

BUGETUL SENSIBIL LA DIMENSIUNEA DE GEN ȘI DREPTURILE REPRODUCTIVE ALE FEMEILOR

PACHET DE RESURSE





UNFPA, Fondul Națiunilor Unite pentru Populație este o agenție internațională de dezvoltare care promovează dreptul fiecărei femei, bărbat sau copil de a se bucura de o viață sănătoasă și de oportunități egale. UNFPA acordă asistență țărilor pentru utilizarea datelor despre populație în ce privește politicile și programele de reducere a sărăciei și pentru a asigura ca fiecare sarcină să fie dorită, fiecare naștere să fie lipsită de risc, fiecare tânăr să fie scutit de HIV/SIDA și fiecare fată și femeie să fie tratată cu demnitate și respect.

UNFPA – deoarece fiecare contează

Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA)

Strada 42 de Est, 220

New York, NY 10017

SUA

www.unfpa.org



UNIFEM, Fondul Națiunilor Unite de Dezvoltare pentru Femei oferă asistență tehnică și financiară pentru programele și strategiile inovatoare care promovează drepturile umane, participarea politică și securitatea economică a femeilor. UNIFEM activează în parteneriat cu organizațiile ONU, guvernele, organizațiile neguvernamentale (ONG-uri) și alte rețele pentru a promova egalitatea de gen. Fondul încearcă să coroboreze problemele și preocupările femeilor cu agende naționale, regionale și cele globale prin încurajarea colaborării și oferirea expertizei tehnice vizând promovarea problemelor de gen și a strategiilor de abilitare a femeilor în centrul atenției publicului.

UNIFEM a susținut inițiative cu privire la bugetul sensibil la dimensiunea de gen în peste 20 de țări. Acest suport a înlesnit interesul sporit demonstrat de guverne, societatea civilă și parlamentari de a se implica în elaborarea de politici bugetare la nivel național și local din perspectiva dimensiunii de gen.

Fondul Națiunilor Unite de Dezvoltare pentru Femei (UNIFEM)

Strada 45 de Est, 304

Etajul 15

New York, NY 10017

Tel: +1.212.906.6400

Fax: +1.212.906.6705

Email: unifem@undp.org

www.unifem.org

Bugetul sensibil la dimensiunea de gen și drepturile reproductive ale femeilor: Un pachet de resurse,
New York 2006

Drepturile de autor: UNFPA, UNIFEM 2006

CUVÂNT ÎNAINTE	5
MULȚUMIRI	6
ACRONIME	7
INTRODUCERE	9
Context.....	9
Scopul și formatul pachetului de resurse	9
Structura pachetului de resurse	10
CE ESTE BUGETUL SENSIBIL LA DIMENSIUNEA DE GEN?	12
Definiția BSG	12
BSG și UNFPA.....	15
UNELE LEGĂTURI-CHEIE.....	17
Buzetul, egalitatea și echitatea de gen	17
Buzetul și drepturile	19
BSG și CEDAW	21
Sănătatea, drepturile reproductivă și sexuale și ICPD.....	22
Violența în bază de gen și sănătatea reproductivă	24
HIV/SIDA și sănătatea reproductivă	25
Asistența medicală primară și sănătatea reproductivă	29
Sărăcia și sănătatea reproductivă.....	30
Reformele sectorului sănătății și sănătatea reproductivă	32
CARE SUNT EFECTELE ECONOMICE?	34
BSG, sănătatea reproductivă și economia.....	34
„Dividendul demografic”	36
BSG, sănătatea reproductivă și munca de îngrijire neremunerată	37
PROMOVAREA ALTOR ACTIVITĂȚI PRIN PRISMA BUGETULUI.....	40
Sănătatea reproductivă, buzetul și ODM-urile	40
Costul implementării ODM-urilor.....	42
Buzetul și SRS.....	44
Buzetarea orientată pe probleme specifice	47
Buzetul, buna guvernare și participarea	48
Buzetele participative și dimensiunea de gen.....	50

CUPRINS

CUM ARATĂ BUGETELE?	52
Prezentarea bugetului	52
Formularea bugetului	54
Cadrul de cheltuieli pe termen mediu (CCTM)	56
STRUCTURĂ ȘI INSTRUMENTE	58
Abordarea bazată pe trei categorii elaborată de Sharp	58
Cinci pași de analiză a bugetului	59
Modelul UNIFEM-ului andin de elaborare a pașilor și întrebărilor	61
Ghidul mexican cu privire la formularea bugetelor sectorului sănătății	62
Clasificarea programelor HIV/SIDA pentru analiza de gen	63
Unele instrumente propuse pentru analiza BSG	63
Note metodologice și propuneri de buget sensibil la dimensiunea de gen	66
ACTORI, ACTIVITĂȚI ȘI ACCENTE	68
Actori și activități	68
Accentele activității BSG	70
Ciclul bugetar și oportunitățile pentru intervenție	71
PARTEA VENITURILOR	74
Finanțarea sectorului sănătății	74
Taxe de utilizator	76
Finanțare din partea donatorilor	77
Abordare sectorială (AS)	79
Inițiative speciale ale donatorilor cu privire la HIV/SIDA	80
Global Gag Rule - „Regula Călușului Mondial”	85
Relații fiscale interguvernamentale	87
STATISTICA	89
Utilizarea statisticii în BSG	89
Modelele demografice și consecințele acestora asupra bugetelor	91
CONCLUZII	92

