in romana. Acest raport a dus la organizarea unor dezbateri critice, pe text, impreuna cu Romani CRISS (la Bucuresti) si cu CCFD si F3E (la Paris).

Procesul de strangere a datelor prin chestionar a avut loc datorita colaborarii cu Romani CRISS. Echipa de mediatori sanitari a primit chestionarele, dar pentru ca Romani CRISS a fost singura organizatie care s-a ocupat de adunarea datelor, a reusit sa stranga doar 71 de chestionare (din cele 150 trimise).

Interlocutori de-a lungul procesului de evaluare

Cea mai mare parte a etapelor anterioare raportului intermediar a fost consacrată întâlnirilor cu responsabilii de program din Romani CRISS, reprezentanții Ministerului Sănătății, mediatorii sanitari, reprezentanții DSP Județene, reprezentanții locali ai romilor, medici de familie, etc. Discuțiile de la Romani CRISS au fost purtate cu: directorul Costel Bercus, cei 2 care s-au ocupat de formarea mediatorilor și de programul evaluat, Mariana Buceanu și Daniel Radulescu, Adrian Vasile, cel ce s-a ocupat de desfășurarea unui program de mobilizare pe teren, în mijlocul comunităților de romi, a mediatorilor însărcinați cu lupta împotriva tuberculozei. La aceasta se adaugă o întrevvedere de grup realizată de Sorin Căce cu membrii echipei care se ocupa de constituirea și de funcționarea sistemului de luptă împotriva discriminării romilor.

Mai multe feluri de întâlniri au avut loc:

1. cu personalități care au stat la baza apariției acestui proiect inovator și cu personalități strans legate de proiect:

Maria Maillat a purtat discuții, în scopul acestei evaluări, cu una din persoanele care au fondat Romani CRISS, mai exact Nicolae Gheorghe, în prezent consultant al OSCE/ODIHR în cadrul Biroului din Varșovia pentru instituții democratice și drepturile omului și Nicoleta Bitu care s-a ocupat la început de programul mediatorilor sanitari.

Am avut, de asemenea, întâlniri individuale și cu grupuri de mediatorii ca și cu membri ai comunităților de romi.

O întâlnire importantă a avut loc cu Mariea Ionescu, reprezentant al romilor pe lângă Guvernul României.

Culegerea datelor a fost făcută cu contribuția lui Istvan Haller, liga

Pro-Europa, membru în bordul Romani CRISS.

2. cu reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai DSP-urilor Județene.

O serie de întâlniri scurte, cu întrebări deschise, au permis strângerea unor informații concrete. Cele 3 persoane de seamă care ne-au primit sunt Dr. Hanna Dobronașteanu, consilier personal al Ministrului Sănătății, Dr. Alin Stănescu și Dr. Luminița Marcu.

La aceștia se adaugă medicii de familie, apoi și alte persoane contactate în fiecare loc vizitat după metoda generativă (asistent social, asistent comunitar, asistent medical, reprezentant al romilor, aleși, primari, voluntari, politicieni, etc.);

În timpul acestor întrevvederi, ne-am propus să înțelegem desfășurarea reală a programului, dincolo de proceduri și legislație.

La un al treilea nivel se plasează întâlnirile avute cu principalii parteneri ai proiectului mediatorilor sanitari pe 2004–2005, respectiv JSI Research & Training Institute INC România.

Imersiunea antropologică

Este o metodă de evaluare care permite ajustarea și rectificarea îndepărtărilor discursului instituțiilor (a caror activitate nu a fost deloc afectată de mai sus menționatele programe) și cel al reprezentanților proiectului de realitate cotidiană a persoanelor cu a caror soartă „se joacă” în fiecare zi prin intermediul acestor programe. E dificil, spre exemplu să crezi că viața de zi cu zi a acestor femei care au urmat programele de formare ale Romani CRISS nu a fost influențată de schimbarea statutului social și profesional prin obținerea unei diplome și a unei angajări.

Antropologul observă momente din viața necenzurată: ascultă, provoacă discuțiile sau asistă la scene care se desfășoară în săli de așteptare, cabi-

nete medicale, pe strada, in spitale, etc. El nu se gaseste acolo pentru a judeca ci pentru a se afunda in realitate, pentru ca apoi sa transpuna pe hartie, sa inteleaga, sa elaboreze chestionarele si sa faca analiza a ceea ce a adunat. In acest sens are nevoie de o ascultare preocupata si curioasa, care e in cautarea sensului (unde se ajunge? spre ce se indreapta acesti oameni fara care programul/proiectul nu ar fi existat? De ce sa o faca? Care sunt variantele nescrise ale realitatii in ceea ce priveste punerea in practica a programului evaluat?). Imersiunea presupune niste riscuri in ceea ce priveste instrumentele si conceptele initiale care trebuie sa fie flexibile, adaptabile realitatii schimbatoare.

Antropologul cauta, de asemenea, sa se transpuna *empatic* in locul subiectului in dificultate, in persoana subiectului programului evaluat. Spre exemplu, „ce as face eu daca as fi in locul unei mame de origine roma cu trei sau patru copii de varsta frageda, locuind intr-o locuinta murdara, singura si fara venituri?”

O serie de intrebari ne insotesc de-a lungul acestui raport intermediar, intrebari care se refera la istoria romilor in aceasta tara. Faptul ca un popor supus pogromurilor si altor forme de nimicire a rezistat si continua sa existe pe pamantul romanesc, trebuie sa mareasca respectul nostru in ceea ce priveste valorile si traditiile sale, cultura si formele de organizare sociala interioara.

Imersiunea antropologica a avut loc in Bucuresti si in 3 judete:

1. Mures, un judet din centrul tarii care se declara a fi resedinta, cu cel mai mare numar de Romi comparativ cu celelalte judete;
2. Iasi, un judet din nord-est, unul dintre cele mai afectate de genocidul, deportarea si discriminarea Romilor si Evreilor, dar, de asemenea, un judet rural si bogat cultural, cu locuitori consacrați credintelor ortodoxe;

3. Bihor, situat in vestul Romaniei, considerat a fi un judet urbanizat, deschis catre civilizatia ungara si Occident, locuit de mai multe etnii, unde, dupa spusele mai multor interlocutori, „majoritatea Romilor muncesc, calatoresc, se descurca ceva mai bine decat in alte parti”. Este, de asemenea, judetul in care, din datele furnizate de Romani CRISS, muncesc cel mai mare numar de mediatori sanitari.

In cursul imersiunii antropologice, ne-am intalnit cu aproximativ 40-50 de mediatori sanitari. cinci reprezentanti ai DSP-urilor, 17 medici de familie, 11 asistenti medicali lucrând cu medicii de familie, opt asistenti comunitari, patru asistente sociale, reprezentanti ai romilor in institutiile publice locale, mai multi alesi locali.

Mulumita mediatorilor sanitari, evaluarea a putut sa apeleze la contactul direct cu romii si mediul lor de viata: am putut constata pe teren conditiile de trai si problemele asa cum mediatorii sanitari le traiesc alaturi de romi, in viata de zi cu zi.

Metoda cantitativa: chestionare adresate mediatorilor sanitari si reprezentantilor DSP.

In urma intalnirilor individuale si de grup si a imersiunii antropologice, Maria Maillat a realizat 2 chestionare: unul pentru mediatorii sanitari si altul pentru reprezentantii DSP-urilor.

Romani CRISS s-a ocupat de distribuirea chestionarelor catre DSP-urile Judetene si mediatori sanitari. Am reusit sa ne folosim de 71 de chestionare. Un anumit numar au fost completate atat de ilizibil incat nu au putut fi folosite. O parte din mediatorii sanitari nu au raspuns. Unul din motive fiind catastrofele din cauza inundatiilor care s-au abatut asupra Romaniei si care au afectat, in special, locuintele celor saraci. Mediatorii sanitari au facut eforturi sa vina in ajutorul acestor persoane si s-au aflat in imposibilitatea de a trimite chestionarul.

Chestionarele care ne-au survenit au putut sa serveasca la redactarea unei exemplificari statistice pe care o folosim pentru a da niste repere in legatura cu evaluarea calitativa si din punct de vedere a participarii.

Am folosit deci chestionarele complete, stiind ca nu am putut verifica pe teren maniera, conditii in care chestionarele au fost utilizate. Se pune urmatoarea intrebare: mediatoarele sanitare au facut eforturi singure pentru

a ne raspunde la intrebari? Am ales sa le acordam incredere lor si DSP-urilor.

Ceea ce ne-a surprins cel mai tare e „dezinvoltura” cu care au raspuns DSP-urile chestionarelor care le-au fost adresate: marea majoritate a raspuns printr-o nota de lucru cu un continut global. Altii, nu au trimis chestionarele complete. In aceste conditii, ne-am folosit de raspunsuri pentru a finaliza evaluarea calitativa, fara sa putem sa realizam o analiza statistica.

Evaluare privind pertinenta si coerenta programului in ansamblu

Programul in ansamblu. Schema parteneriala

Programul „Training national pentru mediatorii sanitari” raspunde concret la dorinta romilor din Romania de a se inscrie intr-un program de stopare a discriminarii, mai exact in domeniul accesului la sanatate, prin doua tipuri de activitati: una sociala si o alta in sectorul medical.

Incepand cu 1997, Romani CRISS si-a stabilit ca obiectiv formarea mediatorilor sanitari si recunoasterea acestei meserii in Romania. Mediatorii sanitari isi desfasoara activitatea in mijlocul populatiei Rome, mai exact in cadrul comunitatii din care s-au ridicat si unde traiesc.

Acest program a fost conceput si pus in practica datorita cooperarii dintre un ONG din Romania (Romani CRISS) si cu sustinerea activa a CCFD, in cadrul negocierilor, in cursul carora Guvernul Roman a devenit, incetul cu incetul, unul din partenerii principali.

La aceasta trebuie adaugat, de asemenea, sustinerea OSCE care, in 2003, a adoptat un plan de actiune pentru ameliorarea situatiei Romilor si Sinti⁷⁶

in spatiul OSCE. In anul 2005, un nou Acord privind procesul de implementare a sistemului de mediere sanitara in comunitatile de romi a fost semnat intre Romani CRISS, OSCE/ODIHR si Ministerul Sanatatii. Este consecinta acordului semnat in 2001 de Romani CRISS si Ministerul Sanatatii si OSCE/ODIHR. Acest nou acord din 2005 e un raspuns concret fata de angajamentul Guvernului Roman in participarea la implementarea programului „Deceniul de incluziune a Romilor, 2005-2015”.

Urmand principiile de baza enuntate in caietul de sarcini al CCFD, evaluarea urmareste sa stabileasca **pertinenta implicarii reale si concrete a Ministerului Sanatatii roman**, implicare considerata ca *sine qua non* a imbunatatirii sistemului sanitar al romilor in Romania.

Evaluarea pertinentei la nivelul Ministerului Sanatatii si familiei in Romania

In calitatea sa de ONG, Romani CRISS a pornit negocieri cu Guvernul Roman care, in 2001, au creat posibilitatea semnarii unui acord intre Romani CRISS, Ministerul Sanatatii si OSCE/ODIHR. Un prim rezultat vizibil si practic este instruirea a 260 de mediatoa-

76 O alta comunitate de origine roma

re sanitare. Dintre acestea 195 sunt angajate in prezent in 38 DSPJ-uri din Romania, in conformitate cu Ordinul 619/2002. In timpul intrevederilor am putut constata ca functionarii avand ca indatorire acest program pe langa Ministerul Sanatatii, au integrat activitatea mediatorilor sanitari in dispozitive.

Ca urmare a eforturilor depuse de Romani CRISS finantate si sustinute de CCFD, Guvernul Roman a emis **Ordinul cu Numarul 619/ 14.08.2002 confirmand functionarea mediatorilor sanitari si normele tehnice privind organizarea, functionarea, finantarea activitatii mediatorilor sanitari**. In acest Ordin, se aminteste ca aceasta functie a fost inscrisa in clasificarea activitatilor Romaniei (COR).

In schimb, aplicarea articolului 6, capitolul I al Ordinului nr.619 care stabileste conditiile de selectie a mediatorilor sanitari, decurge din implementarea acestui program de catre Romani CRISS din 1997-1998:

- a. in comunitatile importante de Romi, selectia se va face la recomandarea data de catre responsabilii legitimi ai numitei comunitati;
- b. In localitatile unde locuiesc mai multe comunitati, pot sa fie mai multe propuneri de candidatura. In acest caz, se va organiza un concurs dupa criteriile de evaluare stabilite de Ministerul Sanatatii.

Capitolul II al Ordinului, intitulat „Formarea mediatorilor sanitari comunitari” introduce termenul comunitar care nu apare nici in titlu Ordinului, nici in articolele de la capitolul I.

