



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



ORGANISMUL INTERMEDIAR
REGIONAL PENTRU POS DRU
REGIUNEA BUCUREȘTI ILFOV

SASTIPEN

Centrul Romilor pentru
Politici de Sănătate

Evaluarea impactului programului de mediere sanitară

-2011-

**COMUNITATEA
CONTEAZĂ PE TINE.
IMPLICĂ-TE!**

INVESTEȘTE ÎN OAMENII!

PROIECT COFINANȚAT DIN FONDUL SOCIAL EUROPEAN PRIN
PROGRAMUL OPERAȚIONAL SECTORIAL DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE 2007 – 2013

Partener:



Institutul Național
de Sănătate Publică

Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate - SASTIPEN

Str. Mircea cel Bătrân 76, sector 5, București, cod 051112

Tel/fax: 004 021/456 03 21

e-mail: office@sastipen.ro

www.sastipen.ro

Autorii studiului:

Cosmin Briciu
Vlad Grigoraș

Realizare interviuri studii de caz:

Ioana Cărtărescu
Andrei Crăciun
Maria Iosif
Bogdan Pălici
Elena Tudor
George Zamfir

Coordonator teren cercetare cantitativă:

Alin Croitoru

Cuprins

Introducere.....	4
1. Metodologia cercetării	5
2. Descrierea programului de mediere sanitară	9
2.1. Implementarea programului de mediere sanitară.....	9
2.2. Relația mediatorilor sanitari cu actorii relevanți.....	13
2.3. Monitorizarea și evaluarea activității mediatoarelor sanitare	18
2.4. Atribuțiile mediatorilor sanitari.....	20
2.5. Nevoile de instruire	24
2.6. Salarizare și resurse	26
2.7. Percepția asupra perspectivelor programului.....	27
3. Impactul mediatorilor sanitari supra comunităților de romi	29
3.1. Interacțiunea cu mediatoarea sanitară și satisfacția cu activitatea acesteia.....	29
3.2. Accesul la serviciile sociale și de sănătate de bază	30
3.3. Sarcini și utilizarea mijloacelor contraceptive.....	34
3.4. Îmbunătățirea stării de sănătate a mamei și copilului	39
3.5. Factori care limitează efectele acțiunii mediatoarelor sanitare în comunități	42
Concluzii	45
Anexă.....	Error! Bookmark not defined.

Introducere

Centrul Romilor pentru Politici de Sănătate SASTIPEN, în parteneriat cu Institutul Național de Sănătate Publică implementează în perioada 2010-2013 “Programul de mediere sanitară: oportunitatea de creștere a ratei de ocupare în rândul femeilor rome”, în cadrul Programului Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 - 2013 (POSDRU/97/6.3/S/62383). Pentru dezvoltarea funcției de mediator sanitar în comunitățile de romi, unul dintre punctele esențiale îl reprezintă înțelegerea specificului activităților derulate în prezent de mediatoarele sanitare, precum și a contextului instituțional și socio-economic în care acestea își exercită atribuțiile. Cercetarea de față (desfășurată în perioada aprilie-iunie 2011) își propune să răspundă acestei cerințe, având ca prim obiectiv măsurarea impactului real pe care mediatorii sanitari l-au avut în procesul de îmbunătățire a accesului romilor la serviciile de sănătate – impact urmărit pe principalele subdimensiuni relevante – accesul la servicii sociale și de sănătate de bază, sarcinile și utilizarea metodelor contraceptive, starea de sănătate a mamei și copilului și accesarea serviciilor de sănătate de către aceștia.

Evaluarea de impact a fost completată de o analiză a modului în care s-a desfășurat procesul de descentralizare, a efectelor acestuia asupra atribuțiilor mediatoarelor sanitare și asupra relațiilor dintre acestea și autoritățile locale/județene, a resurselor disponibile, precum și a nevoilor resimțite în momentul de față de către mediatoarele sanitare sau de către actorii relevanți (nevoi de natură financiară, de formare, de vizibilitate instituțională etc.).

Pentru măsurarea riguroasă a impactului activităților mediatorilor sanitari asupra comunităților în care aceștia și-au desfășurat activitatea este nevoie de o comparație a valorilor curente ale indicatorilor relevanți cu cele ce ar fi fost obținute în absența programului (diferența dintre aceste valori reprezentând impactul proiectului). Pentru a obține date pentru ambele grupuri de interes s-a realizat o cercetare prin sondaj pe 1499 de gospodării de romi – 787 din 38 de comunități cu mediatorii sanitari și alte 712 gospodării din 37 de zone fără mediatorii sanitari reprezentând grupul de control (zonele din cea de a doua categorie au fost similare în ceea ce privește nivelul de dezvoltare, mărimea localității și % de romi din localitate). Reprezentativitatea datelor a fost asigurată prin selecția de tip aleatoriu a localităților, stratificată după mediul de rezidență și regiunea de dezvoltare.

În plus, au fost aplicate alte două chestionare în cele 40 de localități cu mediatorii sanitari selectate inițial: un chestionar pentru autoritățile locale și unul pentru mediatorii sanitari (fiind colectate și acceptate ca valide 32 de chestionare cu mediatorii și 29 cu autorități locale).

Informația rezultată din prelucrarea datelor cantitative este completată de date de interviu realizate la nivel local, județean și central. Pentru a “prinde” diversitatea situațiilor de la nivel local au fost realizate studii de caz în 6 localități cu mediatorii sanitari, 4 localități ce au avut angajați în trecut mediatorii sanitari și 2 localități ce nu au avut angajați mediatorii sanitari până în prezent. Localitățile au fost diferite în ceea ce privește mediul de rezidență, mărimea localității și performanța înregistrată de mediatorii sanitari (unde era cazul). Cercetarea calitativă nu s-a limitat doar la o explorare a problemicii doar la nivel local, ci au fost întreprinse și interviuri la nivel județean/regional (cu reprezentanți ai Direcțiilor de Sănătate Publică sau cu ONG-uri ce au ca obiectiv sprijinirea mediatorilor sanitari).

1. Metodologia cercetării

1.1. Cercetarea calitativă

Cercetarea calitativă s-a desfășurat în perioada 9-20 mai urmărind, pe de o parte, o mai bună înțelegere a specificului activităților mediatorilor sanitari, precum și a contextului instituțional și social în care aceștia activează și, pe de altă parte, rafinarea cercetării cantitative prin pretestarea instrumentelor utilizate ulterior în sondaj.

Pentru această etapă au fost realizate studii de caz în 12 localități¹ cu profiluri diferite, diferențiate în principal prin prezența sau absența mediatorului sanitar în comunitate:

- a. 6 localități cu mediatorii sanitari pentru a înțelege rolul acestora în cadrul comunității, nevoile acestora, percepția autorităților față de ei etc.
- b. 4 localități ce au avut angajați mediatorii sanitari, pentru a înțelege motivele pentru care s-a renunțat la mediatorii sanitari, care au fost realizările acestora, dacă există personal care le suplinesc activitatea, în ce condiții s-ar relua angajarea unui mediator sanitar etc..
- c. 2 localități ce nu au apelat niciodată la un mediator sanitar, pentru a înțelege motivele pentru care nu s-a dorit acest lucru, percepția diferiților actori privind înființarea unei astfel de poziții, eventualele constrângeri pentru înființarea unui asemenea post pentru comunitate etc..

În mod specific, în fiecare dintre cele 12 localități s-au realizat interviuri cu diferite tipuri de actori relevanți din localitate:

- ✓ Mediatorii sanitari (sau foștii mediatorii sanitari, unde era cazul);
- ✓ Primari/viceprimari /secretari generali din primărie;
- ✓ Asistenți social din primărie;
- ✓ Medici de familie și asistentele medicilor de familie;
- ✓ Lideri romi din comunitate și beneficiari romi (din care o parte au fost femei însărcinate și/sau cu copii mici) ;
- ✓ Asistenți medicali comunitari/consilieri romi/mediatori școlari și sociali.

În plus, au fost realizate interviuri la nivel județean/regional cu persoane cu informații privind activitatea mediatorilor sanitari din cadrul Direcțiilor de Sănătate Publică sau a Centrelor de Resurse pentru sprijinirea activității mediatorilor sanitari.

1.2. Cercetarea cantitativă

În cadrul acestei componente, a cărei etapă de cercetare de teren s-a desfășurat în perioada 2-20 iunie, au fost aplicate chestionare pentru trei grupuri țintă: a. gospodării de romi, b. mediatorii sanitari și c. autorități locale din localitățile cu mediatorii sanitari.

Sondaj – beneficiari romi

Chestionarul pentru populația de romi a urmărit câteva teme principale: date socio-demografice și acte/vizite la medic, acces la diferite tipuri de servicii de sănătate, locuire, venituri, cultura sănătății, interacțiunea cu mediatoarea sanitară (secțiune aplicabilă comunităților cu mediator sanitar). În plus, fiecare chestionar a inclus o secțiune adresată unei persoane de sex feminin cu vârstă cuprinsă în

¹ Pentru fiecare tip de localitate, jumătate au fost selectate din mediul urban și jumătate din mediul rural. S-a căutat de asemenea ca localitățile să fie din regiuni de dezvoltare diferite (astfel, cele 12 localități provin din 5 zone de dezvoltare diferite).

intervalul 15-49 de ani, privind numărul de sarcini, nașterea, îngrijirea copiilor și utilizarea metodelor contraceptive.

Eșantionarea romilor a fost de tip multistadial – cu mai multe etape de selecție realizate succesiv: a localităților, a zonelor de romi, a gospodăriilor în interiorul zonelor și ulterior a femeilor cu vârste cuprinse între 15-49 ani.

A. Selecția localităților în care s-au aplicat chestionare

Cadrul de eșantionare pentru *selecția localităților acoperite de mediatoarele sanitare* a constat într-o listă a acestora, actualizată la nivelul lunii decembrie 2010 cu informații referitoare la județul, localitatea, numele și datele de contact ale mediatorii. Pe baza acestui cadru de eșantionare au fost selectate aleatoriu 20 de localități rurale și alte 20 urbane², proporțional pe regiunile de dezvoltare (i.e. în regiunile cu mai multe localități rurale cu mediatorii sanitari au fost selectate mai multe localități). În toate cele 40 de localități a fost aplicat un scurt chestionar telefonic cu mediatorii sanitară selectată, pentru a se valida informațiile deținute (respectiv dacă mediatorii este activă în funcție, dacă mai lucrează în localitatea selectată), dar și pentru a completa profilul localității cu o informație necesară pentru aplicarea ulterioară chestionarului, și anume existența unor zone cu cel puțin 50 de gospodării de romi în care să activeze mediatorii sanitară. Localitățile în care s-a obținut un răspuns negativ la cel puțin una dintre aceste întrebări au fost înlocuite cu altele similare (din același județ, apropiate din punctul de vedere al nivelului de dezvoltare, al mărimii localității și al procentului de romi).

Pentru a asigura estimarea corectă a impactului programului s-a încercat ca *localitățile de control* să fie cât mai asemănătoare cu cele în care își desfășoară activitatea mediatorii sanitare. Pentru a maximiza comparabilitatea celor două tipuri de localități, în mediul urban s-a dorit aplicarea chestionarelor tot în localitatea cu mediatorii sanitară în cazul în care aceasta nu deservea toate zonele de romi. Totuși, din cele 20 de orașe cu mediatorii sanitare, în doar 5 localități au fost identificate zone cu romi neacoperite de acestea (informația s-a obținut tot în urma chestionarelor telefonice cu mediatorii sanitare). Pentru celelalte 15 orașe dar și pentru cele 20 de comune cu mediatorii sanitare au fost identificate localități similare de control pe baza următoarelor criterii:

- ✓ Apartenența la același județ;
- ✓ Mărimea localității (numărul de locuitori) – conform recensământului din 2002;
- ✓ Nivelul de dezvoltare socială conform indicelui dezvoltării sociale a localităților, calculat de profesorul Dumitru Sandu pe baza datelor din 2008 (indicele compozit este calculat în funcție de informațiile relevante privind resursele comunității, infrastructură, stare de sănătate și educație);
- ✓ % romilor din localitate (conform recensământului din 2002).

Pentru toate localitățile fără mediatorii sanitari selectate au fost aplicate scurte chestionare telefonice cu reprezentanții autorităților locale pentru a verifica dacă nu există totuși mediatorii sanitari angajați și dacă cuprind zone cu cel puțin 50 de gospodării de romi. Și în acest caz, localitățile care nu au îndeplinit aceste condiții au fost înlocuite cu altele similare.

² A fost preferată această împărțire egală pe medii, deși procentul localităților din mediul urban în totalul celor cu mediatorii sanitari era de doar 40% conform cadrului de eșantionare, pentru a dispune de suficiente cazuri (unități primare de selecție) în vederea realizării de analize statistice după această variabilă. Ulterior, baza de date finală a fost ponderată pentru a păstra proporțiile de la nivelul populației în prezentarea rezultatelor finale.

Pentru a asigura un flux adecvat al culegerii datelor, fiecare operator de teren a aplicat chestionare atât într-o localitate cu mediator sanitar, cât și în localitatea similară fără mediator.

B. Selecția zonelor în care s-au aplicat chestionarele cu romi.

În vederea selectării zonelor în care să se aplice chestionarele cu romi, operatorii au avut de completat în fiecare localitate stabilită o *fișă de identificare a comunităților de romi*. Acest instrument a avut ca scop identificarea tuturor zonelor cu cel puțin 50 de gospodării de romi, precum și descrierea acestora pe câteva dimensiuni relevante pentru asigurarea comparabilității grupului de control cu a celui participant la program (poziționarea zonei în localitate, accesul în zonă, caracteristicile locuințelor din zonă și tipul ocupării acestora, caracterul compact al zonei, precum și limba vorbită etc.). Fișa de identificare a fost completată cu sprijinul mediatorei sanitare în localitățile test sau cu sprijinul unei persoane din primărie ce cunoaștea comunitățile de romi în cazul localităților de control (de exemplu, asistentul social sau consilierul privind problemele romilor).

După completarea fișei, în comunitățile cu mediatori sanitari, operatorii au mers pentru realizarea chestionarelor în zonele cu cei mai mulți romi. Comunitățile fără mediatori sanitari selectate au fost cele mai asemănătoare cu comunitățile pereche cu mediatori sanitari³ din punctul de vedere al caracteristicilor relevante (criteriile succesive pentru asigurarea comparabilității au fost poziția zonei, tipul zonei, tipul de locuire, gruparea compactă/dispersarea romilor etc.).

C. Selecția gospodăriilor și a respondenților în interiorul zonelor

În interiorul zonelor selectate gospodăriile de romi au fost selectate cu ajutorul metodei drumului aleatoriu (selecție sistematică, din trei în trei case sau din cinci în cinci apartamente în cazul blocurilor). Dintre aceste gospodării au fost eligibile pentru a completa chestionarul doar gospodăriile în care membrii declarau că există cel puțin o persoană de etnie romă în gospodărie⁴. În interiorul gospodăriei prima parte a chestionarului a fost completată cu persoana cu nivelul de educație cel mai ridicat sau celei care avea cele mai multe informații privind membrii gospodăriei. Cea de-a doua parte a chestionarului, specifică femeilor între 15 și 49 de ani, a fost aplicată persoanei ce avea data nașterii cea mai apropiată de luna ianuarie (pentru a minimiza efectul de operator în selecția acesteia).

În urma terenului, prin renunțarea la unele chestionare din cauza calității slabe a completării datelor, a nerespectării condițiilor de selecție a respondenților sau a nerespectării termenului limită de către operatori în trimiterea datelor, s-a obținut un număr total de chestionare de gospodării de romi de 1499 (787 în comunitățile cu mediatori și 712 în comunitățile fără mediatori) - Tabelul 1.

³ Evident însă, în localitățile în care nu a existat decât o singură zonă a fost selectată aceasta indiferent de caracteristicile acesteia sau de rigoarea asemănării cu comunitatea pereche cu mediator.

⁴ Utilizarea autoidentificării ca rom a reprezentat o problemă în două localități (ce au fost ulterior înlocuite), unde persoanele din zonele identificate nu s-au declarat de etnie romă (chiar dacă la recensământ procentul de romi din localitate fusese ridicat sau dacă exista un mediator sanitar din localitate pentru respectivele comunități de romi).

Tabelul 1 Numărul chestionarelor și a zonelor în care acestea au fost aplicate, pe tipuri de zone

	Comunități		Total
	Cu mediatori	Fără mediatori	
Nr zone selectate urbane	19	17	36
Nr de chestionare în zonele urbane	408	334	742
Nr zone rurale	19	20	39
Nr de chestionare în zonele rurale	379	378	757
Total zone selectate	38	37	75
Total chestionare	787	712	1499

Datele au fost ponderate pentru a se respecta structura localităților cu mediatori sanitari și pentru a se asigura comparabilitatea eșantionului din comunitățile cu mediatori sanitari cu cel din zonele fără mediatori sanitari. Analizele statistice s-au realizat în STATA, pentru a ține cont de designul de eșantionare (existența clusterelor și a straturilor⁵).

Sondaj – autorități locale și mediatore sanitare

Pentru a înțelege motivația autorităților locale de a angaja mediatori sanitari, dar și pentru a explica performanța mai bună înregistrată de unele localități sau nevoile percepute privind mediatorii sanitari vor mai fi aplicate alte două instrumente în localitățile cu mediatori sanitari: *un chestionar pentru autoritățile locale și unul pentru mediatorii sanitari*. În mod specific, temele pentru mediatoarele sanitare au vizat profilul ocupațional și istoricul de angajare, activitățile desfășurate, atribuții cunoscute, relația cu alte instituții/alți actori locali, monitorizarea și evaluarea activității acestora, nevoile mediatoarelor sanitare și resursele existente. În cazul autorităților locale au fost urmărite aceleași teme limitate însă la aspectele ce puteau fi cunoscute de către acestea.

Chestionarul pentru autoritățile locale a fost aplicat persoanelor cu funcție de conducere, factor de decizie vizavi de aprobarea unei eventuale poziții de mediator sanitar în localitate (primar, viceprimar sau secretarul general al primăriei; în cazul localităților în care Direcția de Asistență Socială funcționează autonom, având personalitate juridică, iar mediatorul sanitar este prins în această structură, a fost preferat directorul Direcției). În urma eliminării chestionarelor cu alte persoane decât cele vizate și a necompletării unor chestionare din cauza dificultăților de a obține un interviu în primăriile din mediul urban au fost utilizate pentru acest studiu un număr de 29 din cele 40 care reprezentau numărul țintă. În cazul mediatorilor sanitari, numărul de chestionare utilizate este de 32.

Tabelul 2 Numărul chestionarelor realizate cu autoritățile locale și mediatoarele sanitare, pe tipuri de localități

	localități		Total
	Orașe	Comune	
Chestionare cu autorități locale	14	15	29
Chestionare cu mediatoarele sanitare	17	15	32

⁵ Cel mai important aspect îl reprezintă efectul de design datorat clusterizării – în absența analizelor statistice adecvate efectul ar fi dus la ” identificarea” impactului programului în cazuri în care acesta nu exista sau nu ar fi putut fi observabil.

2. Descrierea programului de mediere sanitară

2.1. Implementarea programului de mediere sanitară

Programul de mediere sanitară, ca parte a programului de asistență medicală comunitară, a fost lansat în 2002, odată cu Ordinul nr. 619/2002 pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității acestuia, însă mediatorii sanitari au fost angajați în diferite perioade și numărul lor a fluctuat de-a lungul timpului. În sondajul desfășurat cu mediatorii sanitari se regăsesc atât persoane angajate pentru prima dată în 2002 (așadar încă de la debutul programului), cât și persoane angajate recent (chiar și un mediator sanitar angajat în 2011, foarte probabil pe un post deja existent); cei mai mulți mediatorii sanitari au fost angajați însă în perioada 2006-2007 (23 din 32 de respondenți).

Majoritatea mediatorilor intervievați au fost angajați la început de către DSP (27 din 32 de cazuri), o parte dintre aceștia indicând ca angajator spitalele din apropierea localității de care aparțin (legea prevedea de altfel ca mediatorii sanitari să fie angajați de spitalele din localitate sau din apropiere). Totuși, patru persoane declară că au fost pentru prima dată angajate de către Romani CRISS în perioada 2006-2008.

Tabelul 3 Primul angajator al mediatorilor sanitari

	Frecvențe absolute
Primăria comunei / orașului	1
Direcția Județeană de Sănătate Publică	21
Romani CRISS	4
Spitalul din localitate /apropierea localității	6
Total	32

Sursa: Baza mediatorii

Atât decizia de a înființa postul de mediator sanitar într-o anumită localitate cât și alegerea persoanei par legate, conform informațiilor culese, de organizații ale romilor, Romani CRISS în etapa de început a programului, dar și Partida Romilor prin reprezentanții ei locali. Din punct de vedere administrativ, Ministerul Sănătății /Direcția de Sănătate Publică a înființat această funcție la nivel local și a angajat o anumită persoană, dar s-a ocupat și de informarea și solicitarea acordului medicilor de familie și altor actori comunitari. Într-unul dintre studiile de caz, chiar mediatorul sanitar angajat inițial a reușit să promoveze angajarea altora la nivelul județului prin intermediul unui ONG pe care l-a creat și prin care a promovat necesitatea luării acestei decizii în rândul autorităților.

”În baza solicitării organizației mele și bineînțeles, a DSP-ului, acești băieți, acești formatori au venit să formeze prima serie de mediatorii după ce eu am fost angajată, după 3 ani. Aceste fete au fost angajate și a fost o mare realizare și a mea personală, dar și o realizare că și comunitățile din județ aveau oameni care, și la ora actuală lucrează pentru ei - și mediatorul sanitar e, cum bine știți, puntea de legătură între autorități și comunitate.” (Mediator sanitar localitate în care există și comunități fără mediatorii sanitari).

Nu există un acord unanim cu privire la focalizarea teritorială a programului: unii intervievați cred că posturile nu au fost distribuite cum trebuia în teritoriu și, ca urmare, există persoane care acoperă fără alt sprijin (altă mediatoare sanitară sau o asistentă medicală comunitară) comunități foarte largi, la fel cum există mediatoare sanitare active în comunități mai mici; de asemenea, comunități

numeroase și deprivat social nu beneficiază de prezența unui mediator sanitar. Au putut fi identificate și cazuri de mediatore sanitare care au absolvit cursurile de instruire specifice programului dar care nu au mai fost angajate ulterior, precum și comunități care au rămas fără mediatore sanitare, deși liderii acestora declară că au făcut în mod repetat demersuri pentru angajarea unui mediator sanitar, refuzul în acest sens fiind motivat prin lipsa fondurilor.