Boxa 1	Susținerea femeilor afro-descendente în Porto Alegre, Brazilia	14
Boxa 2	BSG în centrul atenției UNIFEM	18
Boxa 3	Utilizarea conceptelor de drepturi în elaborarea bugetului ce ține de sănătate.....	20
Boxa 4	Utilizarea indicatorilor bugetari pentru a evalua realizarea CEDAW.....	22
Boxa 5	Necesitățile mamelor în comparație cu cele ale femeilor și ale copiilor.....	27
Boxa 6	Combinarea acțiunilor legale cu cele de promovare vizând drepturile la sănătate.....	28
Boxa 7	Combinarea cercetării, promovării și instruirii	33
Boxa 8	Doar banii nu sunt suficienți.....	36
Boxa 9	Costurile îngrijirii la domiciliu.....	38
Boxa 10	Activitatea de îngrijire neremunerată într-un pahar de lapte.....	39
Boxa 11	Mortalitatea maternă și asistența obstetrică de urgență	42
Boxa 12	Societatea civilă urmărește politica educațională și implementarea bugetului în Malawi.....	46
Boxa 13	Comunitatea urmărește utilizarea fondurilor alocate pentru sărăcie în Uganda.....	46
Boxa 14	Bani pentru reducerea mortalității materne.....	47
Boxa 15	Care este costul combaterii violenței domestice?.....	48
Boxa 16	Dimensiunea de gen și bugetul participativ în Recife	49
Boxa 17	Dimensiunea de gen și bugetul participativ în El Salvador.....	51
Boxa 18	Modificarea bugetelor alocate sănătății reproductive în Paraguay	53
Boxa 19	Bugetare pe programe la Ministerul pentru Bunăstarea Populației, Pakistan.....	57
Boxa 20	Conținutul implicit al dimensiunii de gen versus cel explicit.....	59
Boxa 21	Abordarea problemelor la pasul 4 în Mexic	60
Boxa 22	Greșelile vizând dimensiunea de gen și sănătatea în cheltuielile aferente sectorului sănătate din Maroc.....	64
Boxa 23	Costul implementării Legii cu privire la Violența Domestice din Africa de Sud.....	65
Boxa 24	Alegând cine ar trebui să realizeze cercetarea.....	69
Boxa 25	Reprezentanții publici nu sunt mereu adepții transparenței	70

BOXELE

Boxa 26	Procesul de luare a deciziilor în cadrul unui sistem decentralizat.....	71
Boxa 27	Dovezile impactului taxelor de utilizator pentru serviciile medicale în Africa	77
Boxa 28	Condițiile PEPFAR impun costuri care nu sunt necesare.....	83
Boxa 29	Asigurarea beneficiului femeilor.....	85
Boxa 30	Flexibilitatea limitată în procesul de luare a deciziilor	88
Boxa 31	Metode creative de investigare a violenței în bază de gen	90
Boxa 32	Explorarea corelațiilor de sex și însemnătatea acestora	91

Suntem foarte bucuroși să vă prezentăm pachetul de resurse al UNFPA/UNIFEM cu privire la „Bugetul sensibil la dimensiunea de gen și drepturile reproductive ale femeilor” și manualul de instruire „Bugetul sensibil la dimensiunea de gen în practică”. Suntem siguri că aceste două publicații vor fi percepute drept valoare adăugată la numărul mare de resurse de instruire deja disponibile și vă vor fi de ajutor în crearea unor echipe de experți care să corespundă cerinței sporite la nivel de țară. Scopul rezidă în încurajarea abordării perspectivei de gen la nivel de planificare națională și elaborare de buget.

Bugetul sensibil la dimensiunea de gen ajută la trasarea modalității în care bugetele răspund priorităților femeilor precum și modalității în care guvernele utilizează fondurile financiare pentru reducerea sărăciei, promovarea egalității de gen, stoparea răspândirii HIV precum și micșorarea ratelor mortalității materne și infantile. Această abordare contribuie la asigurarea responsabilității guvernului față de angajamentele asumate în cadrul Programului de Acțiuni de la Cairo cu privire la Populație și Dezvoltare și Platforma de Acțiuni de la Beijing pentru Egalitatea de Gen și Abilitarea Femeilor pentru realizarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului.

În prezent, după mai mult de zece ani de la aprobarea Programului de Acțiuni de la Cairo și a Platformei de Acțiuni de la Beijing, putem observa un progres semnificativ în domeniile ce țin de abilitarea femeilor, egalitatea de gen și sănătatea și drepturile reproductive ale femeilor. Totuși, sunt încă multe de făcut. Suntem siguri, însă, că veți identifica instrumentele menite să conducă la obținerea unor progrese încă și mai mari.

Thoraya Ahmed Obaid
Director Executiv
UNFPA

Noeleen Heyzer
Director Executiv
UNIFEM

MULȚUMIRI

Aduc sincere mulțumiri doamnei Nisreen Alami, Manager al Programului UNIFEM „Bugetul sensibil la Dimensiunea de Gen”, pentru lansarea, ghidarea și aportul adus la elaborarea acestei publicații.