Articolul 7 stipuleaza ca „*Romani CRISS asigura organizarea cursurilor teoretice de formare a mediatorilor sanitari*”. Se face referire la Acordul semnat in 2001. Mai este mentionat ca „Directiile de Sanatate Publica (DSP) sustin desfasurarea formarii si asigura suportul tehnic si spatiul necesar pentru o buna desfasurare a pregati-

rii. Cel care se ocupa de monitorizarea procesului de instruire si de practica la locul de munca al mediatorilor sanitari, este Biroul de asistenta sociala si a familiei. Aceasta monitorizare ar trebui sa fie aplicata dupa metodologia elaborata de Comisia Ministeriala pentru Romi din cadrul Ministerului Sanatatii.”

Evaluarea facuta de Cota pune in evidenta faptul ca prevederile articolului 7 au fost respectate doar in ceea ce priveste instruirea teoretica asigurata efectiv de Romani CRISS. In ceea ce priveste metodologia, in urma unei monitorizari a DSP-urilor, nu am constatat ca ar fi fost urmata.

De asemenea, Ordinul prevede ca mediatorii sanitari sa beneficieze „de un stagiu de 3 luni de pregatire profesionala pe langa un cadru medical specializat sau in unitatile sanitare de contact (cabinet medical, spital). (...) La sfarsitul acestui stagiu practic, medicul coordonator elibereaza un certificat privind abilitatile dobandite de mediatorul sanitar stagiar prin exercitarea meseriei.”

In urma verificarii, am gasit un singur judet in care acest articol era aplicat. Marea majoritate a mediatorilor sanitari intervievati ignora acest articol al Ordinului. Nu am gasit nici un mediator sanitar care sa beneficieze de acest certificat eliberat de medicul „coordonator al stagiului” .

Analiza Ordinului 619/2002 al Ministerului Sanatatii pune in evidenta confuzia facuta intre mediatorii sanitari formati de Romani CRISS si „asistenti sanitari comunitari”, pregatiti pe o perioada mult mai indelungata cu un bagaj de cunostinte mult mai relevant pentru grija si actele de sanatate publica.

Articolul 10 stabileste programul de lucru al mediatorilor sanitari la 40 de ore pe saptamana, lucru care nu corespunde deloc realitatii constatate si celei exprimate in chestionarele completate de mediatorii sanitari. **95,7%** dintre mediatorii sanitari Romi care

au completat chestionarul, declara ca ei lucreaza mai mult tinand cont de faptul ca locuiesc in zona in care isi desfasoara activitatea si locuinta lor este de cele mai multe ori si „biroul” unde romii se prezinta chiar si in timpul noptii sau in week-end.

Parteneriatul dintre Romani CRISS si Ministerul Sanatatii s-a pus in practica intr-un mod ambivalent: textele oficiale exista, dar DSP-urile nu procedau la aplicarea lor. Sunt de observat carente de comunicare intre Minister si responsabilii DSP-urilor. Mai mult, au fost semnate acorduri, ratificari, comunicate de presa, dar Comisia Ministeriala vizata la nivel national nu isi desfasoara activitatea.

Datorita activitatii intense a personalului Romani CRISS, programul mediatorilor sanitari chiar se deruleaza practic si nu a devenit inca o fatada a unui program constituit dar nu aplicat in ciuda existentei unui buget de stat.

Montarea organizationala si bugetara are loc dupa logica decentralizarii. Ca urmare a acordurilor stabilite la nivelul Guvernului Roman, programul mediatorilor sanitari se inscrie in „Programul national de sanatate nr.3, aliniatul 18: dezvoltarea sistemului mediatorilor sanitari comunitari in cadrul comunitatilor Rome”.

Bugetul de stat ne-a fost adus la cunostinta de un reprezentant al Ministerului fara sa fi primit documente oficiale atestand evidenta folosirii acestui buget global. De mentionat ca bugetul global consacrat de guvernamentul roman programului „mediatorilor sanitari” este distribuit , urmand legea decentralizarii, catre judete, mai exact, este inclus in bugetul global al spitalelor judetene. Se observa lipsa unor documente care sa ateste folosirea reala a acestei linii bugetare.

Informatiile comunicate evaluatorilor privind bugetul global atribuit de Ministerul Sanatatii programului sunt urmatoarele:

In 2002~30.000 Euro

In 2003~160.000 Euro

In 2004~ 300.000 Euro

In 2005~ 438.000 Euro

Aceste cifre lasa impresia ca exista o dorinta reala din partea Guvernului de a participa la implementarea proiectului mediatorilor sanitari pe teritoriul Romaniei. Totusi, nu stim cum sunt in realitate folositi acesti bani o data ce sunt absorbite in finantarea spitalelor judetene.

Evaluarea organizarii institutionale a programului la nivel local

Bugetul acestei organizari este complex. Pentru o mai buna intelegere a punerii efective in practica a programului, a fost necesara interviuarea responsabililor DSP-urilor (Directiilor Sanitare de Sanatate Publica).

Nu am putut stabili cu exactitate utilizarea concreta a sumelor alocate pentru fiecare judet. Insa, am aflat ca unele judete isi cheltuiesc bugetul alocat, in timp ce altele nu o fac. Buge-tul alocat fiecarui judet este inclus in bugetul general al spitalelor judetene, astfel ca functionarii Directiilor jude-tene de Sanatate Publica consultati au afirmat ca nu au un raport exact asupra acestui buget pentru ca el e administrat de Spital, asupra caruia DSP-ul nu are superioritate ierarhica. Exista deci o neconcordanza intre monitorizarea mediatorilor sanitari realizata de DSP-uri si bugetul alocat de Minister spitalelor. Distribuirea si utilizarea acestui buget nu prezinta transparenta nici celor de la Romani CRISS si nici Comisiei Ministeriale pentru Romi.

Activitatea mediatorilor sanitari este ca un fel de interfata intre populatie si partenerii locali (medici de familie, primarii, etc). Dar monitorizarea lor este asigurata de o autoritate care are isi desfasoara activitatea in resedinta judetului respectiv, adica la mai multe zeci sau sute de kilometri de locul unde mediatorii sanitari isi exercita meseria. Ori Ordinul 619 prevede ca

aceste cheltuieli destinate deplasarii mediatorilor sanitari pentru a prezenta DSP-urilor rapoartele lor saptamanale sau lunare trebuie sa fie asigurate din fondurile alocate procesului de implementare a Programului de sanatate a copilului si familiei, obiectivul 2/ interventia 2. Ar trebui deci sa fie un „fond de cheltuieli” inclus in bugetul de stat pentru mediatorii sanitari. Evaluarea pune in evidenta faptul ca nu este pus in chestiune acest articol si ca rambursarile se fac intr-un mod cu totul aleatoriu, una cate una, ceea ce duce la aparitia unei disparitati mari intre un judet si altul.

In chestionarul adresat mediatorilor sanitari doar 22,9 % au afirmat ca li s-au rambursat cheltuielile de deplasare la DSP-uri sau pentru telefoanele date ca sa stabileasca intalniri sau sa cheme Samu. 61,4 % sustin ca nu le-au fost rambursate niciodata cheltuielile. Trebuie sa puna de la ei din buzunar ca sa parcurga drumul pana la DSP-uri pentru a-si depune rapoartele sau pentru a participa la intalniri, desi Ordinul 619 stabileste un fond special pentru aceste aspecte ale muncii lor.

La intrebarea pusa in caietul de sarcini „care sunt actorii care participa in realitate la acest program?” evaluarea este in masura sa raspunda astfel:

mediatorii formati de Romani CRISS sunt inainte de toate cei care se lupta cu morile de vant pentru misiunea lor. Recunoasterea lor, pe care au reusit sa o impuna atat in comunitatile unde activeaza cat si cu medicii de familie, se datoreaza in mare parte interventiei lor.

Mediatoarele sanitare care ne-au trimis raspunsurile lor la chestionarul de evaluare estimeaza ca relatiile lor cu reprezentantii DSP-urilor sunt unele din cele mai bune, chiar daca aceste persoane care se ocupa de incadrarea lor in munca nu se deplaseaza aproape niciodata pe teren. Intr-unul din judete, responsabila DSP a mediatorilor sanitari a insotit-o pe Maria Maillat:

ea vizita pentru prima oara comunitatile de romi. Dupa un sfert de ora de mers pe o poteca noroioasa formata printre locuintele darapanate, responsabila DSP s-a simtit disconfortabil si s-a intors la masina.

Nu se poate vorbi in acest stadiu al evaluarii de un real parteneriat intre DSP-uri (incadrarea), spital (gestionarea bugetului) si medicii de familie (institutiile, locul unde ar trebui sa se desfasoare activitatea mediatorilor sanitari).

Concluzii si recomandari pentru parteneriatul intern si aplicarea bugetului

- Romani CRISS e recunoscut de Ministerul Sanatatii ca fiind principalul initiator si organizator al programului, in special in ceea ce priveste formarea mediatorilor sanitari. ONG-ul a obtinut inscrierea acestei meserii in COR (Clasificarea ocupatiilor din Romania).
- Ministerul Sanatatii a elaborat un cadru legislativ detaliat care tine cont de experienta si propunerile aduse de Romani CRISS. A fost creata o Comisie ministeriala, dar nu s-a elaborat o metodologie de monitorizare a mediatorilor sanitari asa cum stipuleaza Ordinul 619/2002. Exceptand acordurile semnate, nu am gasit nici o dovada a eficacitatii acestei Comisii. **Nu exista de asemenea nici un sistem de *feedback* intre aceasta Comisie si activitatea desfasurata de DSP-uri care sunt actorii principali in punerea in practica a activitatii mediatorilor sanitari, pe teren.**
- In 2005, Ordinul 619/2002 a Ministerului nu este abordat ca un termen de referinta si articolele sale nu sunt aplicate de catre DSP-uri. Conditiiile de munca constatate pe teren nu respecta articolele din acest Ordin.
- Aplicarea bugetarii e „o cutie neagra” atat pentru Romani CRISS cat

si pentru mediatorii sanitari cat si pentru DSP Judetene. Parteneriatul este practic inexistent la nivel judetean si in special intre autoritatea ierarhica (DSP-ul) si gestionarul bugetului mediatorilor sanitari (spitalul judetean).

- La ora actuala nu exista un raport sau un audit comandat de Guvernul Romaniei care sa permita observarea manierei in care este utilizata finantarea alocata de Statul roman pentru activitatea mediatorilor sanitari.
- Parteneriatul local este realizat in primul rand datorita eforturilor depuse de mediatorii sanitari, in cursul interactionarii concrete prin munca desfasurata cu ceilalti care intervin pe teren. Parteneriatul exista de asemenea intre mediatorii sanitari si ceilalti membri ai comunitatii lor, in special femei.

Recomandari

- Ni se pare important ca aceasta Comisie ministeriala sa se preocupe activ de utilizarea bugetului decentralizat, in conformitate cu Ordinul 619/2002 si evaluand in mod real experientele mediatorilor sanitari. Ar trebui in primul rand sa se gaseasca un alt mod de incadrare ierarhica a mediatorilor sanitari si gestionarii bugetului.

Evaluarea dispozitivului operational al programului « mediatorilor sanitari » al Romani CRISS

Romani CRISS sta la baza inovarii sociale derulate prin acest program. Ideea schimbarii sta la baza acestei inovari sociale care atinge aspecte complexe ale societatii, cum ar fi discriminarea unei minoritati care este considerata cea mai saraca din Europa.

Este vorba despre o schimbare in ceea ce priveste locul ocupat de femeile rome in propria lor comunitate si in cadrul societatii civile in ansamblu. Este nevoie, deci, sa facem clare aspectele legate de dispozitivul operational al formarii mediatoarelor sanitare, dispozitiv elaborat in totalitate de Romani CRISS.

Romani CRISS prezinta acest program ca „o sansa acordata comunitatii” avand ca obiective:

- Facilitarea comunicarii dintre comunitate si cadrele medicale;
- Facilitarea accesului membrilor comunitatii la structurile de sanatate;
- Furnizarea informatiilor membrilor comunitatii privind drepturile si responsabilitatile Statului fata de cetateni.

Profilul unui mediator sanitar, candidatura, formare, validarea experientei

Profilul mediatorului sanitar⁸¹² este prezentat in toate documentele Romani CRISS, in special in **Ghidul** (2004) editat cu finantarea OSCE si CCFD. Mediatorul sanitar este „puntea” care leaga comunitatea roma de autoritatile locale: medici de familie, DSP, Primarii, etc. Trebuie sa aiba „abilitati de comunicare” si trebuie sa fie recunoscuta si acceptata de catre comunitatea in care profeseaza cat si de autoritatile locale.