”Nu, nu. Nu activează. Sunt localități unde au fost formate și nu activează și e păcat, pentru că acolo, problemele sunt foarte mari și existența mediatorului sanitar era foarte binevenită acolo.” (Mediatore sanitară localitate mare).

”Dacă vrei să vă pun o listă cu semnături de o să vă speriați că sunt de acord cu așa ceva și au nevoie de așa ceva romii din comunitatea mea. Și nu numai romii. Că eu, în comunitatea pe care o reprezint, nu-i reprezint numai pe romi, chiar și domnul primar știe asta. Am o grămadă de români, care sunt familii defavorizate cu alte cuvinte, eu reprezint romii și familiile defavorizate.” (Lider informal oraș unde a existat mediator)

Pentru asigurarea reprezentativității mediatorilor sanitari la nivelul comunităților în care lucrează, în cadrul programului s-a încurajat, prin liderii ei informali sau prin alte mecanisme, recomandarea de către comunități a persoanelor potrivite să ocupe acest post. Acest sistem a funcționat în cazul a 10 din 32 de comunități, după cum susțin mediorii sanitari din sondajul dedicat acestora. În alte 9 cazuri s-a diferențiat consilierul pe problemele romilor. A mai fost menționat medicul de familie ca factorul decisiv în alegerea a 2 persoane ca mediorii sanitari. Rezultatele cercetării calitative indică o influență puternică a partidelor romilor în acest proces de recrutare (uneori, consilierul pentru romi din primărie face parte din aceste organizații) – totuși, doar 4 persoane au recunoscut că acesta a fost mecanismul care a dus la angajarea lor. Doi respondenți la chestionar au menționat de asemenea că nu au fost recomandate de nimeni, dând pur și simplu concurs pe post.

Tabelul 4 Cine v-a recomandat să fiți mediatore sanitară pentru prima oară?

	Frecvențe absolute
Medicul de familie din localitate	2
Un lider informal rom din localitatea în care urma să lucrați	10
Consilierul pe problemele romilor	9
Nu am fost recomandat de nimeni-am dat concurs pe post	2
Altă persoană	2
Primarul/Viceprimarul	3
Partida romilor	4
Total	32

Sursa: Baza mediorii

”Cum s-a întâmplat să ajung mediatore sanitară? S-a întâmplat oarecum că am fost la momentul potrivit, pe atunci nu aveam nici un fel de servici. S-a întâmplat printr-o cunoștință, să zic, l-am cunoscut pe consilierul de la Partida Romilor, pe domnul(.....). De aici, normal, în Primărie îmi cautam un alt loc de muncă, dar s-a întâmplat să nu gasesc și între timp, în cazul în care s-ar fi ivit altceva m-ar fi avut în vedere. Și la un moment dat s-a ivit din partea DSP Vaslui acest proiect, cu îmbunătățirea situației în comunitatea de romi și am luat legătura cu domnul (...), care este la Partida Romilor, și cu domnul (...). Mi-au spus atunci în mare cam despre ce este vorba, că nici ei nu știau exact. Au zis că au nevoie de o persoană, probabil căutau și o persoană care să aibă cât de cât și pregătire. Și cred că nu au găsit în comunitate în momentul ăla, că trebuiau neapărat să ajungă 2 fete din partea (...) la Direcția de Sănătate Publică Vaslui, să participe la un interviu. Nu că ar fi fost gata angajate. De-acolo am trecut iarași prin alte întrebări și... de-acolo s-a hotărât. Bineînțeles, am făcut un curs...”(Fostă mediatore sanitară, rural)

”A fost, la momentul acela, a fost dat un anunț în presa locală, de către DSP, se ocupa în acel

moment doamna doctor (...) și a fost organizat un concurs, publicat în presa locală, s-au prezentat mai multe persoane, a fost întâi evaluat dosarul și dosarul de studii, pentru că a fost pentru asistenți comunitari și mediatori sanitari, asistenții, bineînțeles, trebuiau să îndeplinească condiția să fie absolvenți ai unei școli sanitare, iar mediatorii sanitari, să vorbim și despre ei, au fost selectați din localitățile în care am considerat noi la momentul acela că ne trebuie mediatori sanitari, în zone defavorizate, cum sunt cele din zona Băneasa..(..) Comunitatea locală ne-a zis, ne-a oferit numele, comunitatea locală a selecționat din cei pe care-i cunoștea, ei au venit, au dat un concurs, un interviu și au fost acceptați sau nu.” (Coordonator DSP, oraș mare cu mediator sanitar).

Din interviuri reiese că *procesul de selecție* a mediatorilor sanitari a variat de la localitate la localitate. În unele cazuri, mediatorul sanitar angajat a fost singura persoană care s-a prezentat la concurs (nu a fost promovată în mod special de cineva anume, dar a fost informată de existența acestor cursuri), în timp ce în alte cazuri a existat concurență pe aceste locuri. Criteriile pentru încadrarea în funcția de mediator sanitar (etnia romă, apartenența la comunitate, stăpânirea limbii romani) nu au funcționat ca niște cerințe-filtru, persoanele care nu se încadrau nefiind automat excluse. Astfel, într-unul din județele din centru, din 22 de posturi create, în jumătate au fost angajate persoane de etnie română și care nu erau din comunitate; conform interviurilor, în acest județ programul s-a dovedit totuși eficace, deși implementat parțial de persoane care nu se calificau conform tuturor criteriilor. În alte cazuri, au apărut se pare probleme izolate (conform unui fost mediator sanitar, localitate mare) tocmai din cauza unor persoane care au fost angajate din comunitate preferențial, pe baza unor relații privilegiate cu liderii locali dar fără să fie motivate să lucreze performant în respectivele zone.

Inițial, respectiv pentru o durată de aproximativ 1 an, mediorii sanitari angajați au lucrat într-un sistem de cvasi-voluntariat, fiindu-le alocate lunar doar sume simbolice (de exemplu, 150 RON pe lună, în oraș mare). De la angajare, mediorii sanitari și-au reînnoit contractul cel puțin o dată, jumătate dintre persoanele anchetate reînnoindu-și contractul de mai mult de patru ori. Făcând media pe mediorii sanitari chestionați, o reangajare apare la aproximativ 2 ani, însă trebuie ținut cont de faptul că au existat și perioade de șomaj sau de neplată a salariului. Practica cea mai curentă, după cum indică informațiile calitative culese din teren, pare a fi cea a reangajării anuale. Această reînnoire periodică a contractului conduce la nesiguranța locului de muncă, mai ales după descentralizare, și a avut efecte negative atât asupra performanțelor mediatoarelor sanitare, cât și asupra imaginii acestora în rândul actorilor relevanți.

Reînnoirea contractului de muncă se face anual în cazul celor mai multe mediatoare, practică inițiată în cadrul DSP și preluată de noul angajator, respectiv primăriile; pe total mediatoare, datele indică o medie de 2 ani pentru contractele succesive ale mediatorilor.

”În fiecare an, s-a prelungit. Din 2002, de când a fost înființat programul, a fost prelungit în fiecare an. Noi am fost angajați pe o perioadă determinată. Și mediorii, și asistenții comunitari.”
(Asistentă medicală comunitară, urban)

În prezent, majoritatea mediatorilor intervievați sunt angajați în cadrul Direcției de Asistență Socială din cadrul Primăriei, alți 6 aparținând de alte structuri ale primăriei (totuși, două persoane au declarat în mod eronat că sunt în continuare angajate ale DJSP, probabil din cauza faptului că până la sfârșitul lui 2011 salariile sunt finanțate în continuare din această sursă).

Procesul de descentralizare

Părerile despre natura efectelor descentralizării asupra programului sunt împărțite la nivelul actorilor locali relevanți, dar cert este că, cel puțin pentru moment, această etapă a programului a indus un

sentiment puternic de incertitudine printre mediatorii sanitari cu privire la viitorul locului lor de muncă. Percepția generală, chiar și printre susținătorii angajării mediatorilor la nivelul primăriilor, este că transferul nu a fost suficient pregătit astfel încât să se asigure asumarea programului de către noii angajatori. Cu alte cuvinte, promotorii programului, din sectorul ONG și din cel guvernamental, nu au reușit să le explice adecvat tuturor decidenților local care este rolul rețelei de mediatorii sanitari astfel încât să îi câștige ca “simpatizanți” ai programului. Se pare că au existat chiar și cazuri în care primăriile au fost complet neinformate, decidenții crezând că mediatorul sanitar trebuie plătit din banii proprii încă din primul moment, ceea ce a contribuit semnificativ la reticenta în ceea ce privește „prelungirea” existenței acestui post sau, eventual, angajarea de noi mediatorii sanitari – câtă vreme încă se putea, funcțiile nefiind încă blocate. Intervenția DSP a fost mai degrabă una de criză în încercarea de a negocia cu autoritățile locale în localitățile unde decidenții din primării au refuzat să preia mediatorii sanitari.

“Da, da, da (...), au fost în număr mai mare. În momentul în care i-am preluat eu în 2007, au fost 21 de mediatore pe raza județului (...). Numărul lor a scăzut din diverse motive, coincidență poate... după preluarea lor de către primăriile pe raza cărora își desfășurau activitatea. În ce direcții s-au îndreptat, ce fac în acest moment, n-aș putea să vă spun, nu știu, îmi pare doar foarte rău că numărul a scăzut pentru că dacă cunoașteți (...), știți bine că există multe comunități de romi care într-adevăr ar avea nevoie de prezența unui mediator în comunitatea respectivă [în prezent mai există 10 mediatorii sanitari]” (Reprezentant DSP).

“Descentralizarea nu a fost făcută publică clar, să înțeleagă toți primarii și să înțeleagă toate autoritățile publice locale ce înseamnă această descentralizare, pentru că este foarte greu, neînțelegând primarii acest protocol și această preluare nu a fost făcută cum trebuie. Trebuia o întâlnire la nivel de prefectură cu toate primăriile, împreună cu Direcția de Sănătate Publică și bineînțeles, ONG-uri și bineînțeles și cineva din Ministerul Sănătății, pentru că asta trebuia făcut. Acum, după ce noi am fost preluați, fiecare primărie și-a făcut propria strategie, propriul plan, nici o fișă a postului nu poate să fie la fel. În unele primării, fișa postului a fost completată ca mediatorul sanitar sau asistentul comunitar să mai facă și alte activități înafară de cele medicale.” (Mediatore sanitară, oraș mare).

Păi v-am spus că am fost preluate cu greu, pentru că nu numai primăria noastră, ci și toate celelalte, din toată România, au stat cu teamă că la un moment dat noi n-o să mai fim plătite și o să fie nevoită primăria să ne platească. Ceea ce... lucrul era imposibil pentru că nu-și permiteau de la bugetul local. Și noi am preluate cam printre ultimele din județul (...), cu greu, foarte mult greu... până la urmă am fost preluate (fostă mediatore sanitară, rural).

Un factor important l-a constituit faptul că înainte de 2009 primăriile au fost prea puțin sau deloc în temă cu activitatea mediatorilor sanitară, chiar în condițiile în care munca acestora presupunea și intervenția la primărie pentru rezolvarea unor cazuri punctuale (de obicei, în problemele lipsei actelor și a accesului la anumite beneficii sociale) în colaborare cu lucrători ai primăriei aflați pe trepte ierarhic inferioare (așadar nu din conducere).

“Nu i-am simțit pentru că acțiunea lor nu a fost niciodată corelată cu acțiunea primăriei, de exemplu. Sau să se adreseze nouă „domne vrem să mergem în comunitatea, în cartierul cutare și să facem nu știu ce”. S-au dus, au făcut, fără să avem noi treabă. Deci nu am simțit nici nevoia să ne amestecăm peste ei (reprezentant primărie, oraș).

În anumite județe, organizațiile pentru romi (Romani CRIS în principal) au fost menționate ca factor de susținere a mediatorilor sanitari în momentul descentralizării, prin vizite la primăriile care nu erau interesate de preluarea postului. Cu toate acestea, s-a înregistrat o scădere importantă a numărului

de mediatori sanitari. După descentralizare, un număr semnificativ de persoane au fost „respinse” la nivelul întregii țări – conform unor informații din teren, aproximativ **100** de mediatore nu au fost reîncadrate în organigramele primăriilor.

”Da, a fost o problemă cu descentralizarea în județul (...). Domnul primar din comuna (...), acolo fiind două mediatore sanitare pentru o că acolo era o comunitate mai mare de romi, le-a refuzat să le mai țină în continuare. Noi am fost și la prefectură, am semnalat, dar ce a urmat ne-a depășit pentru că efectiv nu aveam nici un mijloc prin care să putem să îl obligăm să aibă mediatore. Drept urmare cele două fete, care chiar erau bune pe ce făceau, au fost date afară.” (Reprezentant DSP).

Au apărut și alte riscuri odată cu trecerea mediatoarelor sanitare în responsabilitatea primăriilor: unele au fost amenințate cu înlocuirea, în ciuda experienței câștigate în profesarea meseriei în timp ce o parte din posturile lăsate vacante prin demisie sau ca urmare a indisponibilității temporare a lucrătoarelor (concedii natale) au fost desființate. Într-unul dintre județele selectate pentru studiile de caz, pe unul dintre cele zece posturi la nivelul județului a fost făcută o schimbare pe post, decidenții din primărie preferând altă persoană.

În plus, incertitudinea din etapa descentralizării a fost agravată și de întârzierile în transferul către primărie al sumelor de bani destinate salarizării mediatoarelor sanitare. De obicei, aprobarea bugetului de stat are loc la câteva luni după începutul anului, perioadă în care salariile au fost sistate în unele localități, ba chiar există și localități în care, ca urmare a întârzierii, s-a hotărât închiderea cărților de muncă, decizie care nu a mai putut să fie corectată ulterior, când finanțarea de la bugetul central a fost aprobată în cele din urmă (conform interviu fostă mediatore sanitară comună). Se poate considera că, în cazul discutat mai sus, nu a fost decât o decizie pripită dar care ar fi fost luată oricum la sfârșitul anului 2011, dacă, așa cum se preconizează, finanțarea de la bugetul central va fi sistată. În alte cazuri, așa cum spuneam, nu s-a luat decât decizia suspendării plății salariilor, mediatorii sanitari fiind activi pentru câteva luni fără a-și încasa remunerația.

Există și rezultate neașteptate ale descentralizării cum ar fi faptul că unele contracte au fost încheiate pe perioadă nedeterminată: 10 din 32 de mediatori sanitari au susținut acest lucru (situația a fost întâlnită și într-unul dintre studiile de caz realizate).

În mod paradoxal, datele de anchetă indică o percepție bună a reprezentanților autorităților locale asupra efectelor descentralizării, însă trebuie menționat că este vorba doar despre localitățile unde au fost menținuți mediatori sanitari, existând probabil și un efect de dezirabilitate al răspunsurilor mai degrabă optimiste. Doar 2 reprezentanți ai primăriei din 28 estimează că descentralizarea a condus la scăderea succesului programului de mediere sanitară, în timp ce restul respondenților apreciază că succesul programului a crescut (12 primării), a rămas la fel (7 primării) sau nu pot aprecia. Distribuția răspunsurilor a fost destul de asemănătoare și din punct de vedere al estimării șanselor ca programul să fie menținut, cu o ușoară creștere a pesimiștilor și a celor indeciși /nesiguri.

2.2. Relația mediatorilor sanitari cu actorii relevanți

În general, reprezentanții primăriilor consideră că mediatorele sanitare au în comunitate un rol distinct, cu alte cuvinte activitățile lor nu se suprapun deloc sau se suprapun doar într-o mică măsură cu cele îndeplinite de alți actori comunitari, precum medicul de familie și asistenta medicală, asistentul medical comunitar, asistentul social din primărie, consilierul local pe probleme de romi, liderul informal din localitate, mediatorul școlar sau reprezentanții DJSP (vezi Tabelul 5).

Un număr ceva mai ridicat de respondenți din primării estimează că apar suprapuneri mari sau foarte mari doar cu activitatea asistentei medicale comunitare, a mediatorului școlar și a liderului informal

din comunitatea de romi. Răspunsurile ar putea fi interpretate (cu excepția cazului asistentului medical comunitar, cu a cărei activitate apar într-adevăr suprapuneri din punct de vedere al activității, grupurile-țintă fiind însă diferite) ca reflectând percepția asupra mediatorului ca lucrător “pe teren”/în comunitate, munca ei suprapunându-se mai ales cu cea desfășurată de alți actori activi în același mod (mai degrabă decât cu activitatea consilierului pentru romi sau cea a asistentului social, de pildă, ultimii lucrând, în parte, de la birou).

Tabelul 5 În ce măsură considerați că activitățile mediatorului sanitar se suprapun cu ceea ce face...

	Deloc	În mică măsură	În mare măsură	În foarte mare măsură	Nu e cazul. Nu există în localitate	Total
Medicul de familie din localitate	12	6	8	1	0	27
Asistenta medicală a medicului de fam.	8	8	10	1	0	27
Asistentul medical comunitar	2	5	6	3	8	24
Asistentul social din primărie	10	8	7	3	0	28
Consilierul local pe probleme de romi	4	8	7	1	4	24
Liderul informal din comunitate	9	5	3	3	5	25
Mediatorul școlar	3	7	5	2	7	24
Reprezentanții DJSP	6	10	8	1	1	26

Sursa: Baza autorități locale

În momentul de față, în unele comunități de romi este activă o rețea de asistență socială extinsă, pe lângă lucrătorii deja menționați mai fiind importanți și asistenții sociali angajați în unele spitale. Tuturor acestor actori comunitari li se adaugă în anumite comunități reprezentanții unor ONG-uri cu programe derulate local. Nu este rară situația în care am constatat că lipsește orice strategie integrată la nivel localității prin care intervenția acestor actori să fie corelată, strategie care, în mod firesc, mai ales după descentralizare, ar trebui să fie elaborată la nivelul primăriei, respectiv al Direcției de Asistență Socială locale. În unele localități, mediatorul sanitar lucrează în echipă cu alți lucrători în comunitate, precum asistentul social din primărie, asistenta medicală comunitară sau consilierul /expertul pentru romi din cadrul primăriei.

Lipsește o strategie integrată pe plan local care să coordoneze intervenția lucrătorilor sociali și medicali în comunitățile de romi

Există cazuri în care, în condițiile numărului mare de comunități și/sau beneficiari, s-a luat decizia împărțirii ariei de intervenție între mediatorul sanitar și asistenta medicală comunitară, acestea alegându-și comunități diferite - dar această decizie a fost adoptată ca rezultat al colaborării interpersonale și nu a fost o decizie a structurilor coordonatoare. Atunci când este adoptat acest tip de aranjament (împărțirea localității), una dintre consecințe este că asistenta medicală comunitară acoperă și cazurile de romi în timp ce mediatorul sanitar abordează nu rareori și cazuri de persoane din altă etnie decât cea romă. Reversul medaliei constă uneori în faptul că lucrătoarele nu mai comunică suficient între ele, ceea ce ar putea să constituie un deficit în activitate în condițiile în care cazurile sunt foarte probabil adesea similare. Au fost menționate și cazuri în care mediatorul sanitar îndeplinește sarcinile “pe teren” ale actori comunitari.

”Săptămânal aveam...și mergeam de cele mai multe ori și eu pe teren că trebuia să ... fac ancheta socială, mergeau și ele cu mine, împreună mergeam toate trei cu asistenții comunitari și cu reprezentanți de la partida romilor...Toate aveam de cules date și de cunoscut cazuri, să vedem cum îl lucrăm.” (Asistent social, oraș)

"Asistentul medical comunitar se ocupă de restul populației, iar mediatorul sanitar rom se ocupă numai pe problemele romilor, numai populație roma. Dar în comunitățile în care nu există un număr suficient de mare de populație romă și nu are un mediator sanitar și are un asistent medical comunitar, asistentul medical comunitar face treabă și de mediator sanitar pe probleme de romi. Și invers, că sunt localități unde nu sunt asistenți medicali comunitari." (Asistent medical comunitar, oraș mare).

Referitor la relațiile instituționale ale mediatorilor sanitari cu alți actori din comunitate, o parte din răspunsuri reflectă mai degrabă percepția acestora decât aranjamentele instituționale prevăzute în contract/fișa postului. Astfel, mediatorii sanitari tind să perceapă ca fiindu-le ierarhic superioară numai conducerea primăriei, puțini dintre aceștia declarând că sunt coordonați de către medicul de familie sau reprezentantul DSP (Tabelul 6). Deși din punct de vedere formal este adevărat, este o situație interesantă având în vedere că rapoartele lor de activitate sunt direcționate în continuare preponderent către DSP și primesc avizul medicului de familie pe aceste rapoarte. Pentru 2 dintre mediatorii sanitari intervievați, asistentul social din primărie reprezintă un coordonator de activitate, fapt care reflectă probabil sarcinile cu caracter tot mai accentuat social primite în ultima perioadă, ca urmare a descentralizării. Aproape toți mediatorii sanitari declară că au relații de colaborare cu asistenta medicală a medicului de familie și cu asistentul social din primărie (ei, alături de medicul de familie, părănd par actorii cel mai relevanți pentru activitatea mediatorului).

Tabelul 6 Conform contractului de muncă, ce tip de relații sunt prevăzute cu...