Sunt recunoscătoare personalului UNIFEM din New York și oficiile regionale, colaboratorilor UNFPA din New York și Echipelor de Țară UNFPA, cât și membrilor organizațiilor-partenere care au contribuit cu sfaturi în privința conținutului acestei culegeri: Karen Daduryan, Luis Mora Elizabeth Villagomez, Marijke Velzeboer și Veronica Zebadua Yanez (Fundar, Centro de Analisis e Investigacion, Mexico)

Aș dori să adresez mulțumiri grupului de cititori UNFPA și UNIFEM pentru revizuirea versiunilor preliminare ale pachetului de resurse și pentru împărtășirea comentariilor competente: Patricia Alexander, Faiza Benhadid, Zineb Touimi Ben-Jeșșoun, Raquel Coello, Nazneen Damji, Marilen Danguilan, Fatou Aminata Lo, Nomcebo Manzini și Aminata Toure.

Îmi exprim gratitudinea pentru ghidarea acordată pe tot parcursul procesului de elaborare, următoarelor persoane: Joanne Sandler, Director Adjunct UNIFEM; Aminata Toure, Consultant Tehnic Superior din cadrul subdiviziunii UNFPA Drepturile Omului, Gen și Cultură; Miriam Jato, Consultant Tehnic Superior în cadrul Diviziunii UNFPA pentru Africa; și Yegeshen Ayehu, Manager de Program, Consultantă Tehnică din cadrul UNFPA.

Debiie Budlender, expert în domeniul bugetului sensibil la dimensiunea de gen și cercetător specialist în cadrul Agenției Comunitare pentru Anchetare Socială (CASE), noiembrie 2006.

ARV	Anti-retroviral
CEDAW	Convenția ONU asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei
CSCQBE	Coaliția societății civile pentru educația de bază calitativă
ET	Echipa de Țară
CSVR	Centrul de studiu al violenței și reconcilierii
ETST	Echipa de Țară de Servicii Tehnice
DFID	Departamentul pentru Dezvoltare Internațională
CSD	Cercetarea în domeniul sănătății și demografiei
LVD	Legea cu privire la violența domestică
SOU	Servicii obstetrice de urgență
FORWODE	Forumul femeilor în democrație
GAP	Programul de promovare a dimensiunii de gen
VBF	Violența în bază de gen
PIB	Produsul Intern Brut
GFATM	Fondul Global pentru HIV/SIDA, Tuberculoză și Malarie
RG	Recomandări generale
BSG	Bugetul sensibil la dimensiunea de gen
SID	Servicii de îngrijire la domiciliu
HIPC	Țările sărace foarte îndatorate
RSS	Reforma în sectorul sănătății
ICESCR	Convenția internațională pentru drepturile economice, sociale și culturale
ICPD	Conferința internațională pentru populație și dezvoltare
IDRC	Centrul Internațional de Dezvoltare și Cercetare
IEC	Informație, educație și comunicare
IFI	Instituții financiare internaționale
FMI	Fondul Monetar Internațional
IPPF	Federația internațională a planificării familiale
MAP	Programul HIV/SIDA pentru mai multe țări din Africa
SMC	Sănătatea mamei și copilului

ACRONIME

ODM	Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului
MKSS	Mazdoor Kisan Shakti Sangathan
TMC	Transmitere de la mamă la copil
CCTM	Cadrul de cheltuieli pentru termen mediu
MYFF	Cadrul multianual de finanțare
NAC	Consiliul Național HIV/SIDA
ONG	Organizație non-guvernamentală
PAF	Planul de Acțiuni cu privire la sărăcie
PAFMC	Comitetul de monitorizare a planului de acțiuni cu privire la sărăcie
SMP	Servicii medicale primare
PA	Programul de acțiuni
SRS	Strategia de reducere a sărăciei
SR	Sănătatea reproductivă
SCN	Sistemul conturilor naționale
SSR	Sănătatea sexuală și reproductivă
ITS	Infecțiile transmisibile sexual
UDR	Rețeaua de datorii a Ugandei
ONU	Organizația Națiunilor Unite
UNFPA	Fondul Națiunilor Unite pentru Populație
UNIFEM	Fondul Națiunilor Unite de Dezvoltare pentru Femei
SUA	Statele Unite ale Americii
TVA	Taxa pe valoare adăugată
VIF	Violența împotriva femeilor
IBF	Inițiativa bugetelor femeilor
MMD	Mișcarea mondială pentru dezvoltare
OMS	Organizația mondială pentru sănătate

CONTEXT

Pachetul de resurse cu privire la alocarea de buget pentru drepturile reproductive s-a realizat sub egida Parteneriatului Strategic dintre UNFPA și UNIFEM care și-a propus să elaboreze o abordare coordonată pentru asistență tehnică eficientă vizând Bugetul Sensibil la Dimensiunea de Gen (BSG). Acest parteneriat este menit să dezvolte capacitățile Echipelor de Țară (ET) ale UNFPA pentru oferirea suportului necesar utilizării abordării BSG de către partenerii din țară. Parteneriatul în cauză este inspirat de experiența UNIFEM în susținerea inițiativelor BSG în peste 20 de țări începând cu anul 2000.