Are doua domenii suprapuse in care isi desfasoara activitatea: cel social si cel sanitar. In cel social, spijina persoanele in procesul obtinerii actelor de identitate oficiale, inscrierii la serviciile sociale ale Primariilor pentru obtinerea ajutoarelor sociale.

Interventia sa sociala trebuie sa duca la constientizarea in cadrul comunitatii a problemelor legate de vaccinuri, depistarea si ingrijirea, cat si prevenirea bolilor.

In indatoririle mediatorului sanitar intra, de asemenea, promovarea increderii intre comunitate si autoritatile locale.

Candidatura la formarea pentru profesia de mediator sanitar corespunde unei cooperari intre societatea civila, alesii locali ai romilor, liderii traditionali si institutiile locale (medici de familie, DSP-uri) si, bineinteles, Romani CRISS.

La inceputul organizarii acestor formari, Romani CRISS a cerut candidatilor sa aibe diploma de absolvire a 12 clase. In ceea ce a urmat, aceasta cerinta a fost schimbata. In prezent,

mediatorilor sanitari li se cere sa fi absolvit minim 8 ani de studiu (invatamantul obligatoriu). In 2004–2005, una din criteriile de selectie a mediatorilor sanitari, din partea Romani CRISS, a fost sa aiba obligatoriu 8 clase (scoala primara si scoala generala) urmate.

Conditia de a cunoaste limba romana (vorbita in unele comunitati traditionale de romi) a dus, de asemenea, la mai multe dezbateri. Printre mediatorii sanitari intalniti in cadrul imersiunii antropologice, am intalnit o comunitate care nu vorbea foarte bine limba, dar care urmase cursuri, pentru ca in numeroase familii asa-zise „asimilate” parinti au interzis copiilor sa invete altceva decat limba romana. Doua din mediatoarele sanitare intalnite nu vorbeau deloc limba romana. Scopul Romani CRISS a fost atunci, acela de a forma mediatorii sanitari care sa se apropie cel mai mult de profilul celor care intrau in contact cu mediatorii sanitari.

Analiza chestionarelor de evaluare indica faptul ca 70% dintre mediatorii sanitari intervievati afirma ca si-au depus candidatura ca urmare a recomandarii din partea liderului (alesului) organizatiei locale. 18,6% declara ca au fost sprijinite in candidatura lor de Romani CRISS. Doar 8,6% sustin ca au candidat sustinuti de DSP-uri sau alta institutie ca medicul de familie. Reprezentantul Romilor la Prefectura are un impact mai putin puternic asupra candidaturii la formarea mediatorilor sanitari (5,7%). Aceeasi persoana avea posibilitatea sa fie recomandata de una sau mai multe dintre organismele mentionate (alesul Rom, DSP, spre exemplu)

Programul de formare are 3 etape:

- primirea candidaturii si selectia celor care vor urma formarea la Romani CRISS;
- formarea efectuata de Romani CRISS in parteneriat cu Ministerul Sanatatii si autoritatile locale (medici de familie, DSP-uri, etc.)

8 ¹² De-a lungul intregii acestei evaluari, denumirea acestei profesii ne-a pus probleme: in 2005, numele a fost utilizat la masculin de Romani CRISS, in timp ce pe teren am intalnit doar femei, deci mediatoarele sanitare. La inceputul proiectului, promovarea femeilor Rome a fost una din prioritatile vizata de Romani CRISS..

- evaluarea dublata de o auto-evaluare si atribuirea unei diplome de mediator sanitar.

Evaluarea participativa a cursului de formare arata importanta pe care o are personalitatea formatorilor Romani CRISS asupra viitorilor mediatori sanitari.

Pana in septembrie 2005, programul mediatorilor sanitari a fost desfasurat doar de doi formatori: Mariana Buceanu si Daniel Radulescu, proveniti dintr-un mediu de romi asa-zisi „asimilati”. Aceste doua persoane au urmat calea emanciparii sociale prin intermediul studiilor urmate: amandoi obtinand diplome universitare. Traectoria vietii si personalitatii celor doi coordonatori de program au avut un rol important in realizarea formarii.

De-a lungul formarii, mediatorii sanitari au avut in fata lor o echipa care a stabilit raporturi de munca, de respect mutual si de amicitie, o echipa care a avut ca principal scop realizarea programului. Numeroase femei romane nu au mai avut ocazia sa intalneasca o echipa roma mixta care sa lucreze la un acelasi nivel, cot la cot, si recunoscuta la cel mai inalt nivel al institutiilor romane si internationale. Sa povestesti de propria lupta purtata in viata este o abordare in cadrul programului de formare care a trezit simpatia si solidaritatea interlocutorilor.

In prima zi a formarii, stagiarii sunt intrigati sa ii vada pe Mariana Buceanu si pe Daniel Radulescu schimband, animand impreuna formarea mediatorilor sanitari, dezbatand fara sa se certe, dandu-si cu parerea asupra fiecarei chestiuni dezbatute. Ceea ce este aratat, inca de la inceput de catre formatori, este respectul mutual si capacitatea femeii de a gandi si vorbi de la acelasi nivel, de la egal la egal cu barbatii urmand un cadru si reguli bine stabilite.

Faptul ca o femeie ca Mariana Buceanu a sustinut acest program si a contribuit la elaborarea regulilor de functionare ale unui grup format in

totalitate de femei, sunt cu atat mai multe noutati pentru viitorii mediatori sanitari care vor urma programul de formare al Romani CRISS.

78,6% dintre mediatorii sanitari formati au apreciat continutul cursurilor urmate, iar 71,4% afirma ca au fost impresionati de personalitatile celor doi formatori Romani CRISS.

60% au apreciat valorizarea de care au beneficiat de-a lungul formarii de catre Romani CRISS.

E vorba de o tripla ucenicie:

1. cea explicita prin continutul formarii privind definitia „mediatorului sanitar”, accesul la sanatate si drepturile minoritatii roma in Romania;
2. cea implicita prin *exemplul* oferit de formatori care, prin traectoria urmata de ei si afirmatiile facute, sunt „dovezi vii” ca romii, femei sau barbati, pot reusi in viata;
3. asupra sinelui, asupra capacitatii de comunicare, asupra pozitiei ocupate in comunitate si in societatea civila. Constientizarea propriilor limite si potentialuri este foarte importanta, deoarece permite viitorilor mediatori sanitari sa isi dea seama de masura in care schimbarea pe care profesia de mediator sanitar o va aduce in viata lor, ii va afecta. Astfel, de la stadiul de intentie, din dorinta de a ajunge si motivarea avuta, stagiarii isi croiesc drumul in constientizarea responsabilitatii pe care vor trebui sa si-o asume atat fata de comunitatea lor cat si fata de institutiile din Romania compuse din profesionisti, alesi si voluntari.

Pe parcursul a 3 zile de formare, mediatorii sanitari din grup sunt cazati in acelasi loc si isi petrec timpul liber impreuna. Aceasta le permite sa experimenteze alte feluri de a interactiona si alte spatii de viata. Mariana Buceanu ne explica faptul ca majoritatea viitoarelor mediatore sanitare nu au pus niciodata piciorul intr-un loc public fara sa fie insotite de sotul

lor sau un alt membru al familiei. Sa fie cazate intr-un hotel este o experienta noua pentru ele. Unele chiar refuza sa ia cina, spunand ca ai lor copii acasa nu iau o masa asa buna cum au ele ocazia sa o faca datorita formarii. Altele vin la formare insotite de sotii lor. Formatorii Romani CRISS lucreaza dupa propriile reguli si in cadrul grupului in functie de fiecare stagiar fara sa impuna un cadru rigid si fara sa se opuna modului de viata al stagiilor.

Analiza procesului de formare permite punerea in evidenta a bagajului mare de cunostinte concentrate in cele trei zile de curs. Totusi, trei zile de formare ni se par insuficiente spre deosebire, spre exemplu de formarea asigurata mediatorilor sanitari comunitari (un alt program promovat si finantat de Ministerul Sanatatii si compus din mai multe module). Cei doi coordonatori ai Romani CRISS insista asupra caracterului intensiv si calitativ al formarii si asupra faptului ca ar trebui completat de alte module de formare si/sau informare asa cum o cere Ordinul 619/2002.

Validarea cunostintelor dobandite in cele trei zile duce la obtinerea unei diplome care permite angajarea mediatorilor sanitari. Aceasta validare combina doua mijloace: evaluarea de catre un juriu si un test de auto-evaluare. Testul de auto-evaluare este sub forma unei verificari:

- cunostintele de baza referitoare la comunicare (definitie, ce vrea sa insemne *feed-back*, etc.);
- cunostinte juridice si administrative
- definitia rolului jucat de mediatorul sanitar.

Timpul scurt al desfasurarii acestei formari si a obtinerii diplomei nu este un handicap, deoarece demararea acestei munci se bazeaza mai ales pe calitatile de relationare si pe recunoasterea de care se bucura fiecare persoana in cadrul comunitatii sale. Statutul profesional al mediatorului joaca un rol important : nu e vorba

de o simpla persoana, ci de un profesionist. Recunoasterea din partea medicului de familie care, in numeroase locuri, integreaza mediatoarea sanitara in echipa sa, produce, in continuare, un fenomen de recunoastere in lant, in asa fel incat ea e recunoscuta si de serviciile de la Primarie, spital, urgente, etc. Nu trebuie uitat ca medicul este o autoritate si cu putere de decizie in Romania, in special in micile orase si in mediul rural.

Analiza coerentei formarii. Limite

Atunci cand le este pusa problema articulării formării cu realitatea văzută pe teren, după formare, 45,7% răspund că există o articulare reală și chiar o adecvare între formare și realitate întâmpinată în cursul activității depuse. Altfel spus, formarea le dă ocazia să își traseze propriile reguli și să se situeze în practică.

Faptul că mediatorii sanitari desfășoară această activitate în cadrul comunității în care locuiesc facilitează implementarea și reperarea problemelor mai rapid.

Mai mulți mediatorii sanitari întâlniți pe parcursul imersiunii antropologice afirmă că încrederea în ei înșiși pe care formatorii Romani CRISS le-au inspirat-o a fost elementul cel mai important în organizarea activității lor în practică.

Coordonarea asigurată de Romani CRISS în ceea ce privește organizarea programului îi asigură, de asemenea, și succesul, pentru că în prezent în România, luptele pentru deținerea controlului dintre instanțe sunt exacerbate și duc de cele mai multe ori la eșecul programelor și proiectelor. Faptul că Romani CRISS a adoptat o strategie paradoxală a permis formarea unui număr important de mediatorii sanitari, în timp ce alte încercări de a pregăti mediatorii sanitari Romi au eșuat sau raman puțin reprezentative comparativ cu problemele minorității romă. Analiza conținutului întrevederilor scot în evidență existența unei situații paradoxale

construite de Romani CRISS intr-un context socio-politic foarte dificil sau altfel spus, adesea trebuie sa stii sa „impaci si capra si varza”.

Strategia paradoxala adoptata de Romani CRISS permite mentinerea unui echilibru incordat, dar solid. Aceasta strategie se poate defini in maniera urmatoare:

1. Pe de o parte, ONG-ul constituie o distantare fata de liderii politici si liderii traditionali (cele doua conduceri nu se suprapun peste tot) la nivel national. Luarea de pozitie a Romani CRISS in dezbaterile nationale tin sa mentina o neutralitate de teama sa nu fie instrumentalizata. O experienta negativa in Franta unde o delegatie Romani CRISS s-a gasit in postura de a fi folosita contribuie de asemenea la intarirea ordinului de a se mentine aceasta detasare la nivel national. „Romani CRISS are statutul de interlocutor direct in grupurile de lucru, cu Ministerele, dar nu doreste sa fie asociata cu numele nici unui partid politic”, ne declara Costel Bercus, Romani CRISS.

2. Pe de alta parte, Romani CRISS mentine contacte amiabile cu liderii politici ai comunitatilor si cu alesii locali (de judet, comune sau de cartier) incurajandu-i sa propuna candidati pentru formarea mediatorilor sanitari.

Coerenta este deci asigurata in mare parte de preluarea binevoitoare a conducerii in organizarea proiectului, de catre Romani CRISS care pastreaza in propriile maini dirijarea constituirii acestei noi profesii pana la angajare. Angajarea e privita ca *finalitatea acestei formari*. Aceasta dirijare a programului este criticata de mai multi interlocutori pe motiv ca Romani CRISS pastreaza „monopolul” in domeniul mediatorilor sanitari.