	De subordonare	De colaborare	Nici un tip de relație	Nu știu	Total
Primarul localității	15	14	1	0	30
Viceprimarul localității	11	18	2	0	31
Asistentul social din primărie	2	30	0	0	32
Medicul de familie din localitate	4	28	0	0	32
Asistenta medicală a medicului de familie	1	31	0	0	32
Reprezentantul DSP	7	18	5	0	30
Medicii specialiști	1	20	5	5	31
Asistentul medical comunitar	0	17	1	13	31
Mediatorul școlar	0	17	2	13	32
Consilierul local pe probleme de romi	0	25	0	7	32
Altă persoană	0	8	1	1	10

Sursa: Baza mediatorii sanitari

Aproximativ 1 mediator social din 5 consideră că cel mai puțin corect le este apreciată activitatea de către conducerea primăriei, asistentul social din primărie și reprezentanții DSP. Alegerea primelor două variante de răspuns (conducerea primăriei și asistentul social) reflectă dificultățile înregistrate prin descentralizare în anumite localități - specificul muncii de mediator sanitar nu este încă transparent complet tocmai pentru reprezentanții primăriilor /direcțiilor de asistență socială. Faptul că 1 mediator sanitar din 5 consideră că reprezentanții DSP nu le înțeleg corect munca este mai dificil de interpretat, având în vedere că este vorba despre reprezentanții instituției care au transformat în politică publică acest program și care îl monitorizează mai atent (conform informațiilor culese). În localitățile unde au fost acordate scoruri mai mici privind gradul de înțelegere a muncii mediatorului sanitar de către primărie, în general au fost acordate note mai scăzute și pentru înțelegerea activității mediatorului sanitar de către alți actori.

În percepția mediatorilor sanitari, specificul activității proprii ar fi cel mai bine înțeles de către medicul de familie, persoanele de etnie romă și mediatorul școlar (maxim 3 mediatori sanitari din 30 au ales variantele “deloc” sau “în mică măsură” în cazul acestora).

Tabelul 7 În ce măsură credeți că vă este apreciată munca în mod corect de către...

	Deloc	Mică măsură	Mare măsură	Foarte mare măsură	Nu e cazul - nu există	Total
Conducerea primăriei	2	4	17	8	0	31
Medicul de familie din localitate	1	2	17	12	0	32
Asistenta medicală a medicului de fam.	0	4	16	10	0	30
Asistentul medical comunitar	1	1	0	13	13	28
Asistentul social din primărie	2	4	11	13	0	30
Consilierul local pe probleme de romi	0	4	9	10	7	30
Liderul informal din comunitate	3	1	7	14	5	30
Persoanele de etnie roma în general	0	2	14	13	0	29
Mediatorul școlar	1	0	7	7	14	29
Reprezentanții DSP	3	3	12	10	0	28

Întrebați cât de frecvent interacționează cu aceiași actori instituționali, un număr ridicat de mediatori sanitari declară că se întâlnesc zilnic sau în cel mai rău caz săptămânal cu medicul de familie și asistenta acestuia (situație de altfel previzibilă), dar și cu conducerea primăriei. Întâlnirile cu reprezentanții DSP sunt lunare după cum reiese atât din interviuri cât și din anchetă (18 mediatori sanitari au ales această variantă de răspuns) sau uneori trimestriale. Cumulând răspunsurile la cele două întrebări, privind înțelegerea adecvată a muncii de mediator sanitar și frecvența întâlnirilor, rezultă că medicul de familie este actorul cel mai interesat și cel mai apropiat de activitatea de mediator sanitar (și care are la îndemână și mijloacele de înțelegere a utilității muncii mediatorului sanitar).

Caseta 1 Relațiile cu autoritățile locale și județene sintetizate de operatorii de teren în cadrul studiilor de caz

Localitatea 1, urban

- ✓ *Medicul de familie: interacționează des, poate chiar zilnic, aduce beneficiari la cabinet, fie că sunt bolnavi fie pentru înscriere.*
- ✓ *Asistenta medicală a medicului de familie: relație de prietenie, nicidecum subordonare.*
- ✓ *Asistentul social din primărie: nu are o relație deosebită, consideră că a preluat o parte din atribuțiile de teren ale AS. Se suprapun evident atribuțiile în ultima perioadă.*
- ✓ *Consilierul rom: relații bune de colaborare dar și de subordonare uneori. Se suprapun atribuțiile cand face lucruri nestipulate de fișa postului dar solicitate de acesta.*
- ✓ *Asistent medical comunitar: de colaborare, practic merg impreuna pe teren; este si persoana în care are cea mai mare încredere.*
- ✓ *Mediator școlar: nu interacționează.*

Localitatea 2, urban

Mediatoarea sanitară are o fișă a postului și nu există activități pe care le desfășoară și care nu sunt prevăzute în ea. Sunt prevăzute doar relații funcționale în cadrul DSP, nu și în cadrul primăriei; nu este superiorul niciunui alt angajat; relații de colaborare cu asistentul social și consilierul pe probleme ale romilor, subordonare față de directorul DAS, coordonată de medicul de familie.

În urma cercetării calitative, pot fi diferențiate trei tipuri de relații cu medicii de familie:

- ✓ De colaborare - în acest caz mediatorul sanitar trece pe la cabinet zilnic sau aproape zilnic, activitățile lui fiind strâns legate de cele ale medicului.
- ✓ De tolerare reciprocă: *“Păi, nici nu ne încurca, nici nu ne ajuta. Adică poate să zic că ne ajuta la modul la care îi mai bătea la cap să se țină de treabă, să se îngrijească, asta era toată treaba”* (medic de familie, comună).
- ✓ De respingere, conform ideii că mediatorul sanitar nu face decât să încurce activitatea medicului de familie.

În ceea ce privește ultima situație, deși mai rar întâlnită, trebuie spus că există în continuare medici ce nu văd utilitatea programului de mediere sanitară. De exemplu, un medic de familie care se ocupă de principalele 3 comunități de romi dintr-o localitate urbană care a avut mediator sanitar se întreabă într-un interviu *“dar de ce am eu nevoie de mediator sanitar?”* În continuare, acesta specifică faptul că el se descurcă și singur cu pacienții de etnie romă *„dar ce, nu sunt și ei pacienți ca oricare alții?”* Acest medic declară că îi *„ține în frâu”* pe romi, că i-a obișnuit să vină la consultații în mod regulat (cu toate acestea, interviurile în aceeași comunitate indică o situație diferită, mulți dintre romi nu sunt înscriși la medic de familie, iar dintre cei care sunt înscriși mulți nu se prezintă deloc la cabinet, alții doar foarte rar, printre ei și cei înscriși la acest doctor; deasemenea, se duc mai degrabă la urgențe decât să viziteze medicul de familie). Totuși, reticența unora dintre medici se bazează și pe lipsa unor activități sistematice și susținute ale mediatoarelor sanitare (vizite sistematice, mobilizarea persoanelor gravide sau a mamelor pentru vaccinuri etc.) deși declară că le realizează.

“Nu prea mă ajută, sincer. Da, vine și-mi spune, c-o luat în evidența o gravidă, s-a dus și i-a făcut măsurătoare în fiecare lună. Vine și raportează, care e pacientul meu, și eu nu știu. Îmi spune: “Am fost la pacienta X, care este gravidă. Am luat-o în evidență. Am trimis-o la dumeavoastră, să-i dați trimitere. Da!Ok!” Eu am mutat-o. Da’o venit?! N-o venit.” (medic de familie, oraș cu mediatore sanitare).

Un alt actor important, la care au făcut referire mai mulți mediiatori sanitari intervievați este, se pare, Direcția de Asistență Socială din cadrul spitalelor.

Eu, cel mai bine, cel mai bine, lucrez cu Serviciul de Asistență Socială din cadrul spitalului, adică asistență socială și pentru adulți și pentru copii și mai lucrez cu Serviciul de Urgență, dacă apar probleme, sus pe Pediatrie lucrăm foarte bine, chiar și cu medicii din Pediatrie, acolo unde există, chiar dumnealor mă cheamă, cu, eu știu, cu Ginecologia, acolo unde intervine o femeie care nu are niciun fel de venit, care este amărâtă, și dimineața, când vin, de exemplu, la servici, mă solicită și îmi spune că: „Uitați, a venit azi-noapte” și mă duc și o consiliesc, văd care sunt problemele ei, că de fapt și de drept, asta e serviciul nostru, dimineața, când venim, urcăm pe secție, când sunt în spital, da? Dacă sunt pe teren, mă solicită (Mediator sanitar, oraș mare).

A fost identificată o anumită lipsă de comunicare între DSP și primării - reprezentanții DSP nu știu motivele pentru care în unele primării nu mai există mediiatori sanitari, iar uneori activitatea DSP se rezumă la contabilizarea primăriilor în care s-au păstrat aceste posturi. Reprezentanții DSP au o atitudine ambiguă față de program, uneori fiind evidentă tendința lor de a se delimita de orice responsabilitate cu privire la program. Totuși, există și județe în care DSP continuă să monitorizeze, chiar dacă nu la fel de susținut ca înainte, activitatea rețelei de mediiatori sanitari. Una dintre explicații apare și din fluctuația ridicată a coordonatorilor DSP (și implicit a neînțelegerii programului și a necunoașterii istoriei locale/a persoanelor ce au lucrat în program) - într-unul dintre județele

vizate, de exemplu, coordonatorii DSP pentru mediatoarele sanitare au fost schimbați de cinci ori în ultimii doi ani de zile.

”Deci, noi suntem îndrumători metodologici, dacă au vreo problemă, din punct de vedere al organizării sanitare, din punct de vedere al fișei postului, că nu-și pot îndeplini atribuțiile, dintr-un anumit motiv sau altul, vin la noi, în speță, la mine, la DSP, vin, de exemplu, să le contrasemnez pontajele. Dar cei care răspund de ei în mod direct, sunt exclusiv primăriile. Este angajatorul. Dacă primăria este acum angajatorul, numai primăria se ocupă.” (coordonator DSP).

Doar 13 din 32 de mediatoare sanitare au auzit de Centrele Regionale de Susținere a Mediatoarelor Sanitare (organisme regionale care au responsabilitatea susținerii și monitorizării activității mediatorului sanitar), 12 dintre acestea fiind și contactate cel puțin o dată până în prezent. Motivele contactării au fost: informarea privind activitățile mediatorilor sanitari, monitorizarea activității, vizite în comunitate, intermedierea unor probleme cu primăria și contractual mediatorului sanitar în cadrul acestora.

”Păi, în primul rând aceste centre s-au ocupat și de pregătirea continuă, adică atât cât au activat. Anul acesta nu au mai activat centrele regionale, dar până anul trecut inclusiv au fost organizate; mai puțin anul 2010 (centrele regionale). Au asigurat și o formare continuă atât cât au permis resursele; au asigurat o formare continuă. Plus că practic s-a asigurat o relație, de fapt această relație de coordonare se realiza prin vizite la fața locului (...) simțeau și ei că mai au un sprijin în plus față de ce mai aveau sau nu mai aveau o parte din ei.” (Mediatoare sanitară)

Este important de observat și modul în care mediatoarele sanitare comunică între ele, mai ales de când ședințele în cadrul DSP la nivel județean sunt mai rare sau în unele județe nici nu mai au loc. Totuși, această experiență trecută de discuție în comun a problemelor întâmpinate a marcat activitatea mediatoarelor sanitare, astfel încât și în prezent acestea se contactează, mai ales informal. Interacțiunea este probabil și rezultatul incertitudinilor cu privire la viitorul programului, ce cresc gradul de solidaritate între lucrătoare. Nu arareori în cadrul discuțiilor purtate în cadrul acestei cercetări, mediatoarele sanitare au făcut referire la situația altor colege din localități din cadrul județului sau chiar din alte județe.

2.3. Monitorizarea și evaluarea activității mediatoarelor sanitare

Doar 18 din 28 de *responsabili din cadrul primăriilor* au declarat că este prevăzută în contractul mediatoarei sanitare obligația de a raporta rezultatele muncii lor. Mediatoarele, din cunoștințele acestora, prezintă rapoarte de activitate în principal către primărie și DSP dar uneori și către medicul de familie (5 mențiuni). În schimb, mediatoarele sanitare afirmă că în contractele de muncă este stipulată obligația de a prezenta regulat rapoarte de activitate (22 din 32 au afirmat că există această prevedere, alte 5 neștiind dacă este adevărat sau nu). Situația tipică este aceea în care rapoartele de activitate sunt prezentate lunar (23 din 32 de mediatori), dar o mică parte dintre lucrătoarele române alcătuiesc rapoarte mai rar, existând chiar 3 care nu fac acest lucru deloc. Destinatarul rapoartelor de activitate este mai ales DSP (19 mediatoare sanitare au afirmat acest lucru – rezultat ușor diferit față de cele declarate de către reprezentanții primăriilor) dar și primăria (10 cazuri).⁶ Din păcate însă aceste rapoarte rămân doar o formalitate, în condițiile în care mediatoarele sanitare primesc rar feed-back pe conținutul lor. În câteva cazuri există un răspuns de tipul “am luat la cunoștință”, important și acesta (asigură vizibilitatea muncii mediatoarelor la nivelul conducerii primăriei) dar nu și suficient; doar foarte rar apar în teritoriu discuții pe conținutul activităților.

⁶ Întrebarea nu a fost formatată adecvat astfel încât să permită răspuns multiplu, din analiza interviurilor reieșind că rapoartele lunare sunt trimise în general atât către DSP cât și către primărie.

Interviurile au indicat, din nou, situații foarte diferite în teritoriu. Astfel, există totuși primării care cer rapoarte de activitate săptămânal, dar acestea sunt mai degrabă excepțiile. În alte localități, primăria nu cere niciun fel de dovadă privind activitatea mediatorilor sanitari, acestea fiind monitorizate în continuare doar de către DSP, cu condiția ca această instituție să își fi menținut interesul privind activitatea lor și după descentralizare. În mod obișnuit, raportarea către DSP se face lunar dar în unele județe și la 3 luni.

Serviciul ăsta, de asistență medicală comunitară, este, pur și simplu, lăsat de paragină. Deci noi avem, practic, acum, de curând, am aflat că noi avem un sub-coordonator, de fapt, coordonator medical, dar eu nu pot să spun că am, pentru că nu îmi cere raportul, eu vorbesc din punctul meu de vedere, ca mediator, eu da, domnule, muncesc în fiecare zi, am un caiet de activitate, îmi fac munca așa cum am învățat-o, dar nu vine nimeni să-mi ceară și mie...(..) nu am în primul rând un telefon, nu am un fax, nu am ceva cu care să pot să dau și nimeni nu vine să-mi spună „Azi câte cazuri ai avut?” Deci, până să fim preluate, aveam un coordonator medical, care ne întâlneam cu fetele din județ o dată pe lună, ne întâlneam, discutam cazurile, acum nu avem pe nimeni. De ce, pentru că am fost la viceprimar, că cu dânsul vorbim, cu domnul (...) și mi-a spus clar că în cadrul primăriei (...), de fapt, încă nu funcționează acel departament din Asistență Socială care se numește Departamentul de Asistență Socio-Medicală. Și că se va înființa și când se va înființa, o să vedem...”(Mediator sanitar, Oraș mare)

”Nu știu, eu cred că în primul rând, ar trebui coordonarea medicală să fie într-adevăr din cadrul DSP, una la mână, pentru că dânsii au lucrat cu noi, să avem un coordonator medical, iar baza de date, deci să conțină nume, prenume, observații, deci să avem o fișă, pentru că eu, cât timp a fost domnul doctor coordonator, eu, împreună cu dumnealui, am lucrat la un raport de activitate pe care noi nu-l prezentam nicăieri, deci nu pentru Minister, doar pentru noi și avem acolo toate datele, cu tot felul de...luat din manualul mediatorului sanitar și lucrat puțin la el și așa știam o evidență clară. Și așa transmisesem și la ședință fetelor și fiecare fată știa clar că au intrat în comunitate atâtea persoane, prin naștere sau prin venire a persoanelor. Deci, în luna respectivă a înscris atâtea oameni la medicul de familie, a lucrat cu Direcția pentru Protecția Copilului și a pus ștampila, a lucrat cu Direcția de Asistență Socială și a pus ștampila, a lucrat cu școala, a lucrat cu... Deci vreau să vă zic că acolo era o bază de date foarte clară, în care știam toate, dar era numai pentru noi, nu se transmitea această machetă la București.” (Mediatoare sanitară, oraș mare).

Aproape o treime din respondenții din cadrul primăriilor declară că mediatorii sanitari au fost evaluați cel puțin o dată, prin aceasta înțelegând o analiză a activității lor mai serioasă decât simpla lectură a rapoartelor de activitate periodice. În funcție de modul în care sunt încadrați mediatorii sanitari, această evaluare ar fi avut loc în cadrul primăriei sau a Direcției de Asistență Socială (un respondent a declarat că această evaluare ar fi făcut-o DSP). Atunci când au fost rugați să indice criteriile de performanță care au stat la baza evaluării, reprezentanții autorităților locale nu au oferit însă răspunsuri convingătoare: profesionalismul, participarea efectivă la activități, cantitatea și calitatea sarcinilor au fost răspunsurile tipice, nefiind oferit niciun alt indiciu privind modul în care a fost evaluată eficacitatea muncii mediatorilor sanitari. La fel ca și în cazul primăriilor, există și câteva mediatoare sanitare (9 din 32) care pretind că a existat o evaluare mai serioasă a activității desfășurate de-a lungul timpului (fapt necoroborat însă cu informațiile obținute din interviuri). Cel mai adesea, conducerea primăriei ar fi întreprins această evaluare (în 5 din cele 9 cazuri), în celelalte cazuri fiind

Nu există și nu au existat criterii de performanță pentru evaluarea muncii mediatorilor sanitare; după preluarea de către primării, activitatea de raportare a devenit un aspect prea puțin important al muncii mediatorilor

vorba despre medicul de familie sau de DSP. Criteriile menționate sunt însă fie chiar activități ale mediatorului sanitar (așadar nu indicatori de performanță), fie calități vagi /dificil de evaluat (precum punctualitatea, corectitudinea efectuării activităților sau încrederea) - așadar este dificil de vorbit despre o evaluare a activității în adevăratul sens al cuvântului. Consecința tuturor evaluărilor a fost cea de "apreciere a activității mediatorilor sanitari" (fapt ce nu poate avea ca efect îmbunătățirea performanței acestora). În plus, nici contractele și nici fișele posturilor nu specifică indicatori de performanță în funcție de care să fie evaluată în mod obiectiv activitatea mediatorilor sanitari.

"N-au indicatori, cum să vă spun, o comunitate de x oameni, depistează luna asta 3 gravide, sau 8 gravide, sau 5 gravide. Dar zic, ideea este că după rapoartele pe care ele mi le dau lunar, se vede că își fac treaba în comunitatea respectivă..."(Reprezentant DSP)

2.4. Atribuțiile mediatorilor sanitari

Mediatorii sanitari au fost rugați să ofere o estimare privind numărul total de persoane din zonele proprii de intervenție (și numărul de persoane din categorii cărora le este adresată prioritar intervenția lor, precum gravidele sau copiii sub 1 an) – estimare ușor de oferit în principiu, având în vedere că prima etapă a acțiunii constă în "catagrafierea" comunității.

Observăm astfel, că mediatorii sanitari acoperă în medie 3 zone de romi. Există mediatorii sanitari care se ocupă de mai multe localități și altele care au în răspundere un număr mare de zone de romi (în mai multe localități sau într-una singură). Astfel, 4 mediatorii sanitari din 32 intervin în două localități și alte două intervin în 3 localități (în cazul lor se adaugă costurile de timp și de resurse pentru deplasarea între localități – 2 dintre aceste persoane cu sarcini în mai multe localități activează în mediul urban, așadar nu în sate apropiate). În același timp, 9 din 32 de mediatorii sanitari intervin în cel puțin 4 comunități (unii declară că intervenția lor are loc și în 10 comunități). Aceste cifre sunt cu siguranță expresia nevoii locale pentru serviciile oferite, însă ridică semne de întrebare cu privire la promptitudinea intervenției lor și capacitatea de supraveghere a comunităților.

"Deci, am 3 comunități de romi din Municipiul (...), am peste 2000 și ceva de persoane pe care le am în îngrijire, le deserveșc, dar fiind singură 3 ani de zile, trebuia să merg și în județ, că neavând alți mediatorii..."

Deci mergeți și în afara orașului, unde nu existau mediatorii?

Sigur că da, mergeam și în afara orașului, unde existau probleme și medicii și DSP solicitau acest lucru la cererea pacienților." (Mediator sanitară, oraș mare).

"Păi, noi dacă am fost 2 mediatorii pe (...), la un moment dat, fiind 2, am zis să ne împărțim oarecum zona. Că, atunci când trebuia să predăm o activitate noi aveam... un exemplu și acolo scria: ce comunitate deservești? Da, comunitatea (...), dar ce zone mai exact? Cum ne-am împărțit-o noi în două mediatorii, ele ar fi fost vreo 7. La un moment dat au ieșit 7 că s-a mai făcut un cartier, Deal 2, și ar fi ieșit 7. Dar ele erau 6. Deci 3 aveam eu, 3 colega mea. Deci în proiect, pentru fiecare mediatorii, erau 500-750 de beneficiari. Dar, fiind la noi mai mulți, eu aveam... prima dată 1200, cred că între timp am ajuns la 1400." (Fostă mediator sanitară, oraș mare).

După cum am văzut deja (vezi secțiunea privind relațiile mediatorilor sanitari cu alți actori, unde este descris modul în care și-au "împărțit" localitatea o mediatorii sanitară și asistenta medicală comunitară și citatul de mai sus, în cazul unei localități cu mai multe mediatorii), uneori comunitățile din același oraș sunt alocate lucrătoarelor diferite. În cazul altei localități cuprinse în studiu, mai multe mediatorii sanitară active intervin în comunitățile respective prin rotație, în principiu fiind acoperite toate zonele problematice din oraș.

Suprasolicitarea mediatorilor sanitaro este vizibilă și prin analiza numărului de beneficiari, mai bine de 1400 de romi în medie (1421). Este important de accentuat faptul că intervenția mediatorilor – după cum reiese din interviuri - nu se rezumă la romi ci este extinsă și la persoanele de etnie română din zonele de romi. Uneori, sunt “preluate” cazuri din afara zonelor pentru care mediatoarea sanitară este oficial responsabil (aşadar, numărul de persoane ar putea fi ceva mai ridicat decât estimările strânse prin această anchetă).

Un număr important de mediatoare sanitare acoperă mai multe comunități, uneori din localități diferite și au în evidență un număr foarte ridicat de beneficiari potențiali. Analiza cazurilor din ultima lună indică totuși un număr rezonabil de beneficiari.