Bugetul sensibil la dimensiunea de gen cuprinde o gamă largă de activități posibile. Tipurile de activități pentru care partenerii din țară solicită suport sunt foarte diverse. Astfel, este imposibilă recomandarea unor rețete simple atât pentru partenerii din țară cât și pentru echipele de țară ale UNFPA. Scopul acestui pachet de resurse rezidă în prezentarea cunoștințelor relevante care ar putea facilita intercalarea abordărilor sensibile la dimensiunea de gen în cadrul sănătății reproductive pe de o parte și includerea unor aspecte specifice ale inegalității și dezavantajelor de gen în cadrele de politici naționale, pe de altă parte.

În general, inițiativa UNFPA/UNIFEM își propune să:

- expună Echipelor de Țară spectrul larg de instrumente și activități BSG disponibile precum și raportul de legătură dintre instrumentele date cu diverse situații de dezvoltare;
- ofere Echipelor de Țară materiale de bază (sub forma acestui pachet de resurse) cu privire la diferite aspecte relevante pentru BSG cât și referințe cu privire la investigațiile mai profunde pentru fiecare aspect în parte;
- ofere unui grup mai mic de membri ai Echipei de Țară, experiență practică în cadrul unui atelier de lucru care să se pronunțe asupra modalității de a răspunde diferitelor solicitări ale țărilor.

La începutul anului 2006 s-au organizat 2 seminare pilot pentru a valida conținutul pachetului de resurse și pentru a elabora manualul de instruire cu privire la BSG. Aceste seminare aveau drept scop să ofere asistență participanților în ce privește utilizarea pachetului de resurse, acumularea de abilități pentru utilizarea BSG în diferite circumstanțe precum și pentru susținerea altor în aplicarea instrumentelor BSG.

SCOPUL ȘI STRUCTURA PACHETULUI DE RESURSE

Pachetul de resurse este prezentat în forma unor „fișe” concise vizând un număr larg de diverse aspecte. Fișele sunt independente, dar sunt organizate în diferite subteme (conform planului prezentat în capitolul cu privire la Structura Pachetului de Resurse din pagina 10). Utilizatorul nu trebuie să citească toate fișele simultan, ci le poate folosi una câte una, conform necesităților.

Fiecare subiect conține referințe pentru consultări ulterioare ale altor surse. În unele cazuri, acestea reprezintă de fapt sursa principală de inspirație pentru aspectele relatate în cadrul pachetului de resurse; în alte cazuri, sursele indică doar materialele aferente. Fișele descriu și un număr de experiențe de utilizare a BSG în diferite țări, pentru a ilustra diverse aspecte și instrumente. Aceste exemple includ și cazuri când aspectul de gen nu a fost incorporat, în pofida oportunităților existente.

Pachetul de resurse reprezintă mai degrabă o compilare a materialelor generale existente cu privire la BSG. Pachetul va fi perceput în special ca material complementar la pachetul de resurse BRIDGE și publicația Secretariatului Commonwealth cu privire la sensibilizarea bugetelor la dimensiunea de gen: Ghidul practicianului pentru a înțelege și a implementa bugete sensibile la dimensiunea de gen (D. Bundler și G. Hewitt, 2003).

Spre deosebire de aceste materiale de ordin general, pachetul de resurse UNFPA/UNIFEM se axează pe probleme care ar putea face parte din solicitările țării prezentate către Echipa de Țară UNFPA. În primul rând, compilația se axează pe sănătate (în special sănătatea reproductivă), HIV/SIDA și violența împotriva femeilor, deoarece este legată de serviciile medicale. Aceste teme au fost sugerate în cadrul discuțiilor electronice facilitate de UNIFEM la inițierea proiectului și sunt inspirate din cel mai recent cadru multianual de finanțare (MYFF) al UNFPA. Materialele din cadrul Pachetului sunt menite utilizării în cadrul țărilor în curs de dezvoltare și examinează cum ar putea fi utilizat BSG pentru a direcționa atenția către cei mai nevoiași și cei care sunt dezavantajați din motive de gen, statut economic, localizare și/sau alte caracteristici.

STRUCTURA PACHETULUI DE RESURSE

Pachetul de resurse este structurat în nouă capitole.