In analiza pozitiilor *pro* sau *contra* privind gestiunea „monopolului” sau a dirijarii programului, evaluarea insista pe:

– durata scurta a formarii care contrasteaza cu alte formari asigurate persoanelor care profesaza in acelasi domeniu ca mediatorii sanitari si pe acelasi teritoriu, mai exact asistentii comunitari. Reprezentantii Ministerului Sanatatii si-au exprimat neincrederea fata de competentele profesionale pe care stagiarii le dobandesc in aceste trei zile. Pentru ei, ar fi vorba de un program punctual „de urgenta” in situatia unei „lipse de intervenienti competenti pentru intreaga populatie”. Profesia asa cum se prezinta ea azi, afirma ei, are putine sanse sa fie inscrisa printre meserii: „ Pe viitor, afirma unii din interlocutorii nostri, asistentii comunitari care beneficiaza de o formare pe mai multi ani cu un examen riguros la sfarsit, sustinerea in fata unui juriu din afara formatorilor, apoi de un contract pe perioada nelimitata, ar putea inlocui, in anumite zone, mediatorii sanitari. Pana la urma, majoritatea romilor vorbesc romana, sunt relativ bine integrati in aceasta tara. In schimb, in zonele locuite de comunitati compacte de romi, ar putea exista un parteneriat intre mediatorii sanitari romi si asistentul comunitar.”

Analiza succesului programului condus de Romani CRISS

Noutatea activitatii promovate de Romani CRISS tine de schimbarea pozitiei femeii in societatea civila, multumita acestui program. In cadrul comunitatii, acest fel de activitate de mediere nu exista in domeniul sanitar. Nici o alta meserie nu ofera un statut oficial fata de institutii si un salariu pe baza unui contract recunoscut de Stat. Mediarea facea (si inca face) parte din atributiile liderilor traditionali (a barbatilor). Unele femei mai in varsta sau sotia liderului traditional contribuiau (si contribuie) la medieri atunci cand este cazul unui conflict intre generatii sau un caz de conflict domestic, intre femei, vecini, etc. O femeie nu avea acces decat cu greu la un statut egal cu cel al barbatilor in domenii de mar-

ca precum cel medical sau la statutul oficial de angajata. Activitatea femeii e redusa la *banalitatea domestica*⁹¹⁴ fara recunoasterea profesionala sau sociala.

Acest program a starnit interesul atat in interiorul tarii cat si in afara, in tarile vecine Romaniei. Romani CRISS inoveaza deci prin **institutionalizarea medierii**, o institutionalizare flexibila, deschisa, dinamica. Aceasta mediere se bazeaza pe constituirea unei meserii care apreciaza valorile personalitatii mediatorului sanitar. Asistam la incercarea unui transfer de valori etice (respect, recunoastere) acumulate de o persoana spre identitatea sa profesionala.

Mai multe aspecte se combina in ceea ce priveste acest succes:

Medierea ca vector de coeziune sociala si intelegere intre institutii si societatea civila

Originalitatea programului este legata de ideea insasi a **mediatorului si medierii**. Din ceea ce reiese din primul Ghid al mediatorilor sanitari, elaborat de Romani CRISS, notiunea de **mediator** este pusa in avans. Cu riscul de a ne repeta, sa ne amintim inca o data ca *mediatorul este „persoana care porneste, faciliteaza, incurajeaza cooperarea intre doua persoane”* care are la dispozitie o serie de „aptitudini comunicationale” „acceptata si respectata de comunitate si de reprezentantii autoritatilor locale”. Calificativul de „mediere” nu este reluat in alt program de lupta contra discriminarilor (unde este vorba de „monitor”) derulat de un alt departament (sector) al Romani CRISS.

In cadrul programului mediatorilor sanitari care sta la baza acestei evaluari, notiunea de mediere e centrala si inedita. Imersiunea antropologica a permis elaborarea unei prime evaluari

a raporturilor intre societatea civila si institutiile care se preconizeaza a constitui autoritatea (medicul de familie, Primaria, DSP-ul, etc.)

Accesul la institutii si exercitiul autoritatii ca si respectul pentru regulile instituite sunt domeniile in care medierea intre aceste instante si societatea civila este profund marcata de perioada post-ceausista care a permis instalarea in functii a unor functionari arbitrari urmand regulile „culorii pielii, puterii economice si puterii de influenta a clientului”, cum spunea una dintre persoanele intervievate. Banii ocupa de asemenea un loc important ca mijloc de realizare a medierii in obtinerea ingrijirii: plicul, banii varati in buzunarele unui halat alb sau verde este principalul vector al „medierii” unde grija pentru cel suferind trece pe locul doi.

In schimb, sa faci parte din acelasi neam sau din acelasi grup economico-social sau etnic este un vector al relatiei de intr-ajutorare in institutii precum spitale, Primarii, etc.

Etnicizarea rapoartelor institutionale e cu atat mai vizibila cu cat de ceva ani politica Guvernului si a numeroase organizatii a fost axata pe discriminarea pozitiva a anumitor etnii.

Pentru Romani CRISS, acest program reprezinta un fel de „matrice” a carei metodologii a dat nastere conceptiei unor noi programe in domeniul discriminarii, al accesului la drepturile omului si al luptei impotriva tuberculozei. Aceasta „matrice” nu e rigida si nu face loc unui consens moale, ci din contra: o dinamica de dezbatere contradictorie inconjoara acest program si permite mentinerea lui in miscare. Unul din aspectele dezbatute a fost nivelul de studiu cerut candidatilor la fomare pentru postul de mediator sanitar.

9 ¹⁴ e acelasi lucru in Franta atunci cand vorbim de „casnice”: se asociaza aceasta conditie cu statul acasa, fara sa munceasca si deci lipsa recunoasterii sociale si independentei economice.

Sanatatea populatiei de origine Roma integrata in structurile de sanatate din Romania

Fara sa avansam cifre pentru ca e vorba de un fenomen calitativ si micro-local, evaluarea poate face afirmatia ca numarul persoanelor de etnie roma avand acces la dreptul de inscriere la un medic de familie a crescut in zonele in care isi desfasoara activitatea mediatorii sanitari.

Medicii de familie avanseaza ca drept criteriu de reusita:

- cresterea numarului de femei rome care vin ori pentru a face vaccinul copiilor lor ori pentru a recurge la mijloacele de contraceptie promovate de medicii de familie. Medicii de familie intalniti de noi au confirmat aceasta tendinta.

Aspectele legate de implementarea mediatorilor sanitari

Numarul mediatorilor sanitari formati si angajati depaseste 180 si continua sa creasca in fiecare an; numarul cererilor de urmare a cursurilor de formare locale (training-uri) creste de asemenea. Anumiti mediatorii sanitari urmeaza programe de formare atat la nivel de Romani CRISS si partenerii sai, cat si la nivel de invatamant superior in Romania. Medicii de familie si ceilalti reprezentanti ai institutiilor, pe care i-am intalnit (DSP, primar, asistent social, etc.) vorbesc de o buna intelegere cu mediatorii sanitari Romi.

Marea autonomie acordata formatorilor in cadrul Romani CRISS

Cei doi coordonatori de proiect lucreaza in stransa colaborare cu actorii de pe teren si se bucura de autonomie in gestionarea si implementarea programului (ex. toate cererile sosesc la ei direct si sunt examinate fara restrictia ierarhica, desi directorul Romani CRISS, e tot timpul la curent asupra activitatilor derulate in program).

Efectele negative ale discriminarii pozitive

Analiza reusitei acestui program nu trebuie sa lase deoparte efectele negative ale **discriminarii pozitive**.

Intr-adevar, mecanismele de discriminare pozitiva au si numeroase efecte negative. Astfel, permit constituirea unor marcatori etnici privind, spre exemplu, bolile contagioase: atunci cand programele se focalizeaza pe depistarea si recensamantul bolnavilor de tuberculoza de origine roma (sau de HIV), scoaterea in evidenta cantitativa, statistica provoaca un efect de lupa si permite populatiei romane sa intareasca crearea de pareri negative, stigmatizarea romilor. Aceste reprezentari negative sunt intensificate de campania de depistare a bolilor transmisibile la romi, cu atat mai mult cu cat in alte segmente ale populatiei nu se desfasoara astfel de procese de depistare.

Autostigmatizarea este un alt fenomen generat de masurile de discriminare pozitiva: dintre femeile rome intalnite, mai multe au asimilat pareri negative in ceea ce le priveste. Spre exemplu, o femeie ne spunea: „rusinea face parte integranta din sangele nostru”.

Sunt, de asemenea, romi care refuza sa participe la programe etichetate „pentru romi”.

Cele doua aspecte ale discriminarii (pozitive si negative) se reflecteaza in oglinda: la fel de multa discriminare pozitiva cat si negativa. Acestea sunt cele doua parti ale aceluasi proces de agregare sociala care duce la aparitia rapoartelor tensionate, conflictuale, pe muchie de cutit.

In schimb, daca discriminarea pozitiva se indreapta spre restabilirea drepturilor si deci pe tema dreptului, al unui cetatean, in cadrul comunitatii rome (in special al accesului la sanatate, la educare) in acest sens, se poate crede ca aceste masuri au ca efect integrarea, valorizarea romilor in sanul

societatii civile si pe langa autoritatile locale. Ne gandim, spre exemplu, la campania de vaccinare, la distribuirea laptelui praf, la instalarea apei potabile si canalizarii in cartierele locuite de Romi, lucruri care se intampla adesea pe linii bugetare specifice sau cu ajutoare umanitare.

Este cazul programelor derulate de Romani CRISS, programe care se vor generalizate, vizand bunastarea fizica, morala a indivizilor, parte integranta a societatii civile, dar sunt cu atat mai mult afectati de saracie si excludere de mai multe generatii.

Planning-ul familial in formarea mediatorilor sanitari incepand cu 2004

Planning-ul familial in cadrul comunitatilor defavorizate e o preocupare ceva mai generala in Romania. In cursul imersiunii antropologice, am fost informati ca medicii de familie primesc injectii contraceptive gratuite.

Colaborarea intre Romani CRISS si JSI a dus la organizarea unor stagii de pregatire a mediatorilor sanitari in domeniul sanatatii reproducerii.

In cadrul discutiilor cu mediatorii sanitari, toate au vrut sa urmeze aceasta orientare in meseria lor. Mai multe intrebari au aparut: suntem pe cale sa ne schimbam orientarea, sa trecem de la medierea globala, centrata pe accesul la drepturi, spre o promovare a metodelor contraceptive? Cum sunt luate in considerare valorile si traditiile romilor in cadrul acestui acestui program?

Aspectele care sunt grefate in programul de formare al mediatorilor sanitari sunt urmatoarele:

Analiza critica a „Manualului mediatorului sanitar pentru sanatatea familiei si comunitatii” editat la sfarsitul lui 2004, inceputul 2005

Acest manual este rezultatul parteneriatului dintre Romani CRISS si JSI. El contine cateva zeci de pagini legate de profesia de mediator sanitar, adica

doua mici capitole semnate de Mariana Buceanu si Daniel Radulescu.

Cea mai mare parte a manualului abordeaza problema metodelor contraceptive. Medicul JSI face o clasificare a contraceptivelor, dintre care cele injectabile sunt considerate unele „foarte eficiente”. La pagina 119 se poate citi: „Aceste contraceptive sunt foarte eficiente: o sarcina la 300 femei care le folosesc, în primul an de utilizare.” Altfel spus, daca cel putin 30 de medici de pe intreg teritoriul tarii administreaza aceste produse contraceptive la de trei ori cate trei sute de femei, care inseamna 900 de femei rome, in primul an de utilizare, aceste produse provoaca o reducere spectaculoasa a nasterilor. Contraceptivele injectabile pe care medicii de familie mi le-au aratat sunt fabricate in Statele Unite ale Americii (*medoxyprogesteron acetat 150 mg/ml*). Ele sunt distribuite gratuit medicilor de familie. La ora actuala, nu cunoastem care este politica sau ce program se desfasoara in favoarea acestei distributii si incurajeaza utilizarea acestor injectabile.

Elemente de culpabilizare si aculturare

Una din mediatoarele sanitare rome ne-a spus: „ Ni s-a spus ca pentru a avea copii sanatosi, sa pastram o pauza de cel putin 2 ani intre doua nasteri. In familia mea si in jurul meu acest principiu nu este respectat si noi, eu si fratii mei, ne-am nascut unul dupa altul si suntem sanatosi. Cine sa creada asta?”

Problema care ne intereseaza aici, nu e luarea de pozitie pentru sau impotriva nasterilor la romi, pentru sau contra avortului, pentru sau contra programelor de control a sterilitatii temporare, ci de a intelege prin ce mecanisme se face medierea in domeniul planning-ului familial: cum sunt considerate in favoare alternativele la metodele de contraceptie traditionale? Se poate spune ca informatii superficiale, insuficiente si culpabilizante date in ceea ce priveste contraceptivele injectabile contribuie la crearea contex-

tului in care femeile sa gandeasca in termeni de „libera alegere” in relatiile cu barbatii?