Totuși, dacă analizăm și numărul de cazuri abordate în ultima lună, activitatea mediatorilor sanitaro nu mai pare la fel de aglomerată (vezi Tabelul 8); nu este clar însă câți beneficiari potențiali au rămas neadresați în același interval de timp. Modul în care își desfășoară mediatoarele sanitare activitatea denotă o anumită flexibilitate în alegerea cazurilor, ce ține până la un punct de specificul muncii acestora dar reflectă și lipsa unei coordonări adecvate – a unei planificări riguroase, pe de o parte, și a monitorizării și evaluării, pe de altă parte.

“Activitățile mediatorilor sanitaro nu s-au schimbat în mod esențial și totuși, datorită experienței căpătate, există și oarecare flexibilitate în a răspunde la solicitările medicilor, știți? Adică eu nu am auzit niciun mediator să spună „eu fac numai mobilizare la vaccin” sau „eu găsesc numai gravide neînregistrate”, chestii d-astea. Nu. Dacă medicul de familie are o acțiune, să zic, și solicită ajutorul mediatorului, acela a răspuns.” (Reprezentant DSP)

Tabelul 8 În ultima lună ați desfășurat aceste activități? și pentru câte persoane?

	Da	Nu	Total respondenți	Numărul de beneficiari în ultima lună	
				Medie	Mediană
Catagrafierea gravidelor	29	3	32	9	6
Catagrafierea lehzuzelor	26	5	31	10	3
Catagrafierea copiilor sub un an	27	4	31	19	19
Catagrafierea nou-născuților	14	1	15	7	4
Facilitatea obținerii de acte - buletine - certificate de naștere	17	14	31	15	4
Facilitarea obținerii de ajutor social	19	12	31	42	7
Facilitarea înscrierii pe listele medicului de familie	24	8	32	16	4
Facilitarea vaccinării copiilor	31	0	31	23	14
Vizite in scoli - triaj în școli după vacante	22	10	32	67	28
Consiliere pentru sarcină	28	3	31	13	3
Consiliere pentru alăptare	26	5	31	10	5
Consiliere pentru îngrijirea sugarului	28	3	31	12	4

Cu o singură excepție, toți mediatorii sanitaro chestionați au o fișă a postului și consideră că pot să îndeplinească sarcinile prevăzute în această fișă. Pe de altă parte, mediatoarele desfășoară și activități care nu sunt prevăzute în fișa postului – (12 persoane au menționat această situație). Aceste activități nementionate în fișa a postului au legătură cel mai adesea cu activitatea Direcției de Asistență Socială, pentru anchete sociale sau pentru sprijin în alcătuirea dosarului necesar evaluării

În destul de multe localități, mediatoarele sanitare desfășoară și activități nespecifice postului.

eligibilității pentru anumite ajutoare (alocație pentru susținere, ajutor social, indemnizație pentru creșterea copilului, ajutor pentru încălzire, alocație de susținere pentru familiile cu mulți copii). Teoretic, mediatorul este destinat să îndrume aceste persoane către serviciile de specialitate de asistență socială, dar implicarea lor pare să presupună mai mult decât atât (anchete sociale, alcătuirea dosarelor). În ultima lună, în medie mediatoarele sanitare au facilitat obținerea de ajutor social pentru 42 de persoane, numărul de beneficiari per activitate fiind mai ridicat doar în cazul activității de triaj în școli după vacanțe, activitate de care în ultima lună au beneficiat în medie 67 de copii (vezi Tabelul 8). Se poate considera că prin contribuția mediatoarelor se atinge probabil o focalizare mai bună a acestor transferuri sociale administrate de DAS, însă aceste activități reprezintă într-o bună măsură și o deturnare a scopului activității lor. Alte activități nespecifice fișei postului menționate în sondaj au fost: informații de la primărie pentru comunitate, sesizări la poliție, consilierea persoanelor abuzate, sprijin acordat pentru obținerea unui cămin etc.. Conform interviurilor, mediatoarele sanitare au derulat, fără ca acest lucru să fie formalizat în acte, multe activități care nu au legătura cu fișa postului (exemple: anchete sociale, împărțire de alimente, poștaș, firmă de curierat, magazioneră, descărcare materiale).

"Inclusiv acolo unde au fost de dat faină și zahăr au mers săracele. Au fost niște oameni care niciodată n-au zis „nu” la o sarcină.(..) Am avut situații... dar vedeți dumneavoastră ce înseamnă... aveam pe cine să trimit. Am avut... noi avem mereu bolnavi care sunt „uitați” de aparținători în unitățile spitalicești. Fetele astea se duceau, până acolo ajungeau încât igienizau bolnavul care era abandonat chiar de cadrele medicale, dacă stăteau mai multe... De exemplu am avut unul... multe cazuri sociale, dar sunt vreo 2 pe care mi le reamintesc acum, în secțiile astea de cronici, de TBC, mai sunt bolnavi uitați în mod intenționat de familii.” (Director Direcția de Asistență Socială, oraș în care nu mai sunt mediatoare sanitare).

"Am mai vorbit cu colege și am înțeles că la un moment dat nici nu mai faceau activitate de teren, erau la un moment imobilizate la birou și făceau dosare de ajutor social, când era perioada de iarnă.” (Fostă mediatoare sanitară comună)

Deși asistentul social ar trebui să facă ancheta socială, unele primării însărcinează mediatoare sanitară cu această atribuție, ceea ce duce uneori la apariția unor probleme: mediatoarele sanitare nu au pregătire specifică, uneori apar conflicte în comunitate legate de acordarea ajutoarelor, fapt care diminuează inclusiv credibilitatea mediatorului la nivelul comunității (conform unei foste mediator social, oraș mare). Opinia interviuatelor este că mediatoarele sanitare nu pot să își impună singure drepturile în cadrul primăriilor care le pretind să performeze sarcini nespecifice, deoarece „nu știu să se impună, tremură de frică în fața autorităților”, „nu au un vocabular format” – în loc să facă ce este stipulat că trebuie să facă în fișa postului, acestea se lasă „convinse” să facă diferite „favoruri” celor din primărie – o interviuată povestește cum a găsit o mediatoare sanitară într-o localitate spălându-i covorul primarului (fostă mediatoare, oraș mare). În aceste cazuri, este mai probabil vorba despre vulnerabilitatea mediatorilor în fața unor persoane ierarhic superioare, mai ales în contextul nesiguranței privind viitorul lor în primărie.

Activitățile de care se ocupă cel mai frecvent mediatoarele sanitare, dacă ținem cont de numărul de persoane care au declarat că au făcut aceste lucruri în ultima lună, sunt de facilitare a vaccinării (activitate menționată de cei mai mulți respondenți), catagrafierea gravidelor, catagrafierea lehzurilor, consiliere pentru sarcină, consiliere pentru îngrijirea sugarului, consiliere pentru alăptare. Printre cele mai importante activități pe care le desfășoară mediatoarele după estimările proprii (respondenții au fost rugați să indice 3 opțiuni), se află informarea privind vaccinarea precum și depistarea și consilierea gravidelor. Similar, și din interviurile cu mediatoarele sanitare este vizibil

accentul pus pe campania de vaccinări și pe supravegherea sarcinilor; perioadele de vârf sunt cele în care se desfășoară campaniile de vaccinări (în afara acestor perioade nu au fost identificate de către respondenți intervale supraaglomerate sau din contră cu lipsă de activitate⁷).

”Și erau cazuri care... trebuiau... asta erau cele mai urgente și care accentuam foarte mult pe ele. Cu vaccinarea...țineam foarte mult cont. Dacă au mers. Bineînțeles, noi tot timpul mergeam la medicul de familie și... dacă ei ne spuneau că din zonă nu a venit persoana X sau copilul, noi ne mai duceam, mai băteam o data la poarta... sau în cel mai rău caz mergeam de mână.” (Mediatoare sanitară comună)

O altă activitate menționată frecvent (chiar dacă nu la fel de frecvent ca primele două) este cea de facilitare a înscrierii la medicul de familie (este posibil ca această problemă să nu mai fie deja atât de răspândită). Alte activități menționate recurent (de mai mulți mediatori sanitari) printre priorități sunt supravegherea copilului nou-născut, asigurarea igienei, accesul la instituții și servicii de sănătate, asigurarea anumitor drepturi sociale (beneficii financiare), depistarea TBC și a altor boli cronice.

Nu există un calendar al activităților, mediatoarea sanitară lucrează după un program variabil care este influențat de cazurile care apar pe teren, de programările pentru vaccinare, de campaniile de sănătate în cazul în care acestea din urmă se află în desfășurare. În toate interviurile, actorii din comunitate accentuează că mediatorul este uneori singurul lucrător care face realmente drumuri la locuințele beneficiarilor, reprezentanții altor instituții neavând adesea timp pentru aceste deplasări, chiar dacă obligația în acest sens este specificată în fișa postului (au fost citate exemplele unor asistenți sociali din cadrul primăriei și ale unor medici de familie /asistente sociale supraîncărcate cu muncă de birou).

”Natașa (asistenta medicală a medicului de familie) nu prea poate să stea pe teren foarte mult, pentru că eu mai am și altele. Mai fac și o specializare, și chiar nu poate să-și permită să facă teren foarte mult. Și atunci, cam trebuie să stea locului. Și, deci, un intermediar ne-ar trebui. Vezi? Și dacă te duci să faci terenul, înseamnă foarte mult, pentru că e foarte greu.” (Medic de familie, oraș)

”În general, asistentul social din cadrul primăriilor nu se prea deplasează în teritoriu, nu face teren, iar dacă asistentul medical comunitar sau mediatorul au într-un sat dintr-o anumită comună de văzut o graviduță, un nou-născut (nou-născutul trebuie văzut în 24 de ore, cel târziu 48 de ore de la externare, de când vine acasă din maternitate, e necesar să te duci, chiar dacă ai un singur caz), iar dacă asistentul social zice că avea și el de făcut 3 anchete la X, Y, Z, trebuie să te duci să i le faci, nu? Sau te poate trimite chiar primarul.” (asistentă medicală comunitar, oraș mare)

În stabilirea priorităților de acțiune ale mediatoarei sanitare, conform datelor de anchetă, se pare că un rol esențial îl are medicul de familie (23 din 32 de lucrători declară că și-au prioritarizat intervenția împreună cu acesta). În destul de multe cazuri, asistentul social (11 cazuri) și asistenta medicală comunitară (6 mențiuni, fără ca această variantă să figureze între opțiunile de răspuns inițiale, așadar introdusă ulterior de către mediatoarele sanitare care au răspuns la această întrebare) au un cuvânt de spus în privința priorităților. Factorii de decizie, în primul rând conducerea primăriei dar și reprezentantul DJSP, decid mai rar prioritățile de intervenție (în câteva cazuri).

⁷ De altfel, cei mai mulți respondenți chestionați (27 din 31) nu consideră că ar fi necesară o reducere a numărului de sarcini (în general, nu doar cele prevăzute în fișa postului).

2.5. Nevoile de instruire

Cei mai mulți factori decizionali din primărie (19 din 27) sunt de părere că mediatoarele sanitare erau bine pregătite în perioada începerii activității pentru a-și desfășura munca în comunitate. Această declarație trebuie însă interpretată cu precauție având în vedere gradul scăzut de cunoaștere de către reprezentanții primăriei a rolului și activităților mediatoarelor, după cum reiese din cercetarea calitativă⁸ sau chiar din datele de anchetă: aproximativ jumătate dintre factorii decizionali locali (19 din 29, alți 4 refuzând să răspundă) declară că nu s-au întâlnit niciodată sau de puține ori (maxim 4 întâlniri) cu mediatoarele pentru a discuta probleme din aria acestora de responsabilitate.

”Era foarte bine pregătită pe partea de mediere, mie așa mi s-a părut. Pe partea medicală mai deloc, dar pe partea de mediere erau suficiente cunoștințele pe care le-a primit la acele cursuri. Dacă ar avea și cunoștințe medicale ar fi și mai bine.” (medic de familie, comună).

Cele mai multe mediatoare nu au lucrat înainte de a ocupa această poziție sau au avut un statut ocupațional vulnerabil: din 32, 19 erau casnice (cele mai multe), șomere, lucrătoare pe cont propriu în agricultură sau salariate fără carte de muncă. Chiar dacă vârsta medie este apropiată de 40 de ani, cele mai multe dintre lucrătoare aveau înainte de angajare puțină experiență pe piața formală a muncii: 23 din 32 aveau maxim 5 ani de experiență pe cartea de muncă. Angajarea acestor persoane poate fi contabilizată ca un impact pozitiv direct al programului.

Una dintre premisele programului a fost, pe lângă celelalte cerințe, angajarea unor persoane cu un nivel cât mai ridicat de educație. Alte criterii, precum apartenența la comunitate și disponibilitatea pentru acest post, au dus însă la relativizare cerinței privind capitalul educațional ridicat. 7 mediatoare din 32 au absolvit cel mult școala gimnazială, și doar 4 mediatoare sanitare au absolvit o altă formă de școlarizare după terminarea liceului.

În momentul angajării, 14 mediatoare sanitare știau limba romani la un nivel mediu, restul puțin sau deloc (până la 32). După derularea activităților în comunitate, numărul de cunoscători ai limbii la un nivel cel puțin mediu a crescut la 17. Dealtfel, situația este împărțită chiar la nivelul comunităților în care activează mediatoarelor, în 13 dintre acestea vorbindu-se majoritar limba romani, în 12 română și în alte 5 maghiară.

Percepția cu privire la cursurile de formare inițială este că au fost organizate de Romani CRISS dar câteva mediatoare declară că acestea au fost făcute de către Ministerul Sănătății sau DSP. Aceste cursuri sunt evaluate de către lucrătoare ca fiind utile, informația transmisă fiind folosită în cursul activității în totalitate sau în mare parte. Câteva sugestii privind informațiile suplimentare care ar fi fost util să fie transmise s-au referit la “cursuri de prim ajutor”, “informații privind protecția copilului” și informații privind relațiile instituționale în comunitate, preocupări relevante pentru activitatea mediatoarelor sanitare.

În ciuda pregătirii considerate ca adecvate, mediatorii sanitari consideră că șocul intrării în comunitate a fost unul puternic pentru ei, întâmpinând dificultăți în atragerea încrederii beneficiarilor (situație relevantă tocmai privind utilitatea unui asemenea demers în comunitățile de romi.

”Bine, a fost un pic mai greu la început, chiar și mie mi-a fost un pic greu, chiar dacă eram de aici și îi cunoscteam. Fiind prima dată când faci așa ceva, vă dați seama, noi de abia terminasem cursurile și am ieșit pe teren. Învățasem destul de multe la cursuri, au fost bune. Dar tot ai un pic de greutate

⁸ Un reprezentant al primăriei a declarat că înainte de a fi preluat de către mediatorul sanitar, mediatorul sanitar lucra în cadrul Direcției de Asistență Socială a Consiliului Județean

când ieși prima dată pe teren. Dar ulterior au mers bine lucrurile și oamenii au început, unii dintre ei, să înțeleagă despre ce e vorba, cum îi pot ajuta eu și toate cele.” (Mediatoare sanitară, comună)

”Probleme la început au fost, adică ei nu știau despre ce-i vorba, trebuia explicat... Sau dacă te duceai la ei, de exemplu, spuneau că de ce am venit, că vrem să le luam copiii... mă rog, bănuiesc că și celelalte colege au întâmpinat aceleași probleme. ... Nu știu, cred că mai puțin de un an. Că ei au fost destul de... noi mergând des, că activitatea noastră constă numai în teren, mergând destul de des, tot explicăm. Până au căpătat încredere. Și au putut la un moment dat, să spună... da, uite, am nevoie de asta, ce părere ai. Și de-atunci au început să decurgă mult mai... Era o oarecare reticență pentru că și noi, probabil ca să fim verificate, se cereau anumite date, date personale, deci chiar CNP-ul. Sau seria de la buletin. Și erau niște chestii care pentru ei... și chiar noi, dacă suntem, nu le dăm cu ușurință. De asta ei au avut o oarecare reticență. Până le-am explicat noi.” (Mediatoare sanitară, comună).

Întrebați ce le lipsea pentru a fi pregătiți complet pentru munca în comunitate, mediatoarele sanitare au menționat “mai multe cursuri de formare în domeniul medical” (7 mențiuni), “mai multe cursuri de formare pentru consilierea romilor și educație pentru sănătate” (16 mențiuni) și “mai multe abilități de interacțiune cu romii” (9 mențiuni).

Un număr ridicat de mediatoare sanitare (24 din 31 care au răspuns la această întrebare din ancheta dedicată lor) declară că au mai participat și la alte cursuri de formare după începerea activității. O serie dintre aceste cursuri par mai degrabă activități educaționale în timp ce altele par o formă de pregătire la locul de muncă prin practică sau prin participarea la anumite programe naționale (de exemplu renunțarea la fumat). Dintre celelalte cursuri menționate, o serie au caracter mai degrabă social (protecția copilului, planificare familială – caracter mixt medico-social -, drepturile omului, consilierea romilor, facilitarea obținerii de acte), altele mai degrabă medical (prim ajutor, educație sanitară și igienă, sarcina și nașterea).

Atât reprezentanții DSP cât și mediatoarele sanitare declară că este necesar ca acestea din urmă să participe cu regularitate la cursuri de formare.

Percepția generală a mediatoarelor sanitare (20 din 29 de răspunsuri) este că mai sunt necesare cursuri de formare. Cursurile de instruire considerate ca necesare nu ar urma să se refere mai ales la informații medicale (doar 8 din 27 de teme indicate țin de domeniul medical) ci să ofere pregătire în alte domenii cum ar fi comunicare, informatică, psihologie, asistență socială etc.

”Eu aș dori să le fac, nu eu propriu-zis, cineva desemnat, niște cursuri, hai să le zic, de actualizare a unor noțiuni din domeniul lor de activitate. Ar fi foarte bine. Sau să le mai reamintim care le sunt atribuțiile din timp în timp. Medicii fac cursuri de pregătire, deci toți, orice profesie are cursuri de asta...” (Reprezentant DSP)

”Deci eu acum, la ora actuală, mi-aș dori din tot sufletul să fac un curs de igienă, adică nu igienă, de prim ajutor, pentru că eu, mergând în comunitate, mă confrunt cu multe probleme și chem salvarea sau îl duc la cel mai apropiat dispensar, sau îl îndrum către serviciul de urgență, dar fiind acolo, având, așa aș putea și eu să le spun: „Uite, trebuie să faci asta!”, un pansament, un...” (Mediator sanitar Constanța)

”Tot timpul este binevenit [un curs]. Că acolo, la cursurile de formare, veneau și alte județe, asistenți medicali comunitari, mediatori și făceam schimb de experiență și acumulam și noi informații noi, cunoștințe, noutăți medicale și nu numai...” (Asistentă medicală comunitară Constanța).

2.6. Salarizare și resurse

Mediatoarele sanitare sunt mai degrabă nemulțumite (14 persoane din 32) sau foarte nemulțumite de salariile pe care le primesc. Nivelul salariilor este ușor diferit de la o localitate la alta în funcție de grila de încadrare a spitalului în care mediatoarele sanitare au funcționat anterior, primăriile preluând mediatoarele cu aceleași drepturi salariale. La nemulțumirea privind nivelul salariilor se adaugă și dezavantajul comparativ cu alți lucrători din primărie, aceștia din urmă primind diferite forme de suplimentare a veniturilor salariale, precum primele sau al 13-lea salariu la sfârșit de an (mai puțin însă după blocarea acestor mecanisme de stimulare financiară prin lege). În lista dezavantajelor poate fi cel mai probabil inclusă și lipsa de apreciere a meseriei de mediator sanitar în cadrul unor primării.

Insatisfacția cu privire la nivelul salariilor și nesiguranța locului de muncă reprezintă principalele surse de orientare a lucrătoarelor din sistemul de mediere sanitară către alte meserii, atunci când apar oportunități de acest tip. De exemplu, într-una dintre comunele în care s-au făcut interviuri, fostul mediator sanitar s-a angajat ca asistent social, iar într-unul dintre orașele mari selectate fostul mediator sanitar este angajat în prezent ca și consilier pe problemele romilor. De regulă, posturile spre care se orientează mediatoarele sanitare presupun tot activități în comunitate ca salariat al primăriilor (însă și alte tipuri de poziții par a fi atractive pentru mediatoarele sanitare pentru care această activitate a fost prima interacțiune cu piața muncii).

În privința resurselor importante sau foarte importante pentru munca mediatorului sanitar, reprezentanții primăriilor identifică mai ales (peste 8 din 10 respondenți) cartelele telefonice, un calculator și acces la internet, materialele informative privind sesiunile educative - **Error! Reference source not found.** Acestea nu sunt însă resurse de care mediatoarele sanitare dispun în prezent. Importante au fost considerate și existența unui spațiu de lucru propriu și disponibilitatea unei truse de prim-ajutor.

Mediatoarele sanitare au considerat ca importante pentru activitatea proprie aceleași resurse menționate de către factorii de decizie din primărie, câteva lucrătoare adăugând că ar fi important să aibă o serie de produse cum ar fi anticoncepționale, prezervative, periute de dinți, lapte praf și rechizite. Deși există consens între factorii de decizie și mediatori asupra importanței acestor resurse, ele sunt mai degrabă absente (Tabelul 9) sau prezente în prea puține comunități.

Tabelul 9 De care dintre lucrurile de mai jos ați beneficiat în ultima lună?