- „Ce este BSG?” oferă o dezbatere succintă privind definiția BSG și care sunt funcționalitățile acestuia. Primul capitol se referă, în special, asupra rolului BSG în promovarea dimensiunii de gen în centrul atenției și abordarea problemelor de ordin general cu privire la sărăcie și dezavantaje. Partea în cauză explică cum abordarea BSG ar putea să ajute la clarificarea preocupărilor-cheie din cadrul MYFF al UNFPA.
- „Unele legături-cheie” analizează modalitatea de utilizare a abordării BSG în ce privește respectarea drepturilor. Capitolul mai stabilește legăturile dintre sănătatea reproductivă și o gamă largă de alte probleme de care se preocupă UNFPA, inclusiv sănătatea și drepturile reproductive și sexuale, violența în bază de gen, HIV/SIDA și sărăcia. În plus, sunt analizate legăturile dintre sănătatea reproductivă și alte probleme de sănătate de ordin general, cum ar fi asistența medicală primară și reformele sectorului sănătății aflate în derulare în multe țări în curs de dezvoltare, în cadrul cărora activează UNFPA.
- „Implicările economice” prezintă argumentele economice care pot fi aduse în favoarea abordării preocupărilor UNFPA și alocării bugetelor adecvate pentru soluționarea eficientă a unor astfel de preocupări. Capitolul se referă și la conceptul de muncă neremunerată. Acest fapt este trecut deseori cu vederea în discuțiile tradiționale despre economie și buget, dar necesită o abordare solidă pentru a genera rezultate echitabile din punct de vedere al dimensiunii de gen.
- „Promovarea altor activități prin prisma bugetului” ilustrează un subiect-cheie ce reiese din materialele prezentate mai ales în ce privește posibilitatea de utilizare abordată de BSG pentru a obține

rezultate concrete în diferite programe, campanii, activități. Domeniile favorabile abordării BSG se referă la strategiile de reducere a sărăciei (SRS), Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM) și activitatea în anumite domenii specifice cum ar fi mortalitatea maternă și violența în bază de gen. Ultima parte a capitolului descrie rolul activității BSG în sporirea participării publice în procesul de elaborare de politici.

- „Cum arată bugetele?” descrie diverse modalități de prezentare și formulare a bugetelor și pune în discuție provocările și oportunitățile induse de diferite forme de buget. De fapt, formatul și prezentarea documentelor bugetare diferă semnificativ de la o țară la alta și astfel ar putea induce uneori intimidări.
- „Cadre și instrumente” conține cele mai cunoscute abordări analitice vizând BSG, inclusiv ilustrarea diverselor modalități în care au fost utilizate BSG în legătură cu sănătatea reproductivă sau alte probleme de care este cointerесată UNFPA. Capitolul evidențiază necesitatea utilizării cadrelor existente drept punct de plecare și generator de idei, și nu ca un plan de lucru.
- „Actori, activități și orientare” evidențiază, în primul rând, diverșii actori care ar putea să fie implicați în activitățile ce țin de BSG, iar ulterior prezintă anumite opțiuni privind orientarea procesului de elaborare a bugetului dat. Acestei secțiuni îi este specific că analizează axarea drept arie de cuprindere (sectoare, nivel de guvern etc.) și activități (cercetare, promovare, etc.). În final, capitolul evidențiază etapele tipice ale ciclului procesului bugetar și sugerează intervenții posibile pentru diferite etape.
- „Partea veniturilor efective” discută unele posibilități legate de partea veniturilor din cadrul bugetului, deși majoritatea activităților BSG din țările în curs de dezvoltare s-au axat pe partea cheltuielilor din cadrul bugetului. Capitolul cuprinde și o succintă prezentare a inițiativelor majore ale comunității donatorilor în domeniul HIV/SIDA.
- „Statistica în activitatea BSG” sugerează modalități creative de a lucra atât cu datele disponibile, cât și de a încuraja consolidarea statisticilor odată cu trecerea timpului. O nemulțumire frecvent întâlnită în rândurile celor care se lansează în activitatea BSG vizează caracterul inadecvat al datelor dezagregate după sex și al statisticii de gen în general.

CE ESTE BUGETUL SENSIBIL LA DIMENSIUNEA DE GEN?

Acest capitol oferă o viziune succintă privind definiția BSG și posibilitățile acestuia. Primul capitol vizează, în special, rolul BSG în promovarea dimensiunii de gen în centrul atenției publicului și abordarea problemelor de ordin general cu privire la sărăcie și dezavantaje. Este evidențiat rolul abordării BSG în clarificarea preocupărilor-cheie din cadrul MYFF al UNFPA. Secțiunile ulterioare vor dezvolta subiectele prezentate pe scurt în acest capitol.

DEFINIȚIA BSG

Analiza impactului cheltuielilor și veniturilor guvernamentale asupra femeilor și fetelor în comparație cu bărbații și băieții se transformă tot mai rapid într-o mișcare globală pentru dezvoltarea responsabilității pe marginea angajamentelor politicilor naționale asumate față de femei.

Sursa: UNIFEM, Raportul Anual 2001:17

Prin elaborarea și aplicarea diverselor instrumente și tehnici, bugetele femeilor ar putea contribui semnificativ la:

- recunoașterea, reclamarea sau reevaluarea contribuțiilor și cazurilor de leadership feminin în economia de piață precum și în sfera reproductivă și casnică (invizibile și subevaluate) a economiei serviciilor de îngrijire; cea din urmă absorbind influența alternativelor macroeconomice care duc la reducerea cheltuielilor pentru sănătate, bunăstare și educație;
- promovarea leadershipului feminin în sfera publică și productivă a politicii, economiei și societății, în parlament, în mediul de afaceri, în mass-media, în mediul cultural și cel al instituțiilor religioase, al sindicatelor și în societatea civilă;
- implicarea într-un proces de transformări care să țină cont de nevoile celor mai săraci și fără putere;
- dezvoltarea capacității de propagare a problemelor macroeconomice în cadrul organizațiilor femeilor.