Completari la analiza folosind informatiile culese de pe teren

Informatiile stranse pe teren in cursul imersiunii antropologice arata faptul ca aceste contraceptive injectabile sunt prescrise femeilor rome de catre medicii de familie. Mediatoarele sanitare sunt incurajate sa convinga femeile sa aleaga aceasta metoda contraceptiva.

Un medic de familie imi povestea pe un ton pe jumătate in gluma, pe jumătate in serios despre „predispozitia tiganilor de a face dragoste fara a se proteja si a cuplurilor de a avea multi copii”. Un alt medic de familie afirma ca „a face copii e de cele mai multe ori singura placere a romilor”. Un altul considera contributia la reducerea numarului de nasteri la romi ca „o solutie pentru Romania”. De aceeasi parere este si un asistent social ne-rom care se declara gata oricand disponibil sa ofere ajutorul femeilor rome sa obtina aceste contraceptive injectabile: „pe langa faptul ca aceste contraceptive injectabile au marele avantaj de a reduce numarul nasterilor printre romi, efectele negative nu au nici cea mai mica importanta”. Un alt cadru sanitar care revendica oarecare experienta in mijlocul romilor afirma: „femeile rome nu pot fi educate nici sa isi controleze viata sexuala in functie de perioadele fertile nici sa ia regulat pilule”.

Atunci cand antropologul nostru a intreat o doamna medic de familie daca ar prescrie acest tip de contraceptive injectabile, pe care le administreaza femeilor rome, propriilor fiice sau nepoate raspunsul a fost „nu” si a venit cu explicatia ca de fapt aceste produse provoaca un „soc hormonal” pentru organismul femeii si au efecte secundare importante, de aceea, ea sfatuieste femeile ne-rom de a-si consulta ginecologul si alti specialisti pentru a stabili un „plan de contraceptie” pentru ele.

Date statistice ale evaluarii

Din raspunsurile la chestionare, 98,6% dintre mediatorii sanitari afirma ca injectiile hormonale sunt sugerate femeilor rome; 52,9% afirma ca aceasta propunere este adresta fiecari femei rome care frecventeaza un medic de familie; 21,4 % afirma ca programul de contraceptive este adresat tuturor femeilor rome fara exceptie. Doar 5,7% dintre mediatorii sanitari sustin ca sugestiile injectiilor hormonale sunt adresate decat foarte rar femeilor rome.

In loc de concluzie pentru aceasta orientare

O analiza comparativa a Ghidului (2004) si a Manualului (2005) lasa sa se intrevada o posibila alunecare spre *instrumentalizare* a mediatoarelor sanitare si spre o specializare a activitatii lor.

Mai multe mediatore sanitare considera ca informarea si educatia sexuala sunt de asemenea problemele barbatilor si ca nu ar trebui sa incurajeze femeile rome sa actioneze pentru reducerea nasterilor „pe ascuns” si deci, in detrimentul rapoartelor sincere stabilite intre sotii si sotii. „ Trebuie sa mergem mana in mana” imi spune o mediatore sanitara. Ele propun efectuarea unei puneri in valoare a culturii rome la fel ca cea occidentala asociind cu ea femeile, dar si barbatii si tinerii.

In prezent, pe teren, mai multe mediatore sanitare vorbesc de metode traditionale de control al sarcinilor de care se tine cont in comunitate si transmise din generatie in generatie, traditii care nu sunt valorizate in nici un document scris sau stagi. In timpul imersiunii antropologice, mediatorele sanitare ne-au explicat diferite ritualuri rome in ceea ce priveste virginitatea, mariajul, nasterea si avortul. Sterilitatea e unul din factorii care provoaca excluderea sau decaderarea unei femei in cadrul comunitatii sale. O femeie care a facut un avort trebuie sa urmeze o serie de ritualuri

de purificare ca sa poata sa mai fie acceptata in comunitate, pentru ca se spune printre romi ca „o femeie care se intoarce dupa ce a facut un avort arde pamantul pe unde calca” .

Pentru Romani CRISS, este important sa reconsidere acest program pentru a clarifica in cadrul carei structuri culturale vine sa se insereze aportul medicinei occidentale cu scopul de a influenta natalitatea la romi.

Concluzii si recomandari pentru formarea mediatorilor sanitari

- a Formarea initiala de trei zile se dovedeste a fi insuficienta si provoaca o dificultate de a desfasura activitatea de teren. Aceasta dificultate e dublata de slaba incadrare a mediatorilor sanitari pe teren si izolarea lor, de vreme ce mediatorii care au urmat formarea nu au posibilitatea de a se revedea sau de a comunica si a se ajuta mutual. Formarea continua este, cateodata, asigurata de DSP-uri (in judetul Mures, spre exemplu), dar aceasta ramane foarte ocazionala si nu stim in ce masura aceste stagii raspund dificultatilor pe care le intampina mediatorii in activitatea practica. S-ar putea considera ca un program obligatoriu de formare continua sa fie elaborat de Comisia Ministeriala si Romani CRISS: acest program ar trebui impus DSP-urilor si sa fie pus in practica o data ce mediatorii sanitari sunt angajati.
- b Testul propus ca instrument de promovare la finalul formarii ni se pare mult prea centrat pe autoevaluare si poate, in urma unei deturnari abile, sa creeze pentru persoanele diplomate construirea unei identitati recunoscute de societatea civila. In schimb, este necesara ideea unei angajari rapide a mediatorului sanitar, pentru ca pentru moment, contractul (chiar si un CCD) incadreaza mediatorul in cadrul legal de mun-

ca si al recunoasterii institutionale (chestiune abordata in capitolul ce urmeaza).

- c Suntem de parere ca ar trebui deci, sa consolideze cele trei zile de formare initiala terminata cu inmanarea dipomei, cu o a doua parte a formarii alternand intre teren si stagiile derulate in parteneriat cu Romani CRISS si DSP-uri cu o deschidere spre intervenienti locali. Formarea ar trebui sa imbogateasca cunostintele in domeniul reperarii discriminatorilor in accesul la sanatate, in domeniul instrumentelor de asistare a persoanelor aflate in dificultate.
- d Orientarea formarii continue schitata in 2004-2005 spre planning-ul familial pune problema unei specializari comparativ cu misiunea generalista, globala definita pentru acest program.
- e O problema deontologica se pune de asemenea. Romani CRISS trebuie sa reevalueze programul initiat in parteneriat cu JSI privind sanatatea reproducerii. Mediatorul sanitar nu trebuie sa inlocuiasca medicul specialist PF. Trebuie sa se asigure ca femeile rome care aleg o metoda de contraceptie beneficiaza de consilii si cunosc avantajele si dezavantajele metodelor alese. Nimeni nu pune sub semnul incertitudinii nevoii unui planning familial, dar ar trebui sa se faca articularea mai bine intre aceasta orientare si valorile, misiunea pe care si-o propune Romani CRISS pentru mediatorii sanitari.
- f Ar trebui evitata alunecarea spre o specializare dar evitata si transformarea mediatorilor sanitari in „agenti de circulatie” in cadrul unei campanii de vaccinare, fara nimic mai mult.
- g Evaluarea pune pe primul loc axa medierii in cadrul ansamblului acestui program.

Asistarea mediatorilor sanitari pe teren si centralizarea rezultatelor avute de acestia

Cum se desfasoara activitatea mediatorilor sanitari? Care este (care sunt) dispozitivul(le) de asistare a mediatorilor sanitari pe teren? Care este rolul avut de Romani CRISS in cadrul acestei asistente?

Evaluarea calitativa prin intermediul imersiunii antropologice, discutiile aprofundate cat si evaluarea cantitativa au aratat ca majoritatea mediatorilor sanitari au ajuns sa cunoasca foarte multe probleme socio-sanitare ale romilor, dar ei nu au posibilitatea de a actiona intr-o maniera eficace. Atunci cand vor sa faca o sesizare la cererea populatiei in legatura cu o problema grava in domeniul sanatatii publice, nu sunt ascultati, iar Romani CRISS nu e in masura, pentru moment, sa se transforme intr-un „observator” al acestor probleme micro-locale in scopul de a sfatui si mai ales de a sprijini cererile formulate, si comunicate prin intermediul mediatorilor sanitari. Acest deficit de comunicare si de sustinere intre cei de la Romani CRISS si mediatorii sanitari se datoreaza in mare parte faptului ca personalul este redus din punct de vedere al numarului, adica, cei doi formatori sunt de fapt „24 din 24, singurii interlocutori ai mediatorilor sanitari”.

Evaluarea raportarii activitatii de teren catre institutii si Romani CRISS

A doua problema importanta este faptul ca majoritatea mediatorilor sanitari nu au nici un mijloc de comunicare pus la dispozitie, in cadrul activitatii desfasurate: ele trebuie sa dea telefoane pe propria cheltuiala in scop profesional. Nu beneficiaza de un TEL-VERDE pentru ca mediatorii sanitari sa poata sa transmita la Romani CRISS problemele intampinate.

Comunicarea care leaga mediatorii sanitari de „superiorii lor”, de autoritati, cat si de Romani CRISS nu a fost prevazuta concret in cadrul programului. Ea are loc pas cu pas, in functie de initiativa si de masura in care se descurca mediatorii sanitari. Se constata o diferentiere intre comunicarea existenta intre Romani CRISS si mediatorii sanitari din Bucuresti care vin in mod regulat sa se consulte cu formatorii si sunt, in oarecare masura, integrati in staff-ul Romani CRISS.

In chestionare, deficitul de comunicare intre mediatorii sanitari si Romani CRISS este apreciat dupa cum urmeaza:

- 71,4% dintre mediatorii sanitari afirma ca intra rareori in contact direct cu Romani CRISS (o data pe an sau in cazul fericit, la fiecare 6 luni)
- 14,3 % afirma ca nu intra deloc in contact cu Romani CRISS dupa formare.
- Un procent foarte redus afirma faptul ca exista comunicare intre ei si Romani CRISS: 5,7 % dintre mediatorii sanitari sustin ca se intalnesc saptamanal cu Romani CRISS.

Aceste raspunsuri trebuie luate foarte in serios, deoarece mediatorii sanitari se gasesc intr-o situatie dramatica: constientizarea nu este de ajuns. Anumiti mediatorii sanitari sunt pusi in pericol deoarece ei se simt ca fiind cei in masura sa reprezinte comunitatea si numele ei in domeniul accesului la sanatate si a drepturilor fundamentale. Dar, in realitate, individul din comunitate se loveste de obstacolul institutiilor, de putere si autoritate si de mentalitate negativa pe care cineva nu o poate da la o parte, el/ea risca sa fie chiar „laminat/a”. Responsabilitatea Romani CRISS, care a format aceste persoane, e foarte mare si tre-

buie tradusa cat mai repede posibil in practica unei comunicari si asistari care necesita o organizare desavarsita a retelei la nivel local.

A treia dificultate tine de „centralismul” Romani CRISS care se alatura unei alte inconveniente, deja evocate: limita de resurse umane. Desi cei doi membri ai echipei sunt foarte mobili, petrec mult timp pe teren, sediul lor ramane tot Bucuresti. Drumurile si mijloacele de transport spre comunitatile de Romi sunt modeste si deplasarea se face cu incetinitorul. In aceste conditii, e evident ca asistenta are de suferit. Construirea unei retele in judete este pentru moment foarte limitata si depinde de dorinta mediatorilor sanitari de a se intalni si a DSP-urilor de a ii face sa se intalneasca cel putin o data pe luna. Numeroase DSP-uri fac acest efort. O data pe luna, mediatorii sanitari se intalnesc, pot deci sa-si vorbeasca, „sa-si dea curaj unul altuia” dar fara sa aiba acces la autoritatile care ar trebui sa ii asculte si sa adune observatiile si cererile lor sau sa le raspunda la intrebari.

Mediatorii sanitari afirma ca sunt in largul lor atunci cand merg sa discute cu angajatii Primariei (70%). Totusi, ei afirma ca nu le este ceruta colaborarea la proiectele de utilitate publica care ii privesc pe Romi. 97% ar dori sa colaboreze la proiectele de sanatate publica pe care Primaria le lanseaza si in care ar trebui sa fie integrati si Romii ce locuiesc intr-o comuna sau un sat.

Sa se asigure o **monitorizare personalizata** a mediatorilor sanitari, coordonata de Romani CRISS, in scopul desavarsirii metodologiei de implementare si valorizarii practicilor de mediere roma, este una din asteptari-le mediatorilor sanitari intalniti.

Aceasta monitorizare ar trebui integrata in programul desfasurat de Romani CRISS, fara sa se astepte strigatele de ajutor ale unui mediator sanitar la stramtoare.