	Am beneficiat			Nu am beneficiat	Total
	din fonduri publice	din fondurile unor ONG	din alte fonduri (persoane, firme)		
Acces la telefonie fixă	6	0	2	24	32
Cartele de telefon	1	0	3	28	32
Bilete de autobuz	3	0	1	27	31
Benzină pentru transportul în comunitățile de romi	2	0	1	29	32
Spațiu de lucru propriu	8	0	1	22	31
Calculator	4	0	3	24	31
Acces la internet	4	0	3	24	31
Trusă de prim ajutor	3	0	0	28	31
Materiale informative pentru sesiunile educative	12	1	1	15	29

Sursă: Bază mediatoare sanitare

Doar 8 mediatore se pot lăuda cu un spațiu de lucru propriu în timp ce resursele pentru deplasarea în comunitate lipsesc: doar în 5 cazuri sunt asigurate biletele de autobuz și/sau benzină pentru transportul în comunitățile de romi. Cartelele de telefon au fost un obicei doar la începutul programului de mediere sanitară, după care au dispărut în cele mai multe dintre localități. Un număr ceva mai ridicat de lucrătoare au la dispoziție materiale informative (prin comparație cu cele care au acces la alte tipuri de resurse) pentru sesiunile educative (probabil că acest lucru se întâmplă mai ales ca parte a implementării programelor de interes național). Lipsesc resursele medicale necesare pentru a realiza primul diagnostic – mai necesare decât alte “dotări”. Dacă în perioada angajării la DSP mai existau totuși anumite resurse pe care le puteau accesa, primăriile nu mai oferă nici măcar mijloacele de bază pentru desfășurarea activității, cum ar fi caietele pe care mediatorele sanitare să țină evidența cazurilor. Este important de menționat că mediatorele sanitare care au un spațiu de lucru propriu (minoritare din câte se pare, după cum am văzut), cel mai adesea în cadrul spitalului unde au activat anterior, accentuează preferința de a-și păstra adresa, dat fiind că beneficiarii au învățat că acela este locul unde pot fi contactate. Pentru alte câteva mediatore s-a găsit soluția acordării unui spațiu împreună cu alte lucrătoare din Serviciul de Asistență Socială, dar această situație, deși în principiu favorabilă, predispune mediatorele sanitare la primirea unor sarcini nespecifice postului (sarcini administrative legate de acordare beneficiilor de asistență socială).

Cele mai multe mediatore sanitare consideră că sunt prost plătite și nu au la dispoziție niciun fel de resurse, nici măcar cele ușor de asigurat de către primărie, cum ar fi acces gratuit la transportul public

“Deci nu, n-are ... n-are nimic, n-are teste de glicemie, n-are feșe, n-are spirt, n-are nimic.” (Medic de familie, oraș mare cu mediatore sanitare).

“Nouă ne-a dat un birou, că eram... 6-7 persoane într-un birou de... nu știu, cât să zic, 2 pe 4? Poate zic prea mult. Deci mai mult era ca o magazie. Dar mă rog, asta să n-o mai... v-o spun pentru dumneavoastră. Ne-a dat un birou... aveau biroul de ajutor social la cantină. (...) Sunt 2 birouri mari și late: este unul pe dreapta, unul pe stânga. La un moment dat, cel de pe dreapta îl folosea drept magazie. Că toate biletele, toate cotoarele, toate dosarele care erau de la caldură, toate erau depuse acolo. Ei, și noi tot acolo. Și mai erau 2 angajate ale lor acolo. Și am mai venit și noi, 2 mediatore... Deci eram 6 femei acolo. Și 2 birouri într-adevăr, dar noi nu ne-am permis; doamnele erau angajate la primărie, stăteam și noi acolo. Stăteam 2-3 ore, aveam... deci dimineața ne puneam hârtiile, planul, unde mergem, care familie. Deci ne făceam o strategie de plecare și treceam pe la primărie, ce cazuri trebuiau preluate... că altfel n-am fi știut unde trebuia să ne ducem. Vorbeam și cu liderul. Dacă erau probleme da, dacă nu, nu. Deci în funcție de...” (Fostă mediatore)

“În urma descentralizării... Da, bineînțeles, eu am urmărit o schimbare și am văzut schimbarea, deci în momentul în care eu am fost la Direcția de Sănătate Publică, la Spitalul Clinic Județean de Urgență, aveam toate drepturile. Deci aveam, uite, de exemplu, nu mai am fax, nu mai am telefon, nu mai am xerox, nu mai am... cum țin eu legătura cu colegele mele din județ? Pentru că în momentul în care sunt preluată de Primărie, eu nu mai beneficiaz de aceste... de hârtie, de tot ce trebuie, cum îmi fac eu lucrul?” (Mediatore sanitare oraș mare)

2.7. Percepția asupra perspectivelor programului

Atât mediatorele sanitare cât și reprezentanții autorităților locale, tind să adopte o atitudine de optimism moderat cu privire la viitorul meseriei de mediator sanitar, dacă analizăm doar răspunsurile la anchetele întreprinse cu aceste două categorii (întrebarea de chestionar 21 de mediatore sanitare

au răspuns că meseria de mediatore sanitare este probabil să existe și în viitor, 6 lucrătoare cred că mediatorul va fi activ cu siguranță și peste 2 ani în timp ce 4 cred că se va desființa). În schimb, interviurile în profunzime au dezvăluit o percepție mult mai puțin pozitivă privind perspectivele programului, caracterizată prin incertitudine și chiar pesimism în unele cazuri.

Persoanele intervievate mai apropiate de program (care-l cunosc mai bine de la începutul implementării) și-au exprimat temerea că în 2012 este posibil să fie desființate aceste posturi de mediatore sanitare în multe primării – pentru moment, pentru anul 2011, finanțarea este asigurată prin sistemul sanitar. Dealtfel, unele primării s-au grăbit să facă acest pas încă din prima etapă a descentralizării, respectiv încadrarea mediatorilor în schema de resurse umane a primăriilor, în condițiile au existat inițial întârzieri la plata salariilor. În ceea ce privește viitorul profesional al mediatorilor sanitare, dacă această perspectivă indezirabilă a desființării postului în multe localități se adevărește, trebuie menționat că unul dintre rezultatele programului este că a creat profesioniști care, chiar și în condițiile în care nu vor mai lucra ca mediatore sanitare, vor continua probabil să fie active în comunitățile de romi (ceea ce am constatat că se întâmplă deja cu unele mediatore, active dar din postura de asistent social, consilier pentru romi etc.). Un astfel de curs al evenimentelor este însă contrar nevoilor la nivel local așa cum sunt acestea percepute de majoritatea persoanelor contactate în cursul acestei cercetări, din toate categoriile de actori locali.

”Pentru că acum, după cum bine știți, programul nostru nu știu dacă va mai fi decât până la sfârșitul anului, dar după aceea autoritățile locale vor trebui să ne preia. Și aici va fi o problemă, pentru că autoritățile locale nu ne vor prelua, pentru că, probabil, dacă nu suntem în continuare plătiți de Ministerul Sănătății, cu bani de la ei, din bugetele locale, nu cred că o să fie. Sau, acolo unde va fi, probabil că fetele...mediatoarelor sanitare li se va încărca fișa postului și vor face și alte lucruri, care, de fapt, nu sunt pregătite. Deci noi, în fișa postului, numai problemele socio-medicale pe care noi le avem, dar problemele medicale...deci, dacă fetele, mediatorii sunt ținute în cabinetul medicului sau sunt ținute în primărie și să facă liste pentru ajutorul social, pentru încălzire, pentru nu știu ce, ne depășim și nu călcăm în comunitate și nu mergem să aflăm problemele medicale cu care se confruntă romii, atunci nu mai suntem mediator, să ne transforme în altceva!” (Mediatore sanitare, oraș mare)

”După cum merg lucrurile, sper să nu ne desființeze pe toți și asistenți și mediatori. Acum suntem plătiți de Ministerul Sănătății și eu zic că de asta mai ține. Dar eu mă gândesc că din ianuarie dacă nu ne va mai plăti Ministerul Sănătății, s-ar putea să ne zboare și pe unii și pe alții că nu mai au fonduri.” (Mediatore sanitare, oraș mare).

”Nu știu cum le poate plăti (în continuare, n.n) Ministerul Sănătății. Deci Ministerul Sănătății n-are bani să cumpere seringi și are bani să plătească mediatorii... deci nu, nu știu. E o perioadă foarte incertă pentru pronosticuri.” (Medic de familie, comună cu mediator sanitar)

3. Impactul mediatorilor sanitari supra comunităților de romi

3.1. Interacțiunea cu mediatoarea sanitară și satisfacția cu activitatea acesteia

Aproximativ 95% dintre respondenți au afirmat că știau de existența unei mediatoare sanitare în localitatea lor (**Error! Reference source not found.**). Interesant este însă faptul că există diferențe semnificative statistic între mediul urban și rural – dacă procentul se apropie de 100% în mediul rural, în urban acesta este de 89%. Diferențele se nuanțează însă mai mult atunci când întrebările devin specifice – dacă 91% dintre respondenții din rural au afirmat că știu *personal* mediatoarea sanitară, procentul este de doar 77% în cazul persoanelor din mediul urban. Mai mult decât atât, dacă în rural 84% au menționat că văd mediatoarea în zonă cel puțin săptămânal, în mediul urban procentul ajunge la mai puțin de 50% (34% din cei din urban au spus chiar că au văzut-o în zonă mai rar de o dată pe lună sau chiar nu au văzut-o deloc) - Tabelul 10. Această diferență este explicabilă având în vedere numărul semnificativ mai mic de beneficiari per mediator în mediul rural și omogenitatea spațială mai ridicată pe care o presupune implicit rezidența în rural.

84% dintre respondenții din rural întâlnesc mediatoarea sanitară în zonă cel puțin săptămânal. În urban, procentul este însă de doar 47%.

Tabelul 10 Cât de des v-ați întâlnit cu ea în această zonă?, (%)

	Rural	Urban	Total
Zilnic	36	10	25
De 2-3 ori pe săptămână	27	20	24
Săptămânal	21	17	20
De 2-3 ori pe lună	2	10	5
O dată pe lună	1	7	3
Mai rar	2	11	6
N-am văzut-o niciodată în zonă/n-o cunosc	10	24	16
Total	100	100	100

Pearson: Design-based $F(4.38, 157.76) = 4.2653$ $P = 0.0019$

Dincolo de interacțiunea cu mediatoarea sanitară, și în ceea ce privește ajutorul pe care aceasta îl acordă observăm aceeași diferență pe medii de rezidență – 71% dintre respondenții din rural au declarat că au fost ajutați cel puțin o dată de aceasta, în timp ce în urban procentul este de 52% - **Error! Reference source not found.** Este de remarcat faptul că pentru această întrebare este relevantă doar structura datelor (diferența între medii de exemplu), întrucât nu avem (încă) un reper al importanței ajutorului pe care mediatoarea sanitară îl acordă romilor din aceste zone (la întrebarea deschisă ajutorul variază de la "un sfat" sau "a cântărit băiatul" la "m-a înscris la medicul de familie").

Încercând să înțelegem care sunt factorii⁹ care prezic faptul că cineva din gospodărie a fost ajutat cel puțin o dată de mediatoarea sanitară (**Error! Reference source not found.**) observăm că :

⁹ Pentru aceasta au fost utilizate modele de regresie logistică prin care se poate identifica efectul unei anumite variabile, ținându-se sub control alte posibile variabile relevante (de exemplu știind că atât mediul de rezidență cât și educația pot influența nivelul cunoștințelor dar și că în mediul rural nivelul de educație este mai scăzut, este important de identificat impactul mediului de rezidență controlând pentru nivelul de educație (cu alte cuvinte pentru persoane ce au același nivel de educație).

- ✓ Mediul de rezidență rămâne unul dintre factorii semnificativi – persoanele din mediul rural au șanse de 2,4 ori mai mari decât cele din mediul urban de a fi fost ajutate în vreun fel.
- ✓ Numărul de copii din gospodărie reprezintă un predictor relevant – cu cât acesta este mai ridicat cu atât este mai probabil ca mediatoarea sanitară să fi ajutat pe cineva din gospodărie (aspect așteptat dată fiind orientarea activității mediatoarelor sanitare către familiile cu copii).
- ✓ Respondentele femei au declarat într-o proporție mai mare comparativ cu bărbații că cineva din gospodărie a fost ajutat de mediatoarea sanitară (probabil întrucât ele au interacționat mai mult în mod direct cu mediatoarea sanitară).
- ✓ Nivelul de educație al respondentului este de asemenea un predictor semnificativ – persoanele cu un nivel de educație mai ridicat au o probabilitate mai ridicată de a declara că au fost ajutate. Acest lucru este posibil fie întrucât mediatoarele sanitare au sprijinit într-o măsură mai ridicată femeile cu un nivel de educație mai ridicat ca urmare a accesului mai ușor pe care l-au avut la acestea, fie pentru că persoanele cu un nivel de educație mai ridicat percep ca ajutor și acțiuni mai puțin "consistente" (cum ar fi sfaturile sau informarea).

Ajutorul dat de mediatoarele este recunoscut într-o măsură mai mare de respondenții din rural, cu mai mulți copii, de sex feminin și cu un nivel de educație mai ridicat.

3.2. Accesul la serviciile sociale și de sănătate de bază

Unele dintre cele mai importante sarcini ale mediatoarelor sanitare reprezintă sprijinul romilor în creșterea accesului la servicii sociale (prin ajutorul acestora pentru obținerea actelor necesare) și accesul la serviciile medicale (prin asigurare și înscrierea la medicul de familie). Accesul formal ar trebui dublat de vizite la medic mai dese (inclusiv pentru controale preventive) dar și de creșterea încrederii în capacitatea de a accesa serviciile medicale fără sprijinul unei alte autorități (inclusiv fără sprijinul mediatoarei sanitare).

În ceea ce privește certificatele de naștere și actele de identitate, în ciuda stereotipurilor privind populația romă, procentele atât în zonele cu mediatori sanitari cât și în cele fără mediatori sanitari sunt apropiate de 100% (în ceea ce privește cărțile de identitate procentul este totuși ușor mai scăzut – la aproximativ 97%) - Tabelul 11. Procentul ridicat în acest caz este cel mai probabil datorat nu atât activității mediatoarelor sanitare, cât programelor naționale/regionale centrate pe această problemă (caravane cu acțiuni comune ale autorităților locale cu persoane din poliție etc.) sau chiar a acțiunilor sistematice ale reprezentanților primăriilor. Este însă posibil ca în localitățile cu mediatori sanitari, procesul de obținere a actelor să fie lăsat într-o măsură mai ridicată în sarcina acestora.

Tabelul 11 % romilor fără acces minim la serviciile de sănătate, pe tipuri de comunități

Romi	Comunități cu mediatori sanitari	Comunități fără mediatori sanitari	Diferență
Cu certificate de naștere	99,3	99,5	-0,2
Cu cărți de identitate (pentru persoanele 15+)	97,9	97,2	0,7
Cu asigurare de sănătate	85	75	10**
0-17	94	85	9*
18-54	77	64	13**
55+	93	86	7*
Înscriși la medicul de familie	96	92	4**
0-17	98	97	1
18-54	95	88	7**
55+	98	92	*

* $p < 0,1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

Diferențe semnificative statistic între tipuri de comunități apar în ceea ce privește asigurările de sănătate – dacă 85% dintre romii din comunitățile cu mediator sanitar au declarat că au asigurări de sănătate, procentul este de doar 75% în cazul comunităților fără mediatori sanitari. Relevantă pentru înțelegerea diferențelor de acces la serviciile de sănătate este dezagregare datelor pe grupe de vârstă – procentele de asigurați sunt mai ridicate în cazul persoanelor minore (0-17 ani) ce au dreptul de a fi asigurați fără contribuție sau la cea a persoanelor peste 54 de ani (ce sunt probabil într-o măsură mai mare eligibile pentru asigurare comparativ cu cele adulte fie datorită calității de pensionar fie a celei de beneficiar de venit minim garantat). Impactul programului de mediere sanitară se poate observa pentru toate cele 3 grupe de vârstă – însă pare să fie chiar mai ridicat la persoanele cu vârste între 18-54 de ani.

Programul de mediere sanitară a avut un impact semnificativ atât asupra asigurărilor de sănătate cât și a înscrierilor la medicul de familie.

"La medic de familie nu sunt foarte mulți [neînscriși], deci am avut vreo 5 copii pe care am reușit să-i înscriu, dar ei știau, pentru că eu lucrez cu ei de atâta timp, de aproape 10 ani și ei deja au învățat ce înseamnă, au născut unul, al doilea copil, deja au învățat ce înseamnă. Mediatorul sanitar este bun în momentul în care...comunitatea mea a învățat singură ce trebuie să facă. Deci ei merg la medic și-i spun: „Uitați, am născut.”, cu fișa, cu certificatul de naștere al copilului și la medicul unde familia respectivă are primii 2-3 copii înscriși, sau primul copil, atunci imediat intră și cu următorii.” (Mediatoare sanitară, oraș mare)

Este important să înțelegem dacă impactul programului este "real" sau este doar aparent datorită diferențelor demografice sau economice dintre cele două tipuri de comunități (cei din comunitățile cu mediatori sanitari având de exemplu o situație financiară mai bună sau fiind mai educați). Pentru a măsura astfel impactul vom utiliza un model de regresie logistică prin care să calculăm diferențele între indivizi similari din cele două tipuri de comunități (similari din punctul de vedere al educației, venitului, vârstei etc.). Pe baza coeficienților din Tabelul 12 observăm că:

- ✓ Persoanele cu vârste între 0 și 17 ani au șanse de 3,8 ori mai ridicate decât cele între 18-54 de a fi asigurate medical (ținând sub control toți ceilalți factori – venit, nivel de educație etc.). Șanse similare au și persoanele cu vârste peste 55 de ani.
- ✓ Variabilele privind statusul socio-economic cum ar fi venitul și nivelul de educație sunt de asemenea relevante pentru statutul de asigurat medical – cu cât o persoană este mai educată sau are un venit mai ridicat cu atât are o probabilitate mai mare de a fi asigurată.
- ✓ Femeile au șanse mai ridicate de a fi asigurate medical – cel mai probabil datorită faptului că trebuie să fie monitorizate pe perioada sarcinii sau trebuie să meargă la medic cu copilul după naștere.
- ✓ Interesant este faptul că persoanele din mediul rural au o probabilitate mai ridicată de a fi asigurate medical comparativ cu cele din urban (pentru persoane cu același venit, aceeași educație, gen etc.). Acest lucru este datorat probabil calității de beneficiar de ajutor social mai frecvent întâlnite în mediul rural.

Șanse mai mari de a fi asigurați medical au: minorii și persoanele în vârstă, cele cu venituri și niveluri de educație mai ridicate, de sex feminin, din rural și din comunități cu mediatori sanitari.

- ✓ Relevant pentru obiectivul studiului este faptul că în comunitățile cu mediator sanitari respondenții au șanse de aproape 2 ori mai mari de a fi asigurați medical, ținând sub control toți ceilalți factori menționați anterior.

Tabelul 12 Model de predicție a asigurării medicale și a vizitelor la medic (cu regresie logistică)

	Asigurarea medicală	Vizită la medic de familie în ultimele 12 luni	Vizită la medic pentru afecțiuni ușoare/consult preventiv
Comunitate cu mediator <i>versus</i> Fără mediator	1.98**	1.52*	1.56**
Rural <i>versus</i> Urban	2.17***		
Romi 0-17 <i>versus</i> Romi 18-54	3.76***	2.53***	4.08***
Romi 55+ <i>versus</i> Romi 18-54	3.74***	1.44*	
Lnvenit	1.08***	1.05**	
Nivel de educație	1.006**	1.003*	
Femeie <i>versus</i> Bărbat	1.12*	1.26***	1.27***
R suferă de cel puțin o boală		7.61***	
<i>Pseudo R2</i> =	0.111	0.115	0.083

* $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$.

Coefficienții reprezintă raporturi de șanse. 1,98 ne spune că persoanele din comunitățile cu mediator sanitar au șanse de 1,98 ori mai ridicate decât cei din comunitățile fără mediator sanitar de a avea asigurare medicală, ținând sub control toți ceilalți factori din model.

Înscrierea la medicul de familie este un alt pas în creșterea accesului romilor la serviciile de sănătate. Este interesant de observat faptul că o parte a respondenților au declarat că sunt înscriși la medicul de familie, deși nu erau asigurați medical (de exemplu 79% dintre cei neasigurați medical din comunitățile cu mediatorii sanitari au afirmat că sunt înscriși la medicul de familie, procentul fiind unul apropiat și în comunitățile fără mediator sanitar - **Error! Reference source not found.**). Acest lucru, se întâmplă deoarece unii dintre medici îi trec în evidență pe romii care vin la ei chiar dacă nu le pot oferi beneficiile sistemului de asigurare (inclusiv cel de a da medicamente compensate sau trimiteri către medicii specialiști).

O: Sunt înscriși la medic de familie?

M: Da, sunt înscriși, dar nu sunt asigurați. Mai nou pentru o internare, trebuie 12 lei fișa platită.” (Mediatoare sanitară, oraș mare)

R: Am și medic de familie, aici aproape, când sunt bolnavi copiii, au vreo răceală, mă duc la doctorul de familie, când nu, nu mă duc. Mai demult nu m-am dus că nu sunt bani.

M: N-aveți asigurare de sănătate, nu?

R: Nu.

M: Și plățiți consultația.

R: Da. 5 lei ne cere și la copii, și la adulți.” (Rom, oraș mare)

Există, se pare, și cazuri în care medicii refuză înscrierea romilor pentru că aceștia nu urmează tratamentele date sau nu vin să facă vaccinurile copiilor. În alte situații, suprasolicitarea medicilor de familie (numărul prea mare de persoane asigurate) duce la refuzul preluării copiilor. Acest gen de probleme sunt însă mai degrabă accidentale, având în vedere numărul ridicat de persoane ce au declarat că sunt înscrise la medic.

"Nu, mai sunt încă probleme, v-am spus, problema cu care se confruntă medicii, deci de ce nu vor să-i înscrie: pentru că ei nu se prezintă la vaccinuri. Și așa cum bine știți, un vaccin se deschide și trebuie, în momentul în care trebuie făcut la mai mulți copii, este o perioadă și nu poate, adică să se deschidă un vaccin și ei să nu fie, e mai greu cu prezentarea." (Mediatoare, oraș mare)

"Avem probleme cu medicii de familie, pentru că majoritatea nu vor să mai înscrie pe listele lor copii. Sunt foarte mulți și au și ei un barem și nu mai pot să înscrie." (Mediatoare, oraș mare)

La fel ca și în cazul asigurărilor de sănătate, și în ceea ce privește înscrierea la medicul de familie putem observa diferențe semnificative între comunitățile cu mediator sanitar și cele fără mediator – procentul este de 96% în comunitățile cu mediator și de 92% în cele fără - Tabelul 11. Există un aspect ce merită menționat când analizăm înscrierea la medicul de familie. Observăm că pentru copiii de până în 18 ani înscrierea la medic este similară în cele două tipuri de comunități (procentele sunt apropiate de 100%). Diferențele devin însă importante pentru grupa de vârstă 18-54 (cea mai vulnerabilă din cauza lipsei de asigurări medicale) – procentul este în acest caz de 95% în comunitățile cu mediator față de 88% în cele fără mediator.