Sursa: Blackden, C.M. și Bhanu, C. 1999. Dimensiunea de gen, creșterea economică și reducerea sărăciei. Nota tehnică a Băncii Mondiale 428: 64-65.

Bugetul sensibil la dimensiunea de gen (BSG) vizează ca bugetele guvernului, precum și politicile și programele care le fundamentează să abordeze necesitățile și interesele persoanelor ce aparțin diferitelor grupuri sociale. Astfel, BSG examinează discriminarea care ar putea surveni din simplul motiv că o persoană este bărbat sau femeie, dar în același timp ține cont și de dezavantajul indus din motive de etnie, clasă sau statut de sărac, castă, localizare sau vârstă.

Ne axăm pe buget, deoarece acesta reprezintă cel mai important instrument de politici al guvernului; fără bani, guvernul nu poate implementa cu succes nicio politică. Astfel, guvernul poate dispune de o politică foarte bună în domeniul sănătății reproductive, violenței în bază gen sau HIV/SIDA, dar dacă guvernul nu alocă banii necesari pentru implementare, atunci politica dată nu valorează mai mult decât costul hârtiei pe care a fost înscrisă.

Sunt utilizați mulți termeni pentru BSG. Unii le numesc „bugete de gen”, alții „bugetele femeilor”, iar alții - „bugete sensibile la dimensiunea de gen”. De cele mai multe ori, toți acești termeni se referă la unul și același lucru: eforturi în vederea promovării egalității și echității de gen cu ajutorul bugetelor guvernamentale.

Totuși, unii termeni pot fi interpretați greșit. Noțiunea de „buget al femeilor”, de exemplu, ar putea crea iluzia conform căreia BSG ține de bugete separate pentru femei sau bărbați. Această confuzie poate apărea chiar și atunci când termenii dați încorporează și noțiunea de „gen”. BSG nu vizează bugete separate pentru femei sau bărbați, fete sau băieți; nu relevă câți bani sunt alocați pentru femei și fete sau pentru proiecte din domeniul egalității de gen; nu ne vorbește nici de numărul de femei și bărbați angajați în instituții guvernamentale și nivelul funcțiilor și salariilor acestora; nu ne arată numărul de afaceri dirijate de femei care primesc contracte de achiziții din partea guvernului. BSG ține de integrarea dimensiunii de gen în buget, asigurând conștientizarea noțiunii date în cadrul tuturor politicilor și bugetelor tuturor agențiilor guvernamentale (deși, din motive strategice și practice, de la bun început accentul va fi pus doar pe un grup de agenții selectate). Această ordine de idei se conformează Cadrelor multianuale de finanțare (MYFF) al UNFPA orientat spre integrarea dimensiunii vizând egalitatea și echitatea de gen, precum și prevenirea HIV/SIDA în toate activitățile UNFPA.

Faptul că BSG este menit să promoveze integrarea dimensiunii de gen în bugete, de obicei atribuie un rol-cheie Ministerelor Finanțelor. Instituțiile care promovează egalitatea de gen urmează să-și asume un rol de suport. Alte ministere de resort sunt responsabile de propriile procese de planificare și elaborare a bugetului. Implicarea Ministerului Finanțelor este cu adevărat necesară, în caz dacă inițiativa dată cuprinde un șir de ministere de resort. Totuși, inițiativele de talie mică, care de obicei se axează doar asupra unui sector pot fi uneori implementate fără implicarea inițială a Ministerului Finanțelor.

BSG nu presupune o alocare a mijloacelor în proporție de 50% pentru bărbați și 50% pentru femei; deși proporția de 50:50 este „egală”, uneori aceasta ar putea să nu fie echitabilă. BSG presupune determinarea domeniilor unde necesitățile femeilor și bărbaților sunt aceleași și unde acestea diferă. Când necesitățile sunt diferite, atunci și alocațiile trebuie să difere. Sănătatea reprezintă un domeniu unde necesitățile femeilor și bărbaților deseori diferă. Atât bărbații cât și femeile suferă de gripă, malarie și tuberculoză, chiar dacă efectele economice și sociale ale acestor maladii sunt diferite în funcție de gen. În plus, femeile tind să simtă nevoia unor necesități reproductive mai mari decât bărbații. De asemenea, femeile utilizează serviciile medicale mai des decât bărbații – atât pentru ele însele, cât și în calitatea lor de îngrijitori ai altor membri din familie. Acest context ne demonstrează că proporția de 50:50 în ce privește fondurile alocate pentru necesitățile medicale ale bărbaților și femeilor implică probabil o discriminare față de femei. Rolul de îngrijitor al femeilor presupune necesitatea de a ne gândi nu doar la beneficiarii direcți, ci și la influența asupra altor persoanele cu care femeile locuiesc și interacționează.