Starea centralizarii experientelor mediatorilor sanitari

Centralizarea experientelor mediatorilor sanitari este in curs, ea este realizata de Daniel Radulescu, dar si acolo exista o lipsa a unui instrument de adunare a experientelor (fisa de activitate) si de restabilire/valorizare a acestor experiente. In „manualul” editat in 2004, Daniel Radulescu propune 4 „studii de caz” extrase din informatiile parvenite de la mediatorii sanitari. Poate se va face o contorizare care sa puna in valoare aceste activitati care pot sa constituie de asemenea repere pentru viitorii mediatorii sanitari.

Derularea activitatii de teren a mediatorilor sanitari fiind complexa, mediatorii nu se situeaza vag in misterele institutiilor ci navigheaza la vedere: ele sunt angajate de spital dar activitatea lor este controlata de DSP al carui birou nu isi are sediul in zona in care lucreaza mediatorii sanitari. In activitatea zilnica ele trebuie sa gaseasca un loc in cabinetul medicului de familie si in contact cu Primaria unde locuieste comunitatea deservita.

Analiza principiului de mobilitate maxima fara a depinde de o institutie, cu „birou”

Mariana Buceanu tine mult la ideea ca mediatorii sanitari, nu au un loc, un birou fix intr-o institutie, ca sunt in miscare permanenta pe teren. Lipsa unui spatiu stabil obliga mediatorii sanitari sa se aseze intr-un colt in biroul unui asistent social al Primariei sau la propriul domiciliu sau intr-un colt al cabinetului medicului de familie. Aceste improvizari ingreuneaza construirea statutului mediatorilor sanitari, pentru ca faptul ca nu au un spatiu unde sa se plaseze, sau sa primeasca oamenii este resimtit ca o dificultate pentru mediatorii sanitari. Unele sunt de acord cu principiul Romani CRISS dar ele afirma si ca „principiile de la inceput trebuie regandite in functie de realitatea din practica”. Departe de noi gandul ca mediatorii sanitari ar trebu-

ie sa se transforme in personal de birou. Locul lor este in comunitate.

Dar ideea **unei ancorari mai institutionale in mijlocul comunitatii** impreuna cu deplasarea medicilor si infirmierilor in aceste comunitati care de cele mai multe ori se afla la distante considerabile de cabinet, de farmacie si fara mijloace de transport, e o idee care a fost avansata de mai multi mediatori sanitari.

Existenta mediatorilor sanitari angajati, pe teren. Care viitor? Care e responsabilitatea Romani CRISS ?

Functionarii DSP-urilor intalniti nu cunosc nici acordurile, nici legile dupa care actioneaza acest program („ni s-a spus sa ne ocupam de ei, o facem”), nici bugetul alocat de Minister pentru aceasta activitate. Totusi, schimburile, dialogurile pe care le-au purtat cu personalul Romani CRISS, i-au ajutat sa inteleaga mizele si oportunitatea unui astfel de program in comunitatile rome. Majoritatea estimeaza acest fel de actiune este una din conditiile intrarii Romaniei in Uniunea Europeana. Este de notat ca un numar mare dintre ei considera ca sanatatea publica trebuie instituita in zonele defavorizate.

Mediatorii sanitari, in marea lor majoritate, se gasesc pentru prima oara in postura de a avea un „contract cu adevarat”. Acest contract este pe durata limitata, pe un an, cu posibilitatea de a fi reinnoit.

61,4% sustin ca sunt singurii din familia lor care sa aiba un contract in buna regula. Doar 31,4% afirma ca cineva din familia lor beneficiaza de asemenea de un contract de munca.

Situatia romilor pe piata muncii este cunoscuta ca:

- excludere in momentul recrutarii (numeroase marturii arata ca angajatorii gasesc pretexte pentru a refuza romii care se prezinta la angajare)

- mutarea disciplinara a romilor la munci degradante, periculoase (pe santier, strangerea gunoaielor, munci sezoniere)
- strategii de supravietuire adoptate de romi: munca fara contract, munca in strainatate prost platita, munci de servitudine, munca la negru.

Situatia romilor s-a degradat si mai tare in momentul cand Guvernul Iliescu a decis sa redistribuie terenurile nationalizate. Mai multi mediatori sanitari povesteau ca, in marea majoritate a satelor, romii au obtinut terenurile cele mai rele, surpate, sarace unde nu se putea nici cultiva, nici creste animale. Aceste terenuri sunt locurile, unde in continuare s-a facut deversarea resturilor menajere. Celelalte terenuri au fost de mai multe ori inundate. Numeroase familii Rome si-au si vandut terenurile dar contra unor sume derizorii. Astfel, chiar si romii pe cale sa renunte la nomadism (sau semi-nomazi) locuiesc pe terenuri foarte restranse si sarace (argiloase, fara apa, etc)

Un intreg fascicul de aspecte economice ne permit sa intelegem ca un mediator sanitar care are un contract si castiga un salariu fix se gaseste intr-o situatie exceptionala: **au deci un statut exemplar in cadrul comunitatii lor.**

La aceasta, ar trebui adaugat faptul ca majoritatea mediatorilor sanitari sunt femei. Intr-o cultura patriarhala, bazata pe statutul barbatului de cap de familie, o femeie care e singura care aduce bani in familie, legal, platita de stat, duce de asemenea la punerea in indoiala a structurii traditionale. Aceasta schimbare a statutului femeii nu se face fara probleme, suferinte, si contracarare. Unii sotii devin alaturi de sotile lor cei care desfasoara aceasta activitate (44,3 %dintre mediatoarele sanitare afirma ca se descurca mai bine alaturi de sotii lor in aceasta activitate).

Cateodata ele continua sa lucreze mai multe saptamani fara sa aiba certi-

tudinea ca li se va reinnoi contractul. Acest fenomen introduce o relatie agresiva intre mediatorii sanitari si DSP-uri. Situatia e cu atat mai greu de inteles cu cat, la nivel de Minister, ni se explica ca este vorba de un „buget fix”, prevazut, refacut si chiar crescut de pe un an pe altul.

Un alt aspect problematic este scala salariului: mediatorii sanitari nu stiu care sunt criteriile dupa care le este fixat salariul. Pentru o mai buna intelegere, evaluarea a putut sa identifice o scala pornind de la 2.000.000 pana la 6.488.000 lei.

84,3% intre mediatorii sanitari nu au nici o informatie privind bugetul de stat alocat acestei activitati. Unii cred ca banii vin de la o fundatie sau ca sunt alocati de Romani CRISS. Este chiar surprinzator faptul ca 4,3% sustin ca ei cunosc bugetul alocat mediatorilor sanitari. Este posibil ca in anumite comunitati, alesii locali romi care sunt de asemenea prezenti in instantele guvernamentale, sa fi oferit informatii legate de acest subiect.

Mai multe mediatore sanitare afirma ca ele traiesc cu sentimentul ca o amenintare planeaza deasupra lor atat in ce priveste munca lor care nu este bine vazuta de liderii locali si de primar, dar si din cauza unui contract care lasa de dorit in privinta integrarii in institutii fara transparenta. Nu exista nici o alternativa pentru ele in caz de probleme legate de contract (nici sindicat, nici asociatie a mediatorilor sanitari).

Atunci cand sunt intrebati daca accepta sa munceasca fara sa fie remunerati sau fara drepturi, doar 12% afirma ca si-ar inceta activitatea. Ceilalti afirma ca si-ar continua munca luptandu-se ca meseria lor sa fie recunoscuta de autoritati.

Concluzii si recomandari

- a 97% dintre mediatorii sanitari ar vrea sa participe alaturi de serviciile de la Primarie la elaborarea proiectelor privind sanatatea, locuinta, etc.
- b Mediatorii sanitari isi cunosc vag drepturile si nimeni nu s-a ocupat sa le aduca la cunostinta maniera in care ei trebuie sa se afirme si sa isi consolideze statutul, desi sunt integrati intr-un sistem institutional extrem de complex. Romani CRISS ar trebui sa isi puna foarte serios problema unei observari mai indeaproape a respectarii drepturilor de munca a mediatorilor sanitari.
- c Ni se pare ca este o chestiune urgenta constituirea unei **retele active**, nationale si judetene (sau regionale) a mediatorilor sanitari cu regandirea mai in detaliu a comunicarii cu autoritatile locale in special la nivel de Primarie, dar si de spital.
- d 64,4% dintre mediatorii sanitari doresc crearea unei asociații nationale a mediatorilor sanitari romi.
- e Angajarea pe perioada nedeterminata ar permite constituirea unei „radacini de retea” in fiecare judet.
- f Evaluarea instiga la constituirea unei retele active si al unui sistem de comunicare pe teren, catre Romani CRISS.
- g Formare ar trebui sa duca la consolidarea competentelor in ceea ce priveste medierea. Si de asemenea, sa faca sa apara „coordonatori de retea” instituiti in zone geografice in functie de teritoriu.

Eficacitatea si impactul programului mediatorilor sanitari formati de Romani CRISS

Urmand Caietul de sarcini, evaluarea isi propune sa raspunda la urmatoarele intrebari:

- Care este eficacitatea actiunilor mediatorilor sanitari? Obiectivele sunt atinse?
- Care sunt indicii de ameliorare a sanatatii Romilor si care este *feed-back-ul* obtinut din partea populatiei Rome: fac apel la mediatorii sanitari, le sunt respectate drepturile (stat civil, educatie, locuinta, etc), gradul de satisfactie, etc.

Incercare de a trage linie si a clasa problematica inainte de a merge mai departe

Confruntati cu un numar mare de probleme, mediatorii sanitari incearca sa le serieze pentru a-si stabili prioritati in munca lor. Aceste probleme se claseaza in 3 categorii:

1. probleme de structura si de organizare a institutiilor care afecteaza intreaga populatie (coruptia corpului medical);
2. probleme cauzate de saracie, agravate de lipsa de acces a cartierelor de Romi la strazi, mijloace de transport si institutii (primarie, dispensar, spital, farmacie);
3. probleme legate de respingerea Romilor cateodata difuza, altadata pe fata, in locurile de acordare a ingrijirii.

Deasupra acestor 3 categorii este lipsa cartilor de identitate in cazul majoritatii romilor.

Eficacitatea interventiei: instrumente si indici fiabili intr-o mica masura

Atunci cand se discuta cu formatorii Romani CRISS sau cu reprezentantii Ministerului Sanatatii si Familiei, avem o statistica pozitiva privind atat eficacitatea cat si instrumentele puse la dispozitia mediatorilor sanitari. Formatorii afirma ca sunt in contact permanent cu activitatea de pe teren, ca sunt informati de tot ce se intampla in activitatea mediatorilor.

O alta metoda presupusa a masura eficacitatea interventiei asupra populatiei Rome a fost difuzata mediatorilor sanitari in acelasi timp cu distribuirea chestionarului conceput de Maria Maillat si utilizat in aceasta evaluare.

Instrumentul este numit „Fisa de monitorizare/ evaluare a activitatii mediatorului sanitar”. Este o Fisa (chestionar) plin de imprecizii.

- intr-un prim tabel, li se cere sa completeze numarul copiilor intre 0-7, 8-14, 15-16 ani si asa mai departe.
- Intr-un al doilea tabel, li se cere sa completeze numarul copiilor intre 0-1 ani pe sexe, intre 1-7 ani si 8-14 ani si asa mai departe.
- un al treilea tabel intitulat „activitati cu copiii” se prezinta sub forma urmatoare:

Grupa de Varsta	Imunizati/Vaccinati		
	DA	NU	Imunizati/Vaccinati ca urmare a interventiei mediatorului sanitar
0-1 ani			
1-3 ani			
4-7 ani			
7-16 ani			

Nota: acest tabel ridica o intrebare legata de copiii cu varsta cuprinsa intre 1 si 7 ani: nu e facuta nici o precizare care ar putea sa ghideze mediatoarea sanitara, sa stie in care colona ar trebui inscrisi acestia.

Chestionarele consultate in sondajul efectuat de Maria Maillat, lasa sa se vada trei tipuri de strategii de „completeare”:

1. mediatorii sanitari nu completeaza rubricile;
2. ei noteaza cu „da” in casutele de sub rubrica „da” si „nu” sub rubrica „nu”;
3. ei completeaza cu cifre : cateodata numarul copiilor vaccinati este mai mare decat cel dat in rubrica recensamantului tuturor copiilor din comunitate. In marea majoritate a cazurilor, numarul copiilor vaccinati este acelasi cu cel al copiilor la care s-a intervenit prin mediatorul sanitar, sa fie vaccinati! Sa nu uitam ca aceasta monitorizare este aplicata unor persoane care lucreaza cu un CCD precar.

Atunci cand in *Fisa de monitorizare/evaluare* gasim cifre, ne punem pe treaba sa calculam procentajul copiilor vaccinati.