Analiza de regresie logistică prin care vrem să distingem efectul "pur" al programului de ceilalți factori cu care acesta interacționează ne permite să întărim concluzia că romii au șanse mai ridicate de a fi înscriși la medicul de familie în comunitățile cu mediator sanitar, ținând toți ceilalți factori sub control - Tabelul 12. Este important de menționat un factor suplimentar relevant în model, și anume faptul că respondentul suferă de o boală reprezintă cel mai important predictor.

Este important să observăm și în ce măsură romii accesează serviciile de sănătate. Datele par să indice din nou faptul că în comunitățile cu mediatore sanitare procentul persoanelor care merg la medic este mai ridicat decât în comunitățile fără mediator sanitar. Astfel, datele din **Error! Reference source not found.** ne indică procente în mod consistent mai ridicate pentru zonele în care există mediator sanitar comparativ cu celelalte tipuri de zone pe toate grupele de vârstă ale respondenților (chiar dacă diferențele sunt semnificative statistic doar pentru grupa 18-54 ani). Aceste procente privind accesul în general la un medic sunt în concordanță și cu accesarea serviciilor medicale pentru prevenție sau afecțiuni ușoare – de exemplu dacă 17% dintre respondenții cu vârste între 18 și 54 de ani din comunitățile cu mediator sanitar au mers la medic pentru consultații preventive sau afecțiuni ușoare, procentul este de doar 10% în cazul grupului de control (diferența este semnificativă statistic). Tabelul 12 ne confirmă din nou faptul că în comunitățile cu mediator probabilitatea ca o persoană să meargă la medic este mai ridicată decât în celelalte tipuri de comunități (ceilalți doi predictorii relevanți sunt vârsta și sexul respondentului).

Romii din comunitățile cu mediator sanitar merg într-o măsură mai ridicată la medic, inclusiv pentru afecțiuni ușoare sau pentru consulturi preventive.

"La Mariana apelez mai repede, la ea mă duc și fug la ea, ce să-i fac. "Mariano, nu mai pot, mi-e rău". Mă mai ajută cu pastile, mai îmi dă un calmant, bagă telefon la salvare... mă știe ea..."Du-te mâine la doctor, nu mai sta." (Femeie romă, comună cu mediator sanitar)

Accesarea serviciilor de sănătate într-o măsură mai ridicată este un rezultat important al cercetării, întrucât din datele calitative observăm că persoanele sărace au contact mai ales cu serviciul de urgență, unde se duc apelând fie la un taxi fie, mai rar, la salvare și mai rar își programează o consultație la medic. Tot cu sprijinul medicilor din serviciul de urgență se procură și rețetele în aceste

cazuri (nu de la un medic specialist sau de la medicul de familie), pe care le respectă până când depășesc situația de criză (cel puțin aparent).

Importantă pentru definirea accesului la serviciile de sănătate este și percepția privind capacitatea de a obține serviciile necesare în caz de nevoie. În timp ce 46% dintre respondenții din comunitățile cu mediacii sanitari au menționat că ar putea obține serviciile necesare fără nici o greutate, procentul este de numai 36 în cazul celor fără mediacii - **Error! Reference source not found.** (totuși, diferența de 10 puncte procentuale nu este semnificativă statistic). În ceea ce privește argumentarea pentru opțiunea de a răspunde că serviciile sunt obținute cu o oarecare dificultate observăm în comunitățile cu mediacii sanitari că cel mai frecvent este invocat faptul că tratamentul este prea scump (81%), lipsa asigurărilor medicale și calitatea slabă a unităților medicale fiind de asemenea motive menționate - **Error! Reference source not found.**

Avem medic de familie, dar nu avem acces în altă parte, la ORL, la mai multe de specialitate, pentru că nu avem bani, suntem oameni săraci și nu avem nici posibilitate. Trăim din social, mulțumim domnului primar că ne-a acordat un social...(beneficiar rom, oraș mare cu mediator sanitar)

3.3. Sarcini și utilizarea mijloacelor contraceptive

Unul dintre obiectivele programului de mediere sanitară îl reprezintă îmbunătățirea accesului la metode de planificare familială și creșterea nivelului de educație sanitară. Pentru a surprinde această componentă, ancheta a inclus o secțiune extensivă pentru o persoană între 15 și 49 de ani din gospodărie. Întrebările de chestionar ne pot ajuta pe de o parte să identificăm impactul programului asupra femeilor rom și pe de altă parte specificul comportamentului și atitudinilor beneficiarilor pentru conturarea viitoare a programului și pentru stabilirea de noi obiective sau redefinirea țintelor anterioare.

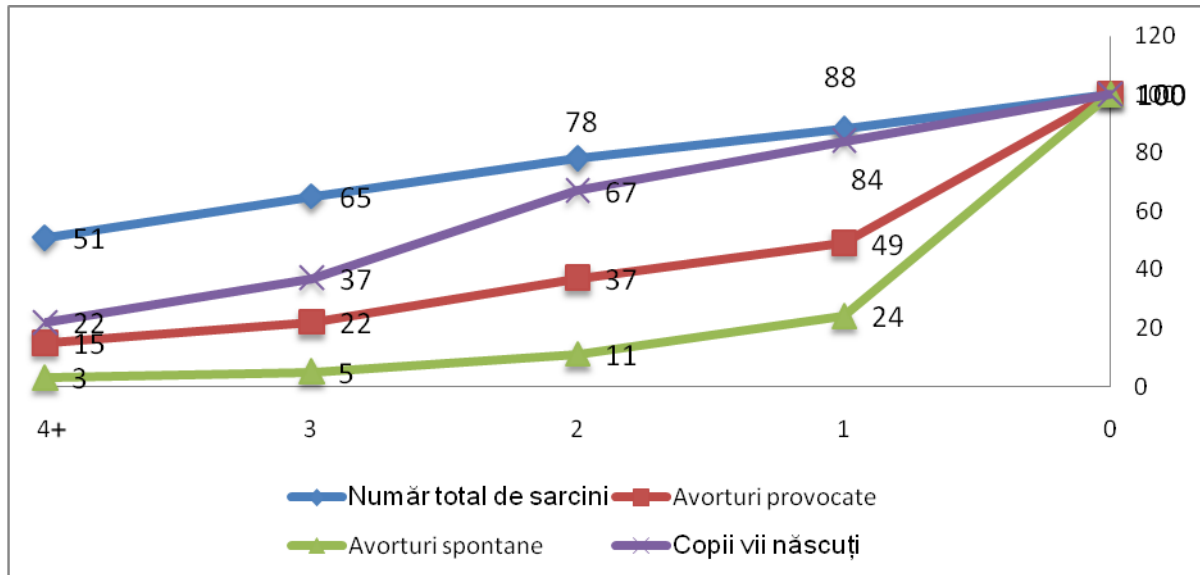
Datele din **Error! Reference source not found.** și Graficul 1 referitoare la numărul sarcinilor femeilor de vârstă fertilă conduc la următoarele concluzii:

- ✓ Nu există diferențe semnificative statistic în ceea ce privește numărul de sarcini între comunitățile cu mediacii sanitare și cele fără mediacii sanitare. Procente apropiate se întâlnesc pentru cele trei tipuri de situații (avorturi spontane, avorturi provocate, nașteri).
- ✓ 87% dintre femeile chestionate au avut cel puțin o sarcină până în prezent, aproape jumătate dintre acestea (38% din total eșantion) rămânând însărcinate de mai mult de 5 ori.
- ✓ Extrem de importante sunt procentele referitoare la avorturi. 48% din femeile chestionate au făcut cel puțin un avort (provocat), iar 15% dintre ele au avut 4 sau mai mult de 4 avorturi provocate. Dacă ne uităm la femeile care au rămas cel puțin o dată însărcinate procentul crește la 56% pe total eșantion (59% în cazul comunităților cu mediacii sanitari și 52% în cazul celor fără mediacii sanitari) - **Error! Reference source not found.**
- ✓ Avorturile spontane – datorate în principal problemelor de sănătate, a neîngrijirii din punct de vedere medical dar și lipsei de investigații pentru depistarea problemelor de sănătate sunt și ele într-un număr important – aproape un sfert dintre interviuate au menționat că au avut cel puțin un avort spontan (5% menționând 3 sau mai multe astfel de avorturi). Totuși, chiar și în condițiile

**87% dintre femei au rămas însărcinate cel puțin o dată (jumătate dintre ele declarând cel puțin 5 sarcini).
Aproape jumătate dintre femei au făcut cel puțin un avort provocat și un sfert au avut un avort spontan.**

unui număr atât de ridicat de avorturi, procentul femeilor ce n-au născut nici un copil este de doar 16% (față de cel de 13% al femeilor care au rămas cel puțin o dată însărcinate) iar 37% dintre ele au născut 3 sau mai mulți copii.

Graficul 1 Procente cumulative ale femeilor ce au rămas însărcinate,



Error! Reference source not found. ce suprapune cele trei tipuri de evenimente ne permite să înțelegem mai bine profilul persoanelor care trăiesc una dintre aceste tipuri de întâmplări. Astfel, din eșantionul de femei ce au răspuns la cele trei întrebări doar 15% nu au trăit nici unul dintre cele trei evenimente. Observăm că 38% dintre respondente au născut copii vii fără să fi făcut nici un avort la cerere (8% au trăit însă și un avort spontan) și că 45% au născut cel puțin un copil dar au făcut cel puțin un avort provocat (între acestea sunt incluse și 14% dintre respondente care au trăit și cel puțin un avort spontan).

În ceea ce privește vârsta la prima naștere observăm că dintre femeile ce au rămas cel puțin o dată însărcinate, la nivelul întregului eșantion 9% au rămas însărcinate pentru prima oară până în 14 ani și alte 41% până în 17 ani. Doar 4% dintre femei au rămas însărcinate după 24 de ani. Nu există diferențe semnificative statistice între comunitățile cu mediatori sanitari și cele fără mediatori sanitari în ceea ce privește vârsta la prima naștere – valorile sunt apropiate.

Programul nu are impact semnificativ asupra numărului de sarcini ale femeilor rome.

Tabelul 13 Distribuția vârstelor la care femeile 15-49 au rămas pentru prima oară însărcinate, în totalul celor care au rămas cel puțin o dată însărcinate

	Comunități cu mediatori sanitari	Comunități fără mediatori sanitari	Diferență	Total eșantion
10-14	7	11	-4	9
15-17	41	41	0	41
18-19	26	25	1	26
20-24	21	19	2	20
25+	5	4	1	4

* $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$

Lipsa observării impactului se poate datora faptului că mediatoarele sanitare și-au început activitatea în ultimii ani de zile, efectele asupra întregului eșantion (în ceea ce privește prima sarcină) neputând fi vizibile. Relevant pentru observarea eventualelor efecte ale programului asupra sarcinilor femeilor este să analizăm anul ultimei sarcini. Datele din **Error! Reference source not found.** ne indică faptul că nici pe baza acestui indicator programul nu pare să fi avut impact – 30% dintre femeile intervievate din comunitățile cu mediatori sanitari au rămas însărcinate după 2008 (mediatoarele fiind în cele mai multe comunități de cel puțin 2-3 ani în acel moment), pe când procentul este de 29% în comunitățile fără mediatori.

Predictorii semnificativi pentru a explica sarcina unei persoane după 2008 sunt mediul de rezidență (persoanele din urban au o probabilitate mai ridicată de a rămâne însărcinate după 2008), vârsta (persoanele mai în vârstă au rămas însărcinate într-o măsură mai ridicată), nivelul de educație (numărul de ani de școală variază invers proporțional cu probabilitatea de a rămâne însărcinată) sau statutul de căsătorit cu acte - **Error! Reference source not found.**

La ultima sarcină cea mai mare parte a respondentelor au născut un copil viu (73% dintre acestea) - **Error! Reference source not found.** Datele sunt din nou consistente cu numărul ridicat al avorturilor menționat anterior – 7% dintre femei au avortat spontan la ultima sarcină, iar un procent de 18% au avortat la cerere (restul de 3% dintre femei sunt încă însărcinate). Dacă ne uităm la femeile care au rămas ultima oară însărcinate înainte de 2009 și cele care au rămas însărcinate în acel an sau după, observăm o diferență semnificativă între tipul sarcinii - dacă 13% dintre femeile însărcinate înainte de 2009 au avortat la cerere procentul este de 24% pentru cele care au rămas însărcinate după 2008.

18% dintre femeile ce au rămas însărcinate cel puțin o dată au avortat la cerere la ultima sarcină. Procentul pare să fie în creștere.

Tabelul 14 Tipul sarcinii și anul ultimei nașteri, (%)

La ultima sarcină respondentă...	Femei care au rămas însărcinate ultima oară ...		
	Înainte de 2009	În 2009 și după	Total
a născut un copil viu	83	58	25
a avortat spontan	4	9	-5
a avortat la cerere	13	24	-10
este încă însărcinată	0	10	-10
Total	100	100	0

Pearson: Design-based $F(2.78, 194.59) = 28.6458$ $P = 0.0000$

Ponderea foarte ridicată a avorturilor în ambele tipuri de comunități poate fi explicată prin reticența persistentă de a folosi metode de contracepție (vezi subcapitolul următor) și în rezistența unor modele culturale precum și prin accesul relativ ușor la metode de a avorta (în cazul femeilor care îl planifică).

„În Spitalul Clinic Județean de Urgență există un program care oferă sterilet gratuit persoanelor cu mai mulți copii. (...) Alege femeia, pentru că de multe ori, vă dați seama, multe dintre femei nu spun bărbaților. De multe ori, după ce și-au pus sterilet, au venit și mi-au spus: „Doamnă, știți, eu vreau să-l scot.” „De ce? Te doare ceva, mergem să vedem?”, „Nu, dar soțul meu simte ceva acolo și nu vrea”. Și imediat după ce i s-a scos steriletul, a rămas și gravidă. Și pe urmă vin la noi să recurgă, că au 4 copii și au dreptul la un chiuretaj gratuit. E foarte greu de convins, adică trebuie să știi să lucrezi cu ei.” (Mediatoare sanitară, oraș mare)

Utilizarea metodelor contraceptive

Cea mai mare parte a respondentelor au auzit de "metode pentru a nu face copii" – 86% din eșantionul total. Sursele sunt multiple – televiziune, discuții cu cunoscuții, medicul de familie etc. Singura diferență între comunitățile cu mediatori sanitari și cele fără constă în numărul mare de respondente care menționează mediatoarea sanitară ca sursă de informare (48%) - **Error! Reference source not found.**

În ceea ce privește metodele cunoscute, pilulele apar cel mai des menționate (de 72% dintre femeile din comunitățile cu mediatori și 66% în comunitățile fără mediatori sanitari), urmat de prezervativ (în acest caz fiind o diferență semnificativă între cele două tipuri de zone – 57% în cele cu mediatori față de 44 în cele fără). Un procent apropiat mai apare în cazul steriletului cu 45% - **Error! Reference source not found.**

Interesant este însă că deși aproape 90% dintre femei spun că ar cunoaște metodele contraceptive, totuși mai puțin de 40% au declarat că au folosit cel puțin o dată o metodă contraceptivă - Tabelul 15. Mai mult decât atât, atunci când sunt întrebate despre utilizarea prezentă procentul scade la aproximativ 20% în ambele tipuri de comunități (ceea ce ne spune că procentul este relativ stabil nereușind să fie schimbat de acțiunile de informare ale mediatoarelor sanitare). La fel de relevant este faptul că procentul femeilor care nu cunosc nici o altă femeie care să folosească metode pentru a evita sarcina este unul ridicat (43% în comunitățile cu mediatori sanitari și 53% în cele fără mediatori).

Deși cea mai mare parte dintre respondente știu despre existența mijloacelor contraceptive, doar 20% declară că le folosesc în prezent.

Tabelul 15 Utilizarea de metode contraceptive, pe tipuri de comunități, (%)

	Comunități cu mediatori sanitari	Comunități fără mediatori sanitari	Diferență	Total eșantion
Ați folosit vreodată o metodă contraceptivă (de a evita sarcina)?	41	34	7	38
În prezent folosiți vreo metodă contraceptivă (de a evita sarcina)?	20	19	1	20
Cunoașteți alte femei din comunitate care folosesc metode pentru a evita sarcina?	57	47	10	53

* $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$

Dacă analizăm dorința femeilor române de a mai avea copii observăm că 54% dintre ele declară că nu își doresc nici unul, 17% cel puțin unul și alte 30% au ales afirmația "Câți dă Dumnezeu" - **Error! Reference source not found.** Aceste procente nu diferă în mod semnificativ între cele două tipuri de zone (cu și fără mediatori). Această așteptare are anumite efecte asupra comportamentului respondentului (deși relativ slabe). Asocierea între această afirmație și ultimul tip de sarcină ne indică faptul că persoanele care au spus că nu își doresc nici un copil au ales să facă un avort într-o măsură mult mai mare decât cele care spun că își doresc câți copii dă Dumnezeu - 22% față de doar 8%) - **Error! Reference source not found.** Totuși, atunci când ne uităm la relația dintre dorința de a nu mai avea copii și utilizarea mijloacelor contraceptive observăm că

Deși mai mult de 50% dintre respondente afirmă că nu își mai doresc copii, totuși doar un sfert dintre ele utilizează mijloace de contracepție.

relația nu este suficient de puternică pentru a fi semnificativă statistic – 23% dintre cei care au zis că nu își mai doresc copii au declarat că utilizează metode contraceptive, pe când în cazul celorlalți (ce au specificat un anumit număr sau au ales afirmația "câți dă Dumnezeu") procentul este 17.

Interesantă este și absența unei relații puternice dintre utilizarea unei metode contraceptive în prezent și faptul că respondentă a avortat la cerere la ultima sarcină. Doar 24% dintre persoanele care au avortat la cerere la ultima sarcină utilizează în prezent metode de contracepție (procentul este apropiat de cel calculat pe total eșantion) - Tabelul 16.

Tabelul 16 Relația dintre utilizarea unei metode de contracepție și tipul ultimei sarcini, (%)

La ultima sarcină respondentă...	Respondentă utilizează în prezent metode de contracepție		
	Nu	Da	Total
a născut un copil viu	78	22	100
a avortat spontan	87	13	100
a avortat la cerere	76	24	100
este încă însărcinată	96	4	100
Total	79	21	100

Pearson: Design-based $F(2.39, 167.64) = 2.1952$ $P = 0.1044$

Încercând să construim un profil al persoanelor care folosesc în prezent o metodă contraceptivă printr-o ecuație de regresie observăm că există patru variabile semnificative statistic (**Error! Reference source not found.**):

- ✓ Persoanele cu vârste între 30 și 39 de ani au șanse mai mari de a utiliza o metodă contraceptivă comparativ cele mai tinere de această vârstă sau mai în vârstă (este foarte probabil ca motivele pentru care persoanele tinere și cele în vârstă să nu folosească să fie de tip diferit).
- ✓ Persoanele care au declarat că nu își mai doresc copii în plus au șanse de 1,8 mai mari decât celelalte persoane de a folosi o metodă contraceptivă (variabila devine semnificativă statistic atunci când ținem celelalte elemente sub control).
- ✓ Dacă respondentă cunoaște alte persoane din comunitate care să folosească metode contraceptive atunci șansele ca ea să folosească la rândul ei sunt de aproape 4 ori mai ridicate.
- ✓ Dacă respondentă a primit în ultimul an prezervative sau pilule contraceptive gratuit atunci are șanse mai ridicate de a utiliza astfel de metode. Datele descriptive ne arătau un procent de 13% în comunitățile cu medieri sanitari care au primit prezervative sau pilule contraceptive în ultimul an și 8% în celelalte zone (totuși diferența nu este semnificativă statistic). Este important de spus că în acest caz, nu putem ști sensul causal al acestei relații – este posibil ca respondentă să ceară/primească prezervative sau pilule tocmai datorită faptului că le folosește.
- ✓ Alți factori precum educația sau sursa informării (medicul sau mediatoarea sanitară) nu s-au dovedit a fi semnificativi statistic – ceea ce sugerează lipsa impactului programului de mediere sanitară asupra utilizării mijloacelor contraceptive în mod direct (este posibil să fi influențat indirect prin faptul că respondentă cunoaște acum alte persoane din comunitate care folosesc mijloace contraceptive).

Au șanse mai mari de a folosi metode contraceptive în prezent femeile cu vârste între 30-39 ani, ce nu își mai doresc copii, ce cunosc alte persoane din comunitate ce folosesc metode contraceptive și au primit în ultimul an prezervative sau pilule contraceptive.

3.4. Îmbunătățirea stării de sănătate a mamei și copilului

Există mai multe elemente inițiale ce asigură starea de sănătate a mamei și a copilului – consultul medical înainte de naștere cel puțin o dată, vizitele la medic chiar și după naștere, tipul nașterii (acasă sau la spital) etc..

Diferențe semnificative apar atunci când respondentele sunt întrebate dacă au fost sfătuite de cineva din afara gospodăriei să meargă la un consult pe perioada sarcinii – 53% dintre femeile din comunitățile cu mediatori sanitari au răspuns afirmativ față de doar 34% din grupul de control - Tabelul 17. Diferența dintre cele două procente se datorează mediatoarei sanitare – fiind varianta bifată de 21% dintre persoanele din comunitățile cu mediatori sanitari. Procentele celor care declară că au fost sfătuite de medicul de familie, de asistenta medicală sau de altă persoană sunt similare pentru cele două tipuri de comunități.