BSG vizează examinarea impactului bugetelor guvernamentale asupra diferitelor grupe sociale. Astfel, BSG nu abordează doar latura bărbați și femei, ci analizează nevoile diverse ale persoanelor tinere și ale celor în etate, ale populației urbane și rurale, ale bogaților și săracilor etc. În plus, BSG examinează modul în care toate aceste caracteristici se intersectează și interacționează între ele. La drept vorbind, BSG este preocupat mai cu seamă de modul în care bugetele afectează persoanele cele mai dezavantajate, care sunt concomitent femei, sărace, locuiesc în localități rurale etc.

Perceperea generală a definiției BSG relevă că nu este vorba doar de o simplă promovare și propagare a unor activități, din simplul motiv că acestea sunt „bune pentru femei”. Uneori, ceea ce la prima vedere

pare a fi „bun pentru femei” este de fapt ceva bun doar pentru un grup mic de femei, relativ privilegiate. De exemplu, scutirea de taxa pe import pentru șervețele igienice într-o țară săracă nu reprezintă o mare realizare în ce privește principiul echității, deoarece majoritatea femeilor sărace puțin probabil vor cheltui bani pentru a cumpăra șervețele igienice, ținând cont de numărul mare de alte necesități mai stringente.

BSG trebuie să analizeze capacitatea persoanelor de a satisface nevoile acestora. Nici un guvern nu dispune de resurse suficiente pentru a satisface nevoile tuturor locuitorilor țării. Astfel, guvernul ar trebui să se orienteze („să dea prioritate”) spre cei care nu pot să-și satisfacă nevoile proprii.

BOXA 1: SUȘȚINEREA FEMEILOR AFRO-DESCENDENTE ÎN PORTO ALEGRE, BRAZILIA

Associação Cultural de Mulheres Negras (ACMUN) este o organizație a femeilor descendente din Africa care locuiesc în Porto Alegre, Brazilia. Organizația a depus eforturi considerabile pentru a mobiliza domeniul ce ține de accesul îmbunătățit și nediscriminatoriu la serviciile medicale. Ca parte componentă a acestor activități, ACMUN a realizat un sondaj pentru a afla mai multe despre legăturile dintre accesul la serviciile medicale, HIV/SIDA și violența împotriva femeilor.

Sondajul a confirmat că femeile afro-descendente au parte de un acces mai redus la serviciile medicale. În comunitate sunt disponibile două sisteme de îngrijire a sănătății. Serviciile calitative sunt foarte costisitoare, astfel majoritatea femeilor afro-descendente nu și le pot permite. Mulți profesioniști din domeniul asistenței medicale dau dovadă de lipsă de respect și sensibilitate în tratamentul acordat femeilor afro-descendente. În general, medicii deseori tind să umilească persoanele sărace. În final, în pofida încercărilor anterioare de a instrui profesioniștii din cadrul domeniului sănătății despre sănătatea sexuală și reproductivă, inclusiv HIV/SIDA, egalitatea de gen și drepturile femeilor, aceștia nu sunt suficient de sensibili la necesitățile femeilor de culoare.

După realizarea sondajului, ACMUN a creat o rețea medicală care reunește grupurile de femei, grupurile persoanelor HIV-pozitive și alții. Rețeaua planifică să utilizeze rezultatele și recomandările sondajului pentru a promova politici locale și naționale mai bune în domeniul serviciilor medicale, prevenirii HIV/SIDA și violenței împotriva femeilor.

Referință: UNIFEM. 2005. Raportul cu privire la progresul obținut în domeniul consolidării securității umane prin intermediul egalității de gen în contextul HIV/SIDA 2005. UNIFEM.

BSG poate implica un spectru larg de activități, inclusiv cercetare, propagandă, monitorizare, instruire, informare, analiză și elaborare de politici. Un număr de diverși actori cum ar fi guvernul, organul legislativ, societatea civilă, mediul academic, comunitatea donatorilor și instituțiile financiare internaționale (IFI) ar putea fi implicați în activitățile menționate. Într-o anumită măsură, natura activităților este determinată de caracteristicile actorilor implicați.

BSG dispune de un vast potențial și poate fi utilizat în diverse căi. Citatele menționate la începutul acestei fișe ilustrează unele așteptări scontate de UNIFEM și Banca Mondială vizând BSG. Desigur, este bine să vedem potențialul existent, dar ar fi bine să nu ne așteptăm la prea mult din partea BSG. Un studiu realizat de către Institutul de Cercetare al ONU pentru Dezvoltare Socială (UNRISD) (Budlender, 2006) analizează unele din perspectivele cât și limitele BSG. De fapt, succesul sau insuccesul BSG depinde mult de actorii implicați, scopurile acestora, înțelegerii subiectului dat precum și de activitățile pe care le întreprind; însă cel mai mult depinde de contextul politic și social al țării în care se implementează BSG.

Așteptările prea mari de la BSG ar putea rezulta în mari dezamăgiri. BSG ar trebui considerat drept o abordare utilizată de către diverși actori la mai multe etape în procesul de formulare a politicilor, prin modalități diferite și pentru realizarea diferitor obiective. BSG reprezintă de fapt o parte componentă a unui efort de integrare a dimensiunii de gen. Pachetul de resurse se axează și asupra faptului cum poate

fi utilizat BSG pentru a promova drepturile și sănătatea sexuală și reproductivă precum și alte subiecte de interes pentru UNFPA. BSG nu va produce schimbări esențiale de unul singur. Totuși, alături de alte inițiative, ar putea contribui la unele schimbări scontate.