Un singur exemplu: dintr-un total de 98 de copii intre 0 si 1 ani, mediatoarea sanitara noteaza ca prin interventia sa, s-a facut vaccinarea a 26 de copii. In aceasta comunitate 26% din copii au fost vaccinati/imunizati.

Ce concluzie sa tragem referitor la eficacitatea activitatii acestei mediatoare sanitare? Este „sticla pe jumătate goală” sau „pe jumătate plină”? 26% dintre copii vaccinati, poate fi luata ca un criteriu de eficacitate fara sa putem sa il situam intr-un context si in corelare cu conditiile de trai, frecventa vizitelor la medicul de familie, etc?

Aceasta *Fisa* contine de asemenea un tabel foarte discutabil care ne face sa ne punem problema stigmatizarii Romilor prin utilizarea unui astfel de „chestionar”.

Acest Tabel este intitulat „identificarea bolilor contagioase”:

„Bolile contagioase identificate”

Sondajul realizat prin chestionare lasa sa se vada cifrele care sunt usor manipulabile si care pot sa sugereze prin formularea facuta ca romii sunt asociati „bolilor transmisibile”.

Rubrica „Altele” contine:

- uneori o cifra fara sa stim despre ce boala este vorba.
- Unele dintre mediatoarele sanitare dau o cifra si , intre paranteze, listeaza aceste „boli”: paraziti, scabie, oxiur. Atunci cand se face totalul intre 0 bolnavi de tuberculoza si 186 „alte boli transmisibile” ajungem la o cifra inspaimantatoare: 186 bolnavi! Acest numar e dat de o mediatoare care lucreaza intr-un oras mic din provincie. Cum putem proceda la utilizarea acestor cifre, stiind ca triumphiul statistic al totalului exclu-

de exemplificarea bolilor si retine doar numarul?

Aceste exemple vin sa ilustreze atat absentia fiabilitatii instrumentelor in strangerea datelor, cat si dificultatea intampinata de mediatorii sanitari in a completa „fisa” impregnata cu o puternica conotatie de „control”.

„O picatura de apa intr-un ocean de probleme”: despre eficacitate, altfel spus. Prioritatile populatiei din perspectiva mediatorilor sanitari

In 2005, evaluarea vine sa demonstreze faptul ca majoritatea mediatorilor sanitari se intalnesc pe teren in situatii critice cu sentimentul de amara ratiune si de neputinta, fara insa a renunta la a-si desfasura in continuare activitatea. Inca de la inceput, de cand incep sa isi faca datoria si deci sa faca recensamantul femeilor gravide, copiilor care trebuie trimisi la vaccin, persoanelor cu handicap sau in varsta, mediatorul sanitar este depasit de numarul mare de probleme care sunt de cele mai multe ori imbinat unele cu altele: fara acte de identitate, nimeni nu poate sa se inscrie la medicul de familie, Romul nu poate beneficia de sistemul de asigurare medicala nici de ingrijire. La fel pentru obtinerea unei locuinte sau a unei pensii de invaliditate. Nu e vorba doar de o persoana, ci si de copiii sai.

„Chiar si cand femeile rome sunt informate de drepturile lor, mai exact de a avea o carte de identitate, ele sunt sceptice fata de autoritati din cauza discriminarilor si tratamentului negativ pe care l-au suferit in locuri publice sau in incercarea de a lua legatura cu institutiile si autoritatile”. Aceasta neincredere este foarte frecventa.

Mediatoarele sanitare intalnite considera ca obtinerea unor acte de identitate este prima lor misiune dar ale carei demersuri sunt foarte complicate si trebuie sa le urmeze una cate una, pe cand numarul celor

care nu au aceste documente se ridica la sute de persoane. Sa ajuti una sau chiar cinci persoane in aceste demersuri birocratice, nu face decat sa mascheze problema care e de ordin general, afectand multa lume. Eficacitatea in realizarea acestei misiuni esentiale pentru accesul la cetatenie si la drepturile de sanatate ale Romilor este foarte redusa. Ar trebui gasita o solutie simplificata si rapida. Ar trebui vizata o **abordare colectiva** a acestei probleme. Romani CRISS este in masura sa alerteze autoritatile locale. Altfel, mediatorii sanitari isi vor epuiza resursele tratand aceste situatii individual: aceasta le ia mult timp si de cele mai multe ori „la capat nu gasesc decat esecul si trebuie sa o ia de la inceput”, cum ne spune una dintre mediatoarele sanitare.

Cand sunt intrebate „care au fost cererile care au venit din partea romilor in aceste ultime 6 luni ale anului 2005?”, mediatoarele sanitare puteau pune pe hartie mai multe raspunsuri.

Analiza statistica permite obtinerea unui feed-back privind cererile adreseate de populatia roma, mediatorilor sanitari. Repartizarea cererilor romilor se prezinta dupa cum urmeaza:

- 64,3% dintre cereri sunt pentru acte de identitate;
- 62,9% dintre cereri sunt facute pentru a obtine medicamente care in mod normal ar trebuie sa fie distribuite gratuit fie prin farmacii, fie prin spitalul unde persoana a fost spitalizata;
- 55,7 %cereri pentru a chema ambulanta;
- 52,9% cereri pentru a primi lapte praf. Acest raspuns ne arata ca exista probleme in distribuirea acestui produs, altfel femeile rome nu ar avea nevoie sa faca apel la mediatorul sanitar. Exista un program national de distribuire a laptelui praf, dar ideologia vrea sa se promoveze alaptarea la san. Mai multi doctori si reprezentantii DSP-urilor au in-

sistat pe faptul ca femeile roma fiind la domiciliu sa fie „facute”sa-si alaptez copiii. Mediatoarele sanitare insista pe distribuirea laptelui praf deoarece numeroase femei locuiesc in conditii mizere, malnutrite, de foamete si deci, se afla in imposibilitatea de a sigura o alimentatie adecvata bebelusilor.

- 35,5 % dintre cereri sunt pentru femeile insarcinate si pentru nasteri: sa cheme ambulanta, sa cheme medicul de familie care se ocupa de urgente si chiar situatii in care medicul de familie procedeaza la nastere in cabinetul sau, in prezenta mediatorii sanitare. Aceste situatii extreme se datoreaza distantei mari a comunei fata de o maternitate.
- 35,7% doresc sa fie insotiti pentru ca au probleme la farmacie, chiar si pentru obtinerea unei alifii (le este refuzat accesul in farmacie).
- 32,9% pentru ca au probleme cu medicul de familie. In acest punct, mai multe mediatore sanitare mentioneaza situatii in care romii au fost tratati necorespunzator chiar daca se aflau pe liste: medicul afirma ca romii nu sunt decat niste „ciori” si nu consulta animale. Un altul nu suporta mirosul lor. Un altul pretinde o sticla de vin. De notat, deci, ca majoritatea medicilor de familie lucreaza in mod corect in parteneriat cu mediatorii sanitari.
- 31,4 % dintre mediatorii afirma ca au fost solicitati pentru a solutiona rapoarte de conflict domestice
- 21,4 % au trebuit sa intervina pentru a ajuta parinti sa poarte un dialog cu adolescentii lor.
- 18,6% au primit cereri de a furniza informatii despre alimentatie.
- 17,1% au trebuit sa intervina la cererea romilor care aveau probleme cu liderii locali.
- 7% au trebuit sa intervina in caz de accidente domestice.

Dar preocuparea centrala a mediatorilor sanitari sunt familiile fara acte de identitate, ele sunt si cele care sunt respinse de comunitate si traiesc intr-o saracie lucie. Am vizitat aceste zone in care sefii traditionali interzic orice vizita. Mediatorii sanitari sunt cateodata singurii care vin sa vorbeasca din punct de vedere profesional cu ei, sa le dea sfaturi si sa-i ajute.

Abordarea globala a sanatatii publice: un alt fel de „a face treaba buna”

Evaluarea insista pe faptul ca mediatorii sanitari au integrat axa MEDIERII, a muncii depuse si abordarea globala a persoanei care trebuie asistata pentru a fi recunoscuta ca parte integranta a societatii civile din Romania.

Pentru a obtine aceste acte de identitate, trebuie trecut prin birocratia vechiului regim. Este practic imposibil pentru un mediator sanitar de la tara sa se descurce pentru a ajuta persoanele care nu au avut niciodata acte de identitate si care locuiesc in alta localitate si nu in cea in care s-au nascut. Exista si persoane care traiesc in comunitatea roma unde isi desfasoara activitatea mediatorul sanitar, dar care au fost respinsi chiar si de comunitate pentru ca sunt „venetici”: chiar daca aceste familii s-au instalat in comunitate de patruzeci sau optzeci de ani, ele sunt fara acte de identitate de generatii intregi. **Este vorba de aceste familii, excluse chiar si de comunitate, pe care mediatorii sanitari incearca sa le ajute cu prioritate.**

Ele ajung sa insoteasca persoane care se gasesc in situatii mai putin complexe(pierderea actelor de identitate, depunerea dosarelor la Primarie pentru ajutoare, etc)

Sa faca recensamantul copiilor sau al femeilor gravide ar fi efectiv important daca inainte, autoritatile ar fi in masura sa tina cont cu adevarat de problemele romilor in acelasi fel cum tin cont de ale celorlalti. Chiar daca

legile exista, o munca de sensibilizare a autoritatilor pentru a intelege mai bine problemele romilor ramane inca de indeplinit, cu atat mai mult cu cat mediatorii sanitari o cer.

Dupa un prim sentiment de valorizare pentru ca intra in contact cu medicul de familie, cu ceilalti asistenti sociali si incep sa faca inventarul populatiei, mediatorii sanitari isi dau seama ca misiunea lor de a fi alaturi celor mai saraci dintre romi: ei resimt o raceala si chiar o prapastie intre cifrele cerute de autoritate si realitatea dura de zi cu zi a oamenilor.

Unul din domeniile relevante ale sanatatii publice este acela al apei potabile unde Primarii au o mare putere de decizie. Mediatorii sanitari afirma ca nu au nici un popas fiabil pentru aceasta problema, nici un parteneriat care sa le permita „sa se faca auziti”.

Evaluarea eficacitatii medierii intre romi si institutii

Intr-un sens general mediatorii sanitari gasesc ca nevoile si problemele romilor nu sunt suficient luate in considerare, ca drepturile fundamentale nu le sunt asigurate. Respectului pe care romii il arata autoritatilor ar trebui sa corespunda cu reciprocitatea: in ce masura romii sunt bine primiti la serviciile de la Primarie? La aceasta intrebare:

45,7% dintre mediatorii sanitari afirma ca romii sunt relativ bine primiti.

10% declara ca romii sunt foarte bine primiti

40% considera ca romii nu sunt bine primiti.

Concluzii si recomandari

a Misiunile mediatorilor sanitari sunt duse la bun sfarsit in ceea ce priveste domeniul vaccinarii copiilor, demersurile pentru obtinerea actelor

de identitate monitorizarea femeilor gravide.

- b Pe viitor, accentul ar trebui pus nu pe strangerea de date privind femeile insarcinate ci pe o interventie calitativa pentru aceste femei.
- c Nu ar trebui pierdut din vedere ca mediatorii sanitari se gasesc pe teren pentru a raspunde mai detaliat la cererile si nevoile societatii civile a romilor, nu pentru a face recensamantul cerut de autoritatile locale, cu atat mai mult cu cat instrumentele propuse nu sunt fiabile si ca cifrele pot alimenta forme de discriminare negativa si de stigmatizare.
- d Recunoasterea din partea autoritatilor este in curs de dezvoltare, dar lipseste forta propunerii ca mediatorii sanitari sa fie asociati la actiunile comunei/municipalitatii.
- e Printre problemele grave de sanatate se numara cea a alimentarii cu apa potabila, unul din factorii care duc la imbolnavirea si subrezirea starii de sanatate a copiilor si a batranilor. Mediatorii sanitari analizeaza acest neajuns fara sa reuseasca sa se faca auziti sau sa ia parte la lupta condusa de familiile care sufera din cauza apei extrem de poluate. In ce masura va reusi Romani CRISS sa stimuleze construirea unui parteneriat local cu organisme de urbanism si alesii locali ramane un plan de actiune pe termen scurt si mediu?
- f Aceasta activitate se bucura de o recunoastere puternica la nivelul comunitatii unde isi desfasoara activitatea. Eficacitatea actiunilor lor nu poate fi masurata decat prin constituirea unei banci de date cu fise de activitate incluzand contextul si practicile pozitive. Aceasta banca de date ar trebui sa fie unul din obiectivele cu prioritate pentru Romani CRISS.

Asteptari si propuneri formulate de mediatorii sanitari

In caietul de sarcini al evaluarii, o serie de intrebari se interesau de asteptari:

- Care sunt sugestiile si asteptarile mediatorilor sanitari?