Tabelul 17 % femeilor sfătuite să meargă la un consult pe perioada sarcinii (pentru femeile care au născut la ultima sarcină)

		Comunități cu mediatori sanitari	Comunități fără mediatori sanitari	Diferență	Total eșantion
V-a sfătuit cineva din afara gospodăriei să mergeți la un consult pe perioada sarcinii?	Da	53	34	19***	43
	Nu/Nu știu	47	66	-19***	57
%	Nimeni	50	69	-19	60
femeilor	Medicul de familie	19	19	0	19
sfătuite	Asistenta medicală	5	5	0	5
de...	Mediatoarea sanitară	21	0	21	10
	Altă persoană	5	6	-1	6

Pearson: Design-based $F(3.71, 259.76) = 9.1963$ $P = 0.0000$

Încercând să identificăm profilul persoanelor care au declarat că au fost sfătuite de mediatoarea sanitară să meargă la control pe perioada sarcinii observăm existența a trei variabile cu influență semnificativă statistic – cu cât o persoană este mai tânără cu atât are șanse mai mari de a fi fost sfătuită să meargă la un control, persoanele din rural au șanse mai ridicate de a fi fost sfătuite comparativ cu cele din urban (probabil și ca urmare a interacțiunii mai intense cu mediatoarea sanitară din mediul rural) iar persoanele cu asigurare medicală au o probabilitate mai ridicată decât cele fără asigurare de a declara că au fost sfătuite să fi mers la medic pe perioada sarcinii - **Error! Reference source not found.**

În ciuda diferențelor între distribuțiile persoanelor sfătuite, datele de anchetă ne arată procente apropiate pentru femeile rome din comunitățile cu mediatoare sanitare și pentru cele din comunități fără mediatoare în ceea ce privește un consult medical înainte de naștere – 80% și respectiv 77% (femeile mergând în proporții ridicate chiar și în absența sfatului personalului medical sau a altor persoane) - **Error! Reference source not found.** Tipul persoanelor la care acestea au fost la consult este de asemenea similar – 68% din total eșantion au fost la medicul de familie și 61% au declarat că au mers (și) la un ginecolog. O ușoară diferență apare între cele două grupuri atunci când ne uităm la procentul femeilor ce au mers regulat la medic pe durata sarcinii, însă aceasta nu este semnificativă statistic. Totuși, atunci când controlăm pentru alte variabile cum ar fi

21% dintre femeile rome din comunitățile cu mediatori au fost sfătuite de acestea să meargă la medic pe durata ultimei sarcini. Acțiunea pare să fi avut impact – femeile sfătuite au șanse mai mari de a fi mers la doctor decât cele care n-au fost sfătuite de nimeni.

vârsta, statutul marital sau faptul că respondenta este asigurată sau nu, faptul că persoana este sfătuită de cineva pentru a merge la un consult devine semnificativ ca predictor pentru comportamentul ei. Observăm astfel că dacă respondenta a fost sfătuită de un medic sau o asistentă medicală atunci are șanse de 8 ori mai mari de a merge la consult. În cazul în care sfatul este dat de mediatore șansele, chiar dacă mai scăzute, sunt de asemenea semnificative statistic.

Tabelul 18 Predictorii pentru cel puțin un consult pe perioada ultimei sarcini, pentru femeile care au născut la ultima sarcină

	Raport de șanse
Sfătuită de mediatoarea sanitară <i>versus</i> Nu a fost sfătuită	4.4
Sfătuită de medic/asistentă medicală <i>versus</i> Nu a fost sfătuită	8.2
Vârsta respondentei	.96
Căsătorită cu acte	1.7
Respondenta este asigurată	1.6
<i>Pseudo R2</i>	<i>0.1137</i>

Una dintre întrebări s-a referit la locul în care femeile au născut la ultima sarcină – 97% dintre femei indiferent de tipul comunității (cu sau fără mediatori) au declarat că acest lucru s-a petrecut la spital (marea majoritate a celorlalte spunând că au născut acasă) - **Error! Reference source not found.** Cea mai mare majoritate a persoanelor care n-au născut la spital au făcut acest lucru acasă, menționând ca motiv faptul că s-a întâmplat prea repede. Există și comunități identificate în cercetarea calitativă în care nașterile acasă sunt mai des întâlnite, cu efecte ulterioare asupra actelor copiilor.

„Nu mai e chiar ca pe vremuri să naști acasă sau pe unde te apucă, pe câmp, pe stradă. Or mai fi cazuri, cine știe, poate la țară sau unde nu au doctori, unde sunt mai departe de lume.” (Beneficiar rom, comună cu mediatore sanitară)

„La romii căldărari încă mai există nașteri la domiciliu, deci nasc copiii la domiciliu. Deci suntem în secolul în care suntem și nașterile la domiciliu mai persistă. După ce nasc, sunt aduse cu Salvarea în Spitalul Clinic de Urgență și...dar încă mai persistă. Problema este că în momentul în care a născut la domiciliu, certificatul constatator al nașterii trebuie să îl elibereze medicul cel mai apropiat. De foarte multe ori, medicii nu vor, pentru că ei n-au avut-o...deci asta este problema, că ea nemergând la controalele prenatale, obligat, eu mă duc și o înscriu, că, na, de fiecare dată mă duc și zic „Uite, a doua zi vii.” – nu se mai duce” (Mediatore sanitară, oraș mare)

Nici în ceea ce privește modalitatea de a ajunge la spital, nu există diferențe între comunitățile în care există mediatori sanitari și celelalte comunități – cea mai mare parte a respondenților mergând cu salvarea (83%), următoarele variante fiind ”cu mașina unui prieten” (7%) sau mașina personală (4%). Singura diferență relevantă apare pe medii de rezidență – în rural procentul celor care merg cu salvarea fiind semnificativ mai ridicat decât în urban (cei din urban preferând ”altă variantă” – mersul pe jos către spital dată fiind probabil distanța mult mai redusă față de acesta) - **Error! Reference source not found.**

Aproximativ 20% dintre respondente au afirmat că au fost ajutate de cineva pe durata travaliului până să ajungă la spital (22% în cele cu mediatori și 18% în zonele fără) – din zonele cu mediatori sanitari doar 3% dintre femei au declarat că au fost ajutate de mediatoarea sanitară. Chiar și dacă selectăm doar persoanele care au născut după 2008 (mediatoarea sanitară fiind mai probabil prezentă după această perioadă), totuși procentul respondentelor ajutate de mediatoarele sanitare pe durata travaliului până să nască rămâne tot de 3%.

Îmbunătățirea stării de sănătate a copilului

Datele referitoare la mortalitatea infantilă sunt îngrijorătoare – 9% dintre femeile ce au născut cel puțin un copil au declarat că le-a murit cel puțin un copil - **Error! Reference source not found.** Mai mult decât atât, 57% dintre femeile cărora le-a murit un copil au afirmat că cel puțin unul a decedat în prima lună, iar 89% că acest lucru s-a întâmplat în primul an din viață (7% dintre toate femeile care au născut cel puțin un copil). Având în vedere procentele ridicate, devine clară importanța obiectivului mediatorilor sanitarilor de a sprijini mamele pentru rezolvarea acestei probleme (prin vaccinarea copiilor, promovarea alimentației la sân, oferirea de sfaturi despre alimentație, oferirea de lapte praf, îmbunătățirea accesului la serviciile medicale prin asigurarea copiilor și sprijinirea mamelor pentru a merge la medic cu copiii pentru consult etc.).

Procentul femeilor ce au spus că și-au consultat ultimul născut în prima lui lună de viață este unul ridicat – 89% în comunitățile cu mediatorii sanitari și 88% în comunitățile fără - Tabelul 19. Și distribuția persoanelor ce au consultat noii născuți în prima lună este similară: medicii consultând copiii în 75 și respectiv 74% dintre cazuri, asistenta medicală a medicului în 23% dintre cazuri în ambele tipuri de comunități etc. - **Error! Reference source not found.** Singurele diferențe semnificative sunt cele pentru asistenta medicală comunitară (ea fiind menționată de 6% dintre femei în comunitățile cu mediatorii sanitari și de 1% în cele fără mediatorii) și mediatoarea sanitară ce a fost menționată de 15% dintre femeile din comunitățile în care acestea activează. Și în privința sfaturilor despre consultul în prima lună există o diferență semnificativă între cele două tipuri de comunități – 33% dintre femeile din zonele cu mediatore sanitarile au menționat că nimeni nu le-a sfătuit, pe când procentul este de 52% în celelalte tipuri de zone (diferența este datorată implicării mediatorilor sanitarilor).

Procentele sunt apropiate (și chiar mai ridicate) și pentru vaccinarea ultimului născut (93 față de 94%). Singura diferență (fără impact însă asupra comportamentului) este că în comunitățile cu mediatore procentul persoanelor sfătuite de altcineva este cu aproape 20 de puncte procentuale mai ridicat decât în celelalte comunități (în acestea din urmă femeile spunând într-o proporție mai mare că s-au gândit singure să-și vaccineze copiii sau că medicii le-au cerut acest lucru) - **Error! Reference source not found.** În ceea ce privește sursa sfatului pentru vaccinare, distribuția persoanelor este identică pe cele două tipuri de zone – singura diferență fiind procentul ridicat (37%) în zonele cu mediatore sanitarile - **Error! Reference source not found.** Datele calitative sugerează că structurile informale sunt mai puternice în comunitățile în care nu există mediator sanitar sau asistentă medicală comunitară (compensând practic munca pe care ar îndeplini-o acestea).

„Ne trimite vorbă prin cineva care e de prin zonă și a avut treabă la spital. Dacă se duce vreo vecină la spital și trebuie să ne cheme la vaccin, îi zice ei să ne zică. Și ea ne zice și noi ne ducem și îi face vaccin.” (Femeie romă, comunitate fără mediator sanitar)

Tabelul 19 Indicatori privind consultul și vaccinarea ultimului născut, pe tipuri de comunități, (%)

	Comunități cu mediatorii sanitari	Comunități fără mediatorii sanitari	Diferență	Total eșantion
% femelor cărora li s-a consultat ultimul născut în prima lui lună de viață	89	88	2	89
Până în prezent ați vaccinat ultimul născut?	93	94	-1	93
R a fost sfătuită de cineva cum să	53	30	23***	42

hrănească copilul în primele 6 luni				
R a fost sfătuită de cineva cum să hrănească copilul în primul an de viață	55	32	23***	44

* $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$

53% dintre femeile din zonele cu mediatore sanitare au declarat că au fost sfătuite cum să-și hrănească copilul în primele 6 luni de viață, în timp ce în zonele de control procentul este de doar 30% (diferențe similare se regăsesc și în cazul indicatorului extins la primul an de viață al copilului) - Tabelul 19. În acest caz, diferențele de procente se datorează sfaturilor primite de la mediatoarea sanitară, asistenta medicală comunitară și asistenta medicală a medicului de familie - **Error! Reference source not found.** și **Error! Reference source not found.**

3.5. Factori care limitează efectele acțiunii mediatorilor sanitare în comunități

În discuțiile cu diferiți actori comunitari și cu persoane de etnie romă au fost menționate foarte frecvent o serie de condiții obiective, structurale, care afectează atât starea de sănătate a romilor cât și accesul lor la servicii de sănătate: lipsa resurselor financiare, lipsa locurilor de muncă, stocul educațional insuficient, lipsa actelor de identitate și de proprietate, condițiile de locuire improprii, lipsa accesului la utilitățile publice, resemnarea în fața bolilor și altele. Problemele din această categorie (ce pot fi numite generic problemele sociale ale comunităților de romi) constituie însăși justificarea prezenței mediatorilor sanitare în aceste comunități, dar afectează de multe ori prin caracterul lor structural și prin persistența lor, capacitatea mediatorilor sanitare de a îmbunătăți situația. Problemele sociale cumulate duc uneori la izolarea persoanelor și a comunitățile de serviciile publice - sunt exemple în interviurile realizate în care romii declară că nu au apelat niciodată la primărie, nici măcar pentru a solicita alocații de sprijin (același lucru poate fi valabil și pentru accesarea serviciilor medicale, ale serviciilor de gospodărire comunală etc.). Putem spune că eticheta de "asistat social" aplicată uneori nedrept persoanelor din aceste comunități este în aceste cazuri de excludere socială o supraestimare a situației.

"Că dacă omul nu vine să zică că îi trebuie ceva, noi de unde să știm să le dăm, nu? Că dacă ar fi venit să zică, uite, am TB Cul, uite nu știu ce, uite ce trebuie să fac, atunci ai zice, ai putea să spui că uite, omul ăsta are nevoie, dacă ar fi fost Saveta, uite, s-ar fi dus și-ar fi rezolvat. Dar nici nu vine nimeni și-atunci nu putem să ne dăm seama dacă au nevoie sau nu au nevoie." (Asistent social comună în care a existat mediator sanitar).

"Dar au rămas oameni neînscriși la medicul de familie, copii neînscriși la medicul de familie, mame gravide fără niciun Dumnezeu, care nu au nici o apartenență la... adică vă spun, lucrurile se pot spune în 2 cuvinte: în momentul în care omul este necăjit, indiferent că-i de etnie sau român, nu mai pleacă de-acasă. Nici să se ducă la medic, să se controleze dacă e foarte bolnav, nici să se ducă să-și caute loc de muncă, pentru că acolo trebuie copii, înscriere acte și el n-are bani de o copie sau de ceva..." (Director DAS, oraș cu mediator sanitar).

Condițiile de viață - locuire

De multe ori, problemele de sănătate sunt evaluate de către romi ca reprezentând inconveniente de ordin secundar prin comparație cu standardul scăzut de viață (în principal lipsa banilor) și cu efectele acestuia. Lipsa locurilor de muncă face ca această situație să fie una cronică, fără perspective reperabile pe termen scurt. Acestea sunt motivele invocate ce par să le blocheze unora dintre ei accesul la serviciile unui medic (în primul rând ale unui medic specialist, dar și ale unui medic de familie).

"Principala problemă, dar nu este specificul etniei - este specifică zonei, este absența locurilor de muncă. (...) este conform ultimelor evaluări cel mai sărac județ din țară, am reușit să depășim și (...) și, exceptând partea de contrabandă, și așa... în rest nu o duce nimeni bine indiferent de etnie." (Reprezentant primărie, oraș cu mediator sanitar).

"Faptul că n-au serviciu, faptul că mulți nu sunt incluși în sistemul educațional și nu urmează o școală și se confruntă cu condiții grele de trai. Fură cablu, nu au curent, nu îl plătesc, n-au cum să-l plătească." (Medic de familie, oraș cu mediator sanitar)

"Eu când am preluat ca să fiu reprezentantul romilor am făcut o statistică și era 64% analfabetismul în comunitate (...) cu ajutorul domnului Lucian Gheorghe am reușit ca să înființăm 5 clase de șansa a doua la Școala Generala nr. 14, că este cea mai apropiată școală." (Lider rom, oraș în care nu mai există mediatore sanitară)

Una din categoriile de probleme care se repercutează direct asupra stării de sănătate, și care este expresia resurselor economice ale gospodăriilor, se referă la condițiile de locuire ale romilor. Doar 46% dintre intervievați din zonele cu medietori sanitari din mediul rural și 50% din urban au acte asupra locuinței în care stau, fie că aceasta este locuința proprie, locuința părinților sau obținută de la stat - **Error! Reference source not found.** În anumite comunități procentul este însă mult mai scăzut – într-una dintre comunele cuprinse în cercetarea calitativă se pare că ponderea gospodăriilor cu acte pe locuință nu depășește 15% din total. Accentul pus în programele de îmbunătățire a situației romilor pe un stil de viață sănătos nu poate fi transformat într-un obiectiv fezabil de atins în condițiile în care multe gospodării nu au acces nici măcar la utilitățile publice.

Tabelul 20 Gospodării din zonele cu medietori sanitari conectate la utilități, după mediu de rezidență, (%)

Utilități	Comună	Oraș	Total
Canalizare	1	28	12
Curent electric	90	85	88
Gaze	1	10	5
Rețeaua de termoficare publică	1	5	2
Rețeaua de apă curentă	36	55	44

Lipsa apei curente într-o pondere atât de ridicată de locuințe conduce la imposibilitatea asigurării unei igiene minime. Interviurile cu persoane de etnie romă au atins frecvent acest subiect, fiind descrise strategiile pentru a obține apă, din surse publice, de la vecini etc. Dacă marea majoritate a gospodăriilor din mediul rural au asigurată o sursă decentă de încălzire (99%, aproape toți folosind sobe) în schimb 17% dintre gospodăriile din orașe nu își încălzesc locuința sau folosesc materiale improprie în acest scop - **Error! Reference source not found.**

"Nu știu dacă ați ajuns în ghetouri, să vedeți ce e acolo, cum trăiesc oamenii aceia. Trăiesc în sărăcie, sunt blocurile alea fără apă, fără toalete, trăiesc mulți într-o cameră și ce să vă mai spun.... vă îngroziți dacă ajungeți acolo. Pe ăia să îi ajute, ca eu de bine de rău trăiesc, mai greu, mai ușor..."(Rom, oraș mare cu mediator sanitar)

"Toată strada aia avea un singur număr. Și te duceai să-l cauți pe Gabor, nu știu, Ștefan, și era unul mic, și unul mare, și unul bătrân, și încă doi... și uită-te de unde să-i iei. După care, cei de la evidența populației și am impresia și cei de la Rial în perioada aia le-au dat câte-o literă pe casă, câte-un număr în plus.

Și-acum au și acte pentru locuințe?

Da, acum au contracte de închiriere, dar și aici, iar e o chestie așa, eu o consider discriminare, deși eu sunt mai pesimistă, mai.. văd rău în tot. Contractele lor sunt numai pe un an de zile și în fiecare

an vin să le reinnoiască.” (Interviu fostă mediatoare sanitară oraș mare)

”Nu avem oameni angajați, trăim din mila Domnului, dintr-un ajutor social de 2 milioane 2 sute și alocația copiilor, trăim 15 persoane. Am 3 camere din tablă și celofan, fără lumină, fără apă de 10-11 ani, copiii merg la școală, nepoții, ceilalți, mai mici, merg la grădiniță...” (Rom, oraș mare)

Condițiile improprie de locuire sunt asociate uneori și cu neînscriserea la școală sau cu abandonul școlar al copiilor romi. La toate aceste probleme se adaugă alimentația inadecvată. Toate acestea sugerează faptul că nu doar ”cultura sanitară” a romilor reprezintă sursa percepției că problemele de sănătate sunt mai puțin importante – pe primul plan sunt puse adesea nevoile ce țin de supraviețuirea imediată (de multe ori chiar ”simplă” asigurare a hranei). De aceea problemele de sănătate sunt receptate mai degrabă pasiv, ceea ce face rolul mediatorului sanitar încă și mai important.

”Aveau o oala de 10 kilograme și pur și simplu fierbeau niște resturi de la probabil vreun animal, cred că porc ceva, și toată lumea, inclusiv aia mici de un an-doi, mâncau la fel. De asta vă zic. Ați înțeles? Sunt câteva familii la noi în (...) de acest fel.” (Mediatoare sanitară, comună)

”Eu am 4 ani de zile de când mă zbat să fac un tomograf la copil și nu reușesc nici astăzi. N-am reușit, pentru că este 4 milioane și n-am posibilitatea. Eu am 4 milioane lunar pe lună, la atâtea capete de oameni, din care să mănânce, să-i îmbraci, un dero, un săpun...” (Beneficiar rom, oraș cu mediator sanitar).

Cultura sănătății

În multe comunități, au fost identificate elemente reziduale ale unei culturi sanitare tradiționaliste a romilor. Deși este vorba despre cazuri mai degrabă izolate în totalul populației din comunitățile respective, acestea reprezintă beneficiarii prioritari ai mediatorilor sanitari. Atitudini rezistente au fost identificate mai ales în ceea ce privește acceptarea vaccinurilor pentru copiii de vârste mici și în problemele care țin de modelul familial (vârsta la căsătorie, vârsta la naștere, numărul de copii) și reproductiv (gradul de acceptare și mai ales utilizare a mijloacelor contraceptive).

”Romii sunt obișnuiți ca să trăiască puțin.... cum să zic, nu consideră ei că medicina e un punct principal în sănătate și în viața omului.” (Lider comunitate romi oraș în care nu mai există mediator sanitară)

Diminuarea investiției în sănătate și problemele sistemului sanitar

Un alt factor care afectează direct performanțele mediatorului sanitar este restrângerea finanțării pentru sănătate de la bugetul central și deprecierea serviciilor de sănătate. Consecințele vizibile sunt spitale care se închid, număr de angajați care se reduce, supra-aglomerarea medicilor de familie în anumite comunități. Astfel, în unele dintre comunele cuprinse în cercetarea calitativă, am identificat situații în care spitalele din localitățile mai apropiate au fost închise, rămânând disponibilă doar soluția drumului în orașul reședință de județ. Acest tip de situație conduce la percepția autorităților conform căreia mediatorul sanitar, în comparație cu aceste probleme structurale ale sistemului de sănătate, reprezintă doar un ”moft”. În condițiile în care primăriile, la rândul lor, se confruntă cu probleme în managementul financiar și cel al resurselor umane, este dificil de construit o argumentație convingătoare privind necesitatea susținerii programului de mediere sanitară (chiar dacă salarizarea mediatorului sanitar presupune costuri relative scăzute și poate fi considerată ca o soluție compensatorie adresată populației vulnerabile la problema restrângerii serviciilor din sistemul sanitar public).

Concluzii

Studiul de față desfășurat în perioada aprilie-iunie 2011 a avut ca obiective principale: a. măsurarea impactului real pe care mediatorii sanitari l-au avut în procesul de îmbunătățire a accesului romilor la serviciile de sănătate și b. evaluarea modului în care s-a desfășurat procesul de descentralizare cu efectele acesteia (incluzând aici inclusiv descrierea atribuțiilor mediatoarelor sanitare, a relațiilor dintre acestea și autoritățile locale/județene, resursele disponibile precum și nevoile resimțite de către mediatoare sau alți actori relevanți).

Pentru a răspunde acestor întrebări a fost realizat un sondaj la nivelul a 1499 de gospodării de romi (787 din 38 de comunități cu mediatorii sanitari și alte 712 din 37 de zone similare fără mediatorii sanitari – reprezentând un grup de control). În plus, la nivelul localităților cu mediatorii sanitari anchetate, s-au aplicat chestionare și autorităților locale (primar/viceprimar/secretar) precum și mediatoarelor sanitare (29 de chestionare valide cu autorități și alte 31 cu mediatorii sanitari).

Implementarea programului de mediere sanitară

Cei mai mulți dintre mediatorii sanitari cuprinși în sondajul dedicat acestei categorii de respondenți au fost angajați în perioada 2006-2007, însă există și persoane angajate la începutul programului (2002) sau angajate mai recent (chiar și în 2011).