Recentrarea pe mediere si lupta pentru viitorul romilor

Mai multi mediatorii sanitari ar dori sa se intoarca la inceputul experientei lor de trei, patru ani, sa o ia de la capat si sa aiba un parcurs mai obiectiv in ceea ce au facut pe teren. Ar dori sa poata de asemenea sa pastreze in minte si sa transimta viitorilor mediatorii sanitari experienta lor. Ele vorbesc si de faptul ca au trebuit sa construiasca singure parteneriatul, deoarece autoritatile si ceilalti asistenti sociali rar apeleaza la ele. In marea majoritate a situatiilor intalnite pe parcursul imersiunii antropologice mediatoarele sanitare au facut eforturi pentru a stabili o relationare, dar reciprocitatea nu avea loc. .

Accesul populatiei celei mai defavorizate la drepturile lor este preocuparea mediatorilor sanitari si sunt foarte des singurii care vor sa ajute aceste clase sociale suferind de o saracie lucie si care fac tinta persecutiilor manifestate in interiorul populatiei rome. Dar aceste fenomene raman cazuri izolate pe teren.

Sa beneficieze de o formare complementara si de o serie de mijloace de actiune in domeniul **luptei impotriva discriminarii in materie de acces la ingrijire si sanatate publica** sunt unele din principalele cereri formulate de mediatorii sanitari de-a lungul intregii acestei evaluari. Aceasta tendinta este confirmata de raspunsurile la chestionare intr-un procent de **67%**.

Reiese ca prima etapa a fost o reusita pentru Romani CRISS: persoanele formate pastreaza directia formarii,

acumuleaza experienta si se inscriu in continuitate si durabilitate.

Ameliorarea datorata participarii fundatiei Romani CRISS de-a lungul timpului

In prezent mediatoarele sanitare au alte asteptari de la Romani CRISS:

- Identificarea nevoilor lor,
- Recentrarea si formarea pe fenomene de discriminare in accesul la sanatate,
- O mai buna sustinere pentru desfasurarea unei munci globale de mediere a celor mai defavorizate familii ale comunitatii lor,
- Sa li se aduca un sprijin mai metodologic pentru a fi mai bine recunoscute de Primarie si in construirea parteneriatului,
- Sa se imagineze noi modalitati de sustinere, de formare, de punere in valoare, de capitalizare.

Astfel, 77,1 % se asteapta ca Romani CRISS sa se implice mai tare si le cere sustinerea in lupta pentru viitorul copiilor si tinerilor (lupta impotriva abandonului scolar, etc.)

Mediatorii sanitari formati sa depisteze formele de discriminare nu fac economie de resurse personale atunci cand se revolta impotriva nedreptatii din mijlocul comunitatii in sesi. Ei sunt critici nu numai ai societatii in general ci si ai propriei lor comunitati.

Ei ar vrea de asemenea sa fie o legatura mai solida intre activitatea de teren, ce fac ei pe teren si Romani CRISS, in special in sustinerea activitatii lor in fata alesilor si colectivitatii teritoriale. Cu cateva exceptii, mediatorii sanitari nu au statutul de „completare” a asistentului medical, ci intr-un domeniu

specializat, sa lege socialul de sanatate in mijlocul societatii civile vizand

emanciparea Romilor intr-o tara democratica.

Perspectivile dezvoltarii durabile a acestui program.

Recomandari la final de evaluare

Evaluarea deschide cateva piste de urmat pe viitorul programului. Cele cateva coordonate care urmeaza nu reiau toate concluziile din incheierea capitolelor. Incercam in cele ce urmeaza sa dam o viziune sintetica a prioritatilor:

- 1 Recentrarea activitatii mediatorilor sanitari pe aspectul MEDIERII vizand cu prioritate problemele de acces la drepturi si depistarea discriminarilor in domeniul sanatatii cu accent pe educarea copiilor si tinerilor in domeniul sanatatii. Aceasta reorientare neceista o mai buna coordonare intre cele doua proiecte ale Romani CRISS : cel pe mediatorii sanitari si celalalt pe drepturile omului). Mai este necesara si elaborarea unui „ghid pentru o mai buna depistare a discriminarilor in domeniul sanatatii” pentru mediatorii sanitari. Aceasta recomandare corespunde asteptarilor mediatorilor sanitari.
- 2 Aceasta recentrare,ar putea include pe parcurs si planning-ul familial, cu conditia sa fie regandit in respect pentru cultura romilor si sa asocieze pe cat posibil barbatii si tinerii.
- 3 Dezvoltarea formarii initiale a mediatorilor sanitari, in special sa li se asigure un curs de prim ajutor, astfel incat sa poate sa acorde primul ajutor in cazul cand un copil este ranit sau are arsuri, etc., tinand cont de faptul ca dispensarul sau spitalul se afla de cele mai multe ori la mai multi kilometri de locuintele romilor.
- 4 Extinderea formarii initiale pe durata a cinci zile si adaugarea unei parti de *formare in alternanta* dupa

angajare: practica si cursuri teoretice facute pe baza unui program bine facut, care sa se aplice pentru toti mediatorii sanitari. Punerea in practica a formarii in alternanta ar permite consolidarea parteneriatului intre Romani CRISS si DSP-uri. Altfel spus, formarii ar putea fi realizata in doua etape, cu diplome acordate la sfarsitul fiecarei etape: diploma obtinuta la sfarsitul celor trei (cinci) zile, apoi ore de formare alternate cu micro-proiecte initiale de fiecare mediator in parte, derulat pe un grup de romi si care va fi evaluat de Romani CRISS (cu o micro-finantare de prevazut). Pe parcursul formarii alternative, metodologia, teoria si practica vor contribui la construirea unui micro-proiect de sanatate cu Romii.

- 5 Romani CRISS ar trebui sa se ocupe de o mai buna formalizare atat a angajarii mediatorilor sanitari si cat si a parteneriatului, mai ales prin crearea unei fise de colaborare cu DSP-urile. Municipalityatile si comunele ar trebui sa primeasca o mai buna infomare asupra Ordinului nr. 618/2002 si a acordurilor in vigoare pentru a permite un real parteneriat cu asistentii sociali municipali si ale-sii.
- 6 Integrarea mediatorilor sanitari intr-o retea la nivel local (judetean/regional) si national (asociatie nationala) si realizarea de proiecte de „centre de resurse” privind accesul la sanatate al romilor in cooperare cu departamentul de drepturile omului din cadrul Romani CRISS. Constituirea unui TEL. VERDE cu voluntari si operatori pentru ca mediatorii sanitari sa poata sa puna

- intrebarile si situatiile cele mai problematice pe care le intampina.
- 7 Continuarea implementarii de institutii medicale in comunitati cu ajutorul mediatorilor sanitari. In prezent experienta de la Valea Rece (Targu Mures) ni se pare o actiune foarte interesanta: integrarea unui mic cabinet medical care functioneaza in mijlocul comunitatii, in care medicul de familie si o asistenta vin de cateva ori pe saptamana. Acest tip de cabinet aduce o structura a societatii civile care faciliteaza accesul la sanatate chiar pe teritoriul locuit de romi. Este un punct forte al medierii inventate de Romani CRISS.
 - 8 Procesul de institutionalizare privesc si nevoia resimtita de mediatorii sanitari de a avea un sediu propriu unde sa isi desfasoare activitatea, situat fie in Primarie (in cazul comunelor), fie intr-o cladire aproape de comunitate sau chiar in interiorul ei. Romani CRISS ar trebui sa se gandeasca serios la aceasta propunere pentru ca pune in discutie principiul formulat la demararea programului, adica faptul ca mediatorii sanitari nu sunt implantati intr-un „birou”.
 - 9 Crearea mijloacelor de comunicare (tel. Verde?) pentru ca mediatorii sanitari sa poata sa alerteze Romani CRISS si autoritatile locale asupra problemelor grave de sanatate: epidemii, intoxicari din cauza apei, dar si sa cheme ambulanta. Ar trebui sa se procedeze la elucidarea acestei probleme: care este mijlocul prin care populatia poate apela in caz de urgenta?
 - 10 Dezvoltarea activitatii la nivel local si micro-local pune problema decentralizarii Romani CRISS ca structura de baza. Ni se pare ca ONG-ul cunoaste o „criza de crestere” care arata limitele unei functiuni concentrate in capitala. Ar trebui ca Romani CRISS sa creeze mici birouri locale care sa regrupeze cele doua proiecte : mediatorii sanitari si lupta impotriva discriminarii.
 - 11 Comisia mixta guvernamentala ar trebui in cele din urma sa se puna pe treaba cu obiective concrete. O prima misiune ar fi cererea unui raport moral privind finantarea alocata de Ministerului Sanatatii acestui program: buget global, utilizarea acestui buget in fiecare judet, tablou recapitulativ pe ultimii ani. Si statutul profesional si salariul mediatorilor sanitari ar trebui sa faca obiectul unui studiu al acestei comisii.
 - 12 Pentru a valoriza si a face cunoscute experientele mediatoarelor, recomandam colectarea sistematizata a experientelor pe baza unei fise de activitate. Anumite cazuri ar putea fi puse pe site-ul oficial al Romani CRISS si editate sub forma unei brosiuri, carti... Aceasta colectare ar avea o tripla finalitate: a) valorizarea/crearea unei istorii vii a acestei munci depuse, b) integrarea continutului in formarea viitorilor mediatorii sanitari, c) folosirea acestui material in scopul realizarii unei campanii puternice adresate populatiei Romaniei (prin intermediul televiziunii, campanie publicitara de sensibilizare pentru constientizarea nevoii de sanatate a romilor, etc).
 - 13 Crearea unui Forum national pe tema sanatatii romilor ar putea fi luat in considerare de Romani CRISS si de partenerii sai. El ar putea reuni reprezentanti romi din intreaga Europa la Bucuresti dar si in alte orase din Romania.
 - 14 Schimburile cu celelalte tari ar putea fi efectuate, in schimb transferul formarii mediatorilor sanitari in alte tari nu ni se pare realizabil in conditiile actuale. Exista alte prioritati, ca implementarea si asistenta care ar putea fi facute in timpul pe care schimburile cu alte tari ar putea sa-l ocupe. In schimb Romani CRISS poate lua in calcul primirea, in zonele unde lucreaza mediatorii sanitari cu experienta, a unor vizitatori romi si ne-romi veniti din strainatate (dupa instruirea formatorilor,

aceste persoane pot fi primite in „stagii punctuale”).

In momentul restituirii raportului final catre Romani CRISS (1,2 decembrie 2005) am putut observa ca aceasta evaluare, care a avut un caracter participativ, a avut efecte pozitive: raportul intermediar care a fost realizat impreuna cu Romani CRISS in august 2005 a contribuit la reorientarea activitatilor in cadrul ONG-ului, si la o mai buna imbinare si schimb intre proiectele organizatiei. Romani CRISS doreste prin aceasta sa-si reafirme statutul avut, care nu este acela de a fi un simplu „instrument” sau doar un „centru de formare” care sta la dispozitia guvernului, ci are un statut de structura deschisa chiar in sanul societatii civile si care lucreaza *pentru* societatea civila. Prioritatea se regaseste in domeniul accesului la dreptul la sanatate al comunitatilor excuse de mult timp din viata sociala, politica, umana, si deseori foarte sarace.

Reorientarea programului spre accesul la dreptul la sanatate si extinderea sa pe un numar mai mare de romi au fost regandite de Romani CRISS bazandu-se pe anumite aspecte discutate in raportul intermediar.

Romani CRISS a incercat si sa reactiveze Comisia Ministeriala pentru romi din cadrul Ministerului Sanatatii, despre care am mai vorbit in acest proiect, dar pentru moment, ONG-ul nu a reusit sa o faca sa functioneze cu adevarat.

Numerosi mediatori sanitari formati de Romani CRISS depun eforturi pentru *„experimentarea unor practici de sanatate a romilor in cadrul programului guvernamental pentru ameliorarea situatiei romilor si a actiunilor Ministerului Sanatatii.”* (conform Caietului de sarcini al CCFD).

Programul mediatorilor sanitari condus de Romani CRISS este indiscutabil o realizare si un pariu ambitios care are o prima reusita: formarea femeilor rome care manifesta prin faptele lor o grija fata de cei mai defavorizati, o constientizare si o analiza foarte fina a inegalitatilor si discriminarilor, chiar daca ele cer ca sa fie mai bine formate in ceea ce priveste depistarea si interventia in caz de discriminare si de acces la ingrijire. Aceste persoane formate, care au un statut profesional precar, dar cu un contract de munca totusi legal, pune Romani CRISS in fata unor noi responsabilitati mai complexe decat cele precedente.