Decizia de a înființa postul de mediator sanitar într-o anumită localitate cât și alegerea persoanei care să îl ocupe par să fie rodul unei colaborări dintre Ministerul Sănătății /DSP și organizații ale romilor NGO și Partida Romilor prin reprezentanții ei locali. Nu întotdeauna actorii relevanți sunt de acord cu privire la focalizarea teritorială a programului, fiind menționate cazuri de mediatoare în comunități cu mulți beneficiari, mediatoare în comunități mai mici precum și comunități importante numeric și deprivat social unde nu există mediatoare. În unele localități unde nu a fost angajată o mediatoare sau postul a fost pierdut, liderii comunității dar și alți actori reclamă (re)angajarea uneia.

Mediatoarele sanitare acoperă în medie 3 zone de romi, însă există și mediatoare sanitare care se ocupă de mai multe localități și altele care au în răspundere un număr mare de zone de romi (în mai multe localități sau într-una singură) - 9 din 32 mediatoare intervin în cel puțin 4 comunități. Aceste cifre sunt cu siguranță expresia nevoii locale pentru serviciile oferite, însă ridică semne de întrebare cu privire la promptitudinea intervenției mediatoarelor sanitare și a capacității de supraveghere a comunităților.

Sistemul bottom-up prin care se dorea promovarea mediatoarei de către comunitățile beneficiare sau reprezentanți ai romilor a funcționat într-o bună parte din localități (10 mediatoare din 32 declară că au fost recomandate de liderii informali ai comunităților, 9 de către expertul pe problemele romilor din primărie). Criteriile pentru încadrarea în funcția de mediator sanitar (etnia romă, apartenența la comunitate, stăpânirea limbii romani, nivel mai ridicat de educație) nu au funcționat ca niște cerințe-filtru, persoanele care nu se încadrau nefiind automat excluse.

Practica cea mai obișnuită, după cum indică informațiile calitative culese din teren, pare a fi cea a reangajării anuale a mediatoarelor sanitare, atât înainte cât și după descentralizare. De la angajare, mediatorii sanitari și-au reînnoit contractul cel puțin o dată, jumătate dintre persoanele anchetate

reînnoindu-și contractul de mai mult de patru ori. Făcând media pe mediatorii sanitari chestionați, o reangajare apare la aproximativ 2 ani.

Și părerile despre natura efectelor descentralizării asupra programului sunt împărțite la nivelul actorilor locali relevanți, dar cert este că, cel puțin pentru moment, această etapă a programului a indus un sentiment puternic de incertitudine printre mediatorii sanitari cu privire la viitorul locului lor de muncă. Percepția generală, chiar și printre susținătorii angajării mediatorilor la nivelul primăriilor, este că transferul nu a fost suficient pregătit astfel încât să se asigure asumarea programului de către noii angajatori. Un factor important l-a constituit faptul că înainte de 2009 primăriile au fost prea puțin sau deloc în temă cu activitatea mediatoarelor sanitare. În plus, incertitudinea din etapa descentralizării a fost agravată și de întârzierile apărute inițial în transferul către primării al sumelor de bani destinate salarizării mediatoarelor sanitare

Au apărut și alte riscuri odată cu trecerea mediatoarelor sanitare în responsabilitatea primăriilor: unele au fost amenințate cu înlocuirea, și am identificat chiar și un caz de schimbare pe post, decidenții din primărie preferând altă persoană. Există și rezultate neașteptate ale descentralizării cum ar fi faptul că unele contracte au fost încheiate pe perioadă nedeterminată: 10 din 32 mediatore au susținut acest lucru (situația a fost întâlnită și într-unul dintre studiile de caz realizate).

Relația mediatoarelor sanitare cu actorii relevanți

În general, reprezentanții primăriilor consideră că mediatoarele sanitare au în comunitate un rol distinct, cu alte cuvinte activitățile lor nu se suprapun deloc sau se suprapun doar într-o mică măsură cu cele îndeplinite de alți actori comunitari, precum medicul de familie și asistenta medicală, asistentul medical comunitar, asistentul social din primărie, consilierul local pe probleme de romi, liderul informal din localitate, mediatorul școlar sau reprezentanții DJSP. Întrebați cât de frecvent interacționează cu acești actori instituționali, un număr ridicat de mediatorii sanitari declară că se întâlnesc zilnic sau în cel mai rău caz săptămânal cu medicul de familie și asistenta acestuia (situație de altfel previzibilă), dar și cu conducerea primăriei. Întâlnirile cu reprezentanții DSP sunt lunare după cum reiese atât din interviuri cât și din anchetă (18 mediatorii sanitari au ales această variantă de răspuns) sau uneori trimestriale. În general, am identificat relații funcționale de colaborare cu medicii de familie dar apar și situații izolate în care medicii de familie par mai degrabă să tolereze prezența mediatoarelor sau consideră chiar că activitatea acestora este inutilă.

În momentul de față, în unele comunități de romi este activă o rețea de asistență socială extinsă, pe lângă lucrătorii deja menționați mai fiind importanți și asistenții sociali angajați în unele spitale. Tuturor acestor actori comunitari li se adaugă în anumite comunități reprezentanții unor ONG-uri cu programe derulate local. Nu este rară situația în care am constatat că lipsește orice strategie integrată la nivel localității prin care intervenția acestor actori să fie corelată, strategie care, în mod firesc, mai ales după descentralizare, ar trebui să fie elaborată la nivelul primăriei, respectiv al Direcției de Asistență Socială locale. A fost identificată o anumită lipsă de comunicare între DSP și primării - reprezentanții DSP nu știu motivele pentru care în unele primării nu mai există mediatorii sanitari, iar uneori activitatea DSP se rezumă la contabilizarea primăriilor în care s-au păstrat aceste posturi. Reprezentanții DSP au o atitudine ambiguă față de program, uneori fiind evidentă tendința lor de a se delimita de orice responsabilitate cu privire la program.

Monitorizarea și evaluarea mediatoarelor sanitare

Deși în contractele de muncă este stipulată obligația de a prezenta regulat (cel mai adesea lunar) rapoarte de activitate, destinatarul rapoartelor de activitate fiind în special DSP, aceste rapoarte rămân doar o formalitate, în condițiile în care mediatoarele sanitare primesc rar feedback pe

conținutul lor. Interviuurile au indicat, din nou, situații foarte diferite în teritoriu în ceea ce privește monitorizarea și evaluarea. Astfel, există totuși primării care cer rapoarte de activitate săptămânale, dar acestea sunt mai degrabă excepțiile. Aproape o treime din respondenții din cadrul primăriilor și dintre mediatoarele declară că mediatoarele sanitare au fost evaluate cel puțin o dată, prin aceasta înțelegând o analiză a activității lor mai serioasă decât simpla lectură a rapoartelor de activitate periodice, în cadrul primăriei sau a Direcției de Asistență Socială. Atunci când au fost rugați să indice criteriile de performanță care au stat la baza evaluării, reprezentanții autorităților locale nu au oferit însă răspunsuri convingătoare.

Activitățile mediatoarelor sanitare

Suprasolicitarea mediatoarelor sanitare este vizibilă nu doar prin analiza numărului de zone de romi acoperite ci și prin analiza numărului de beneficiari, mai bine de 1400 de romi în medie (1421). Este important de accentuat faptul că intervenția mediatorului – după cum reiese din interviuri - nu se rezumă la romi ci este extinsă și la persoanele de etnie română din zonele de romi. Uneori, sunt “preluate” cazuri din afara zonelor pentru care mediatoarea sanitară este oficial responsabilă (așadar, numărul de persoane ar putea fi ceva mai ridicat decât estimările strânse prin această anchetă). Totuși, cu o singură excepție, toți mediatorii sanitari chestionați au o fișă a postului și consideră că pot să îndeplinească sarcinile prevăzute în această fișă.

Activitățile de care se ocupă cel mai frecvent mediatoarele sanitare, dacă ținem cont de numărul de persoane care au declarat că au făcut aceste lucruri în ultima lună, sunt de facilitare a vaccinării (activitate menționată de cei mai mulți respondenți), catagrafierea gravidelor, catagrafierea lehzuzelor, consiliere pentru sarcină, consiliere pentru îngrijirea sugarului, consiliere pentru alăptare. Printre cele mai importante activități pe care le desfășoară mediatoarele după estimările proprii (respondenții au fost rugați să indice 3 opțiuni), se află informarea privind vaccinarea precum și depistarea și consilierea gravidelor. Nu există un calendar al activităților, mediatoarea sanitară lucrează după un program variabil care este influențat de cazurile care apar pe teren, de programările pentru vaccinare, de campaniile de sănătate. În stabilirea priorităților de acțiune ale mediatorului sanitar, conform datelor de anchetă, se pare că un rol esențial îl are medicul de familie

Pe de altă parte, mediatoarele desfășoară și activități care nu sunt prevăzute în fișa postului – (12 persoane au menționat această situație). Aceste activități nementionate în fișa a postului au legătură cel mai adesea cu activitatea Direcției de Asistență Socială, pentru anchete sociale sau pentru sprijin în alcătuirea dosarului necesar evaluării eligibilității pentru anumite ajutoare (alocație pentru susținere, ajutor social, indemnizație pentru creșterea copilului, ajutor pentru încălzire, alocație de susținere pentru familiile cu mulți copii). Alte activități nespecifice fișei postului menționate în sondaj au fost: informații de la primărie pentru comunitate, sesizări la poliție, consilierea persoanelor abuzate, sprijin acordat pentru obținerea unui cămin etc.. Conform interviurilor, mediatoarele sanitare au derulat, fără ca acest lucru să fie formalizat în acte, multe activități care nu au legătura cu fișa postului (exemple: anchete sociale, împărțire de alimente, poștaş, firmă de curierat, magazinieră, descărcare materiale).

Nevoile de instruire

Cele mai multe mediatoarele nu au lucrat înainte de a ocupa această poziție sau au avut un statut ocupațional vulnerabil, angajarea acestor persoane putând fi contabilizată ca un impact pozitiv direct al programului. În ciuda pregătirii inițiale considerate ca adecvate, mediatorii sanitari consideră că șocul intrării în comunitate a fost unul puternic pentru ei, întâmpinând dificultăți în atragerea încrederii beneficiarilor. Atât reprezentanții DSP cât și mediatoarele sanitare declară că este necesar

ca acestea din urmă să participe cu regularitate la cursuri de formare. Cursurile de instruire considerate ca necesare nu ar urma să se refere mai ales la informații medicale, ci să ofere pregătire în alte domenii cum ar fi comunicare, informatică, psihologie, asistență socială etc.

Salarizare și resurse

Mediatoarele sanitare sunt mai degrabă nemulțumite sau foarte nemulțumite de salariile pe care le primesc. Nivelul salariilor este ușor diferit de la o localitate la alta în funcție de grila de încadrare a spitalului în care mediatoarele sanitare au funcționat anterior. Insatisfacția cu privire la nivelul salariilor și nesiguranța locului de muncă reprezintă principalele surse de orientare a lucrătoarelor din sistemul de mediere sanitară către alte meserii, atunci când apar oportunități de acest tip.

În privința resurselor importante sau foarte importante pentru munca mediatorului sanitar, reprezentanții primăriilor identifică mai ales (peste 8 din 10 respondenți) cartelele telefonice, un calculator și acces la internet, materialele informative privind sesiunile educative. Acestea nu sunt însă resurse de care mediatoarele sanitare dispun în prezent. Importante au fost considerate și existența unui spațiu de lucru propriu și disponibilitatea unei truse de prim-ajutor.

Lipsește resursele medicale necesare pentru a realiza primul diagnostic – mai necesare decât alte “dotări”. Dacă în perioada angajării la DSP mai existau totuși anumite resurse pe care le puteau accesa, primăriile nu mai oferă nici măcar mijloacele de bază pentru desfășurarea activității, cum ar fi caietele pe care mediatoarele sanitare să țină evidența cazurilor.

Percepția asupra perspectivelor programului

Atât mediatoarele sanitare cât și reprezentanții autorităților locale, tind să adopte o atitudine de optimism moderat cu privire la viitorul meseriei de mediator sanitar, dacă analizăm doar răspunsurile la anchetele întreprinse cu aceste două categorii. În schimb, interviurile în profunzime au dezvăluit o percepție mult mai puțin pozitivă privind perspectivele programului, caracterizată prin incertitudine și chiar pesimism în unele cazuri.

Interacțiunea cu mediatoarea sanitară și satisfacția cu activitatea acesteia

Informația de tip cantitativ a fost completată de date de interviu realizate la nivel local și județean. Astfel, au fost realizate studii de caz în 6 localități cu mediatori sanitari, 4 ce au avut angajați în trecut mediatori sanitari și alte 2 ce nu au avut niciodată angajate persoane cu această funcție. Interviurile la nivel local au fost dublate de interviuri la nivel județean/regional cu reprezentanți ai Direcțiilor de Sănătate Publică sau cu ONG-ru ce au ca obiectiv sprijinirea mediatorilor sanitare.

Datele de sondaj la nivelul comunităților cu romi acoperite de mediatoarele rome ne indică un procent de 95% dintre respondenți ce au afirmat că știu personal mediatoarea sanitară, cu diferențe semnificative pe medii – 91% în rural și doar 77% în urban. Mai mult decât atât, dacă în rural 84% au menționat că văd mediatoarea în zonă cel puțin o dată pe săptămână, în mediul urban procentul ajunge la mai puțin de 50% (34% din din urban au văzut-o chiar la mai puțin de o lună sau chiar nu au văzut-o deloc). Diferența pe medii este explicabilă având în vedere numărul ridicat de zone/beneficiari ce corespunde unui mediator sanitar în mediul urban comparativ cu cel din rural.

În ceea ce privește ajutorul acordat de mediatoarea sanitară, pe lângă diferența pe medii apar și alte variabile relevante – numărul de copii din gospodărie, genul respondentei (femeile declarând într-o măsură mai ridicată decât bărbații că au fost ajutate de mediatoarea sanitară) precum și nivelul de

educație al respondentului (cu cât acesta este mai ridicat cu atât probabilitatea de a declara că a fost ajutat este mai ridicată).

Accesul la serviciile sociale și de sănătate de bază

Peste 97% dintre respondenți dețin certificate de naștere și acte de identitate (în cazul persoanelor de 15 ani și peste) atât în comunitățile cu mediatori sanitari cât și în cele fără. Există însă diferențe semnificative statistic între cele două tipuri de comunități în ceea ce privește asigurările de sănătate – 85% dintre romii din comunitățile cu mediatori au declarat că au asigurări, în timp ce în zonele de control procentul a fost de doar 75% (diferența este mai redusă la minori și persoanele în vârstă și mai ridicată chiar la persoanele adulte, cele mai vulnerabile la lipsa asigurărilor de sănătate) - ceea ce sugerează un impact real al programului asupra acestei componente. I

Programul pare să aibă impact și asupra înscrierii la medicul de familie (ce nu se suprapune perfect peste statutul de asigurat) – procentul de persoane înscrise este de 96% în comunitățile cu mediator față de 92% în cele fără.

Accesarea serviciilor de sănătate (măsurată prin vizita la medic în ultimul an și prin vizita pentru un consult preventiv/afecțiuni ușoare este mai ridicată de asemenea în cazul respondenților din comunitățile cu mediatori sanitari comparativ cu cei din zonele fără mediatori sanitari (chiar și atunci când ținem sub control alți factori semnificativi cum ar fi vârsta și sexul respondentului).

Sarcini și utilizarea mijloacelor contraceptive

Unul dintre obiectivele programului de mediere sanitară îl reprezintă îmbunătățirea accesului la metode de planificare familială și creșterea nivelului de educație sanitară. Totuși, programul nu a avut impact semnificativ asupra numărului de sarcini pe care femeile rom le-au avut (indiferent că vorbim de nașteri, avorturi provocate sau spontane). Este important însă de spus că 87% dintre femeile 15-49 de ani au avut cel puțin o sarcină până în prezent și 38% dintre ele au rămas însărcinate de mai mult de 5 ori. Mai mult decât atât, jumătate dintre femeile chestionate au făcut cel puțin un avort provocat (15% au avut chiar 4 sau mai mult de 4 avorturi provocate) – de altfel 18% dintre femei au afirmat că la ultima sarcină au ales să avorteze. Nici în cazul avorturilor spontane (datorate în principal problemelor de sănătate, a neîngrijirii medicale sau a lipsei de investigații pentru depistarea problemelor de sănătate) procentele nu sunt foarte reduse – aproape un sfert dintre femeile interviewate declarând că au avut cel puțin un astfel de avort de-a lungul vieții.

Nici în ceea ce privește vârsta la prima naștere nu observăm un impact semnificativ al programului de mediere sanitară (distribuția vârstelor pe comunitățile cu mediatori și fără sunt similare). Situația este însă dramatică având în vedere că la nivelul întregului eșantion 9% au rămas însărcinate pentru prima oară până la 14 ani și alte 41% până la 17 ani (doar 4% dintre femei rămânând însărcinate după 24 de ani).

Aproximativ 86% dintre respondenți au declarat că au auzit de "metode pentru a nu face copii" (în comunitățile cu mediatore 48% menționându-le și pe acestea ca sursă de informare). Totuși, mai puțin de 40% din total eșantion au declarat că au folosit cel puțin o dată o metodă contraceptivă și 20% afirmă că folosesc astfel de metode în prezent (procentul este același în ambele tipuri de comunități ceea ce indică o lipsă a impactului programului asupra acestei componente). Relevant este și procentul ridicat de respondente care au declarat că nu cunosc nici o altă femeie care să folosească metode pentru a evita sarcina (43% în comunitățile cu mediatori sanitari și 53% în cele fără).

Relevant pentru comportamentul femeilor din zonele analizate este faptul că deși 54% dintre ele declară că nu își mai doresc nici un copil, totuși doar un sfert utilizează metode contraceptive în prezent (procent apropiat de cel al persoanelor care își doresc cel puțin un copil sau de cel al persoanelor care afirmă că își doresc "câți dă Dumnezeu"). Important este de asemenea de semnalat faptul că doar un sfert dintre femeile care au avortat la cerere la ultima sarcină utilizează în prezent metode contraceptive. Datele ne arată că șanse mai ridicate de a folosi metode contraceptive în prezent au femeile cu vârste între 30-39 de ani, ce nu își mai doresc copii, ce cunosc alte persoane din comunitate ce folosesc metode contraceptive și care au primit în ultimul an prezervative sau pilule contraceptive.

Îmbunătățirea stării de sănătate a mamei și copilului

În comunitățile cu mediatori sanitari 53% dintre femeile au fost sfătuite de cineva din afara gospodăriei să meargă la un consult pe perioada sarcinii, față de doar 34% în grupul de control (diferența dintre cele două grupuri se datorează exclusiv mediatoarelor sanitare, informarea de către celelalte persoane – medic de familie, asistentă medicală etc. – fiind practic în oglindă). Persoanele sfătuite de către mediatoarele sanitare sunt într-o măsură mai mare mai tinere, din rural și cu asigurare medicală. Important este faptul că atunci când ținem sub control alte variabile cum ar fi vârsta, statutul marital sau faptul că respondentă este asigurată sau nu, faptul că persoana este sfătuită de către mediatoarea sanitară îi crește acesteia șanse de a merge la consult de 4 ori comparativ cu o altă persoană ce nu a fost sfătuită de aceasta (este relevant de precizat că atunci când medicul de familie sau asistenta acestuia sfătuiește direct persoana însărcinată șansele ca aceasta să meargă la consult sunt de 8 ori mai mari decât cele ale unei alte persoane).

În ceea ce privește sănătatea copilului, observăm procente extrem de ridicate de femei ce merg cu copilul la medicul de familie în prima lună de viață a acestuia pentru un consult atât în comunitățile cu mediatoare cât și în cele fără (89% și respectiv 88%). Procente chiar mai ridicate (de asemenea similare în abele tipuri de comunități) apar în cazul vaccinării ultimului născut (93% față de 94%). Comportamentul mamelor este similar, deși mediatoarele se implică extrem de mult în comunitățile în care activează (37% dintre femei au declarat că au fost sfătuite de mediatoare în ceea ce privește vaccinarea). O posibilă explicație o reprezintă faptul că structurile informale de presiune pentru sănătatea copiilor sunt puternice (și) în comunitățile în care nu există mediator sanitar sau asistentă medicală comunitară (compensând munca pe care ar îndeplini-o acestea).

Mediatoarele sanitare par a se implica în mod semnificativ în informarea mamelor în legătură cu modul în care ar trebui hrăniți copiii în primele 6 luni sau în primul an de zile. Astfel, în zonele cu mediator 53% au declarat că au fost sfătuite de cineva în legătură cu acest aspect, în timp ce în comunitățile de control procentul este de doar 30% (diferența datorându-se în principal acțiunii mediatoarelor sanitare).

Factori care limitează efectele acțiunii mediatoarelor sanitare în comunități

În discuțiile cu diferiți actori comunitari și cu persoane de etnie romă au fost menționate foarte frecvent o serie de condiții obiective, structurale, care afectează atât starea de sănătate a romilor cât și accesul lor la servicii de sănătate: lipsa resurselor financiare, lipsa locurilor de muncă, stocul educațional insuficient lipsa actelor de identitate și de proprietate, condițiile de locuire improprie, lipsa accesului la utilitățile publice, resemnarea în fața bolilor și altele. Aceste probleme constituie însăși justificarea prezenței mediatoarelor sanitare în comunitățile de romi dar afectează de multe ori nu doar starea de sănătate a acestora, precum și gradul în care accesează serviciile de sănătate ci și,

prin caracterul lor structural și persistența lor, și capacitatea mediatorilor sanitare de a îmbunătăți situația.

Una din categoriile de probleme care se repercutează direct asupra stării de sănătate, și care este expresia resurselor economice ale gospodăriilor, se referă la condițiile de locuire ale romilor. Doar 46% dintre intervievați din mediul rural și 50% din urban au acte asupra locuinței în care stau, fie că aceasta este locuința proprie, locuința părinților sau obținută de la stat. Mai grav este că doar 36% din gospodăriile din rural și 55% din gospodăriile din rural au acces la rețeaua de apă curentă, ceea ce înseamnă implicit imposibilitatea asigurării unei igiene satisfăcătoare. Ponderi încă și mai scăzute au acces la rețeaua de canalizare. La aceste probleme de ordin structural se adaugă alte obstacole în activitatea mediatorilor sanitare, persistența unor modele culturale tradiționaliste ale unor romi și constrângerile din sistemul sanitar și din sistemul bugetar în ansamblul său.