Referință: Budlender, Debbie. „Așteptări versus realități în inițiativele privind bugetele sensibile la dimensiunea de gen”, UNRISD. [http://www.unrisd.org/80256B3C005BB128/\(httpProjectsForResearchHome-en\)/E177294B96D2F07CC1256CC300399CB8?OpenDocument&panel=unpublished](http://www.unrisd.org/80256B3C005BB128/(httpProjectsForResearchHome-en)/E177294B96D2F07CC1256CC300399CB8?OpenDocument&panel=unpublished)

BSG ȘI UNFPA

Cadrul multianual de finanțare (MYFF) curent al UNFPA include perioada 2004-2007. MYFF reprezintă planul strategic al organizației pe termen mediu. Câteva elemente din cadrul MYFF ne sugerează cu certitudine utilitatea BSG.

În ce privește orientarea planului strategic, MYFF stipulează de la bun început că obiectivul general este de a contribui la implementarea Programului de Acțiuni (PA) al Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare (ICPD) în contextul reducerii sărăciei. De asemenea, este evident că direcția generală a organizației va fi orientată spre ceea ce se întâmplă în cadrul programelor de țară, urmărind să fie relevantă pentru „diverse contexte de planificare precum și într-un mediu extern schimbător”.

Astfel, MYFF se orientează spre „rezultate” și nu spre „produse scontate”. Această abordare este în conformitate cu bugetele pe programe analizate în acest pachet de resurse. Rezultatele MYFF sunt axate pe trei obiective (sănătatea reproductivă, populația și dezvoltarea, egalitatea de gen și abilitarea femeilor) și șase rezultate.

MYFF menționează că „problemele prioritare”, cum ar fi prevenirea HIV/SIDA, sănătatea reproductivă a adolescenților și egalitatea și echitatea de gen, au fost „integrate în cadrul de activitate”. Aceste domenii au servit drept călăuză în procesul elaborării acestui pachet de resurse. MYFF mai evidențiază și faptul că, constatările preliminare din 151 de țări sugerează că HIV/SIDA, sănătatea reproductivă a adolescenților, egalitatea de gen și abilitarea femeilor sunt prioritățile-cheie ale ICPD. Problemele ce țin de populație și dezvoltare, îmbătrânirea populației, sărăcie, migrație și calitatea datelor sunt considerate prioritare și toate sunt abordate în cadrul acestui pachet de resurse.

MYFF evidențiază necesitatea de a elabora o bază solidă de modele, experiențe ce pot fi reproduse, practici bune și lecții învățate, precum și de a dezvolta capacitățile de expertiză și cunoștințele practice ale personalului implicat. Programul de Parteneriat Strategic al UNFPA/UNIFEM vizând abordarea coordonată a asistenței tehnice eficiente pentru bugetele sensibile la dimensiunea de gen, sub egida căruia s-a elaborat acest pachet de resurse, va contribui la realizarea obiectivelor sus-menționate.

Paragrafele aferente promovării dialogului politic denotă necesitatea consolidării capacității actorilor din țară pentru susținerea obiectivelor ICPD în cadrul principiului de dezvoltare bazat pe drept. Este menționată din nou necesitatea existenței unei baze solide de probe și evidență (de exemplu fapte și cifre) pentru ca activitatea de promovare și susținere să fie cu adevărat eficace. Accentul pus pe dialogul politic reflectă interesul UNFPA de a se implica în cadre de dezvoltare dirijate de țară, cum ar fi abordările sectoriale, strategiile de reducere a sărăciei și reformele din sectorul sănătății.

Unul din indicatorii propuși de MYFF vizează bugetele și rezidă în: angajamentul național pentru securitatea sănătății și al drepturilor reproductive să fie evaluat în funcție de rata/partea din bugetul pentru sănătate care a fost alocată pentru contraceptive. Un alt indicator ține de existența mecanismelor naționale și sub-naționale care promovează participarea societății civile în planificarea și monitorizarea serviciilor medicale de calitate în domeniul sănătății reproductive. Acest indicator ne poate dezvălui nivelul de participare a societății civile în procesul de elaborare a bugetului.

Referință: Fondul ONU pentru Populație. 2004. Cadrul multianual de finanțare. 2004-2007, Raportul Directorului Executiv. DP/FPA/2004/4. Raport prezentat în cadrul Primei Sesiuni Ordinare a Consiliului Executiv al UNFPA, 23-30 ianuarie 2004, în New York, New York.

Prima parte a acestui capitol analizează modul în care BSG pot fi utilizate în activități ce țin de drepturile omului și promovarea egalității și echității de gen. Cea de-a doua parte relevă legăturile dintre sănătatea reproductivă și o serie de alte probleme aflate în vizorul UNFPA, inclusiv drepturile și sănătatea sexuală și reproductivă, violența în bază de gen, HIV/SIDA și sărăcia. Această parte analizează și legăturile dintre sănătatea reproductivă și problemele de sănătate de ordin mai general, cum ar fi asistența medicală primară și reformele din sectorul sănătății care sunt în derulare în multe țări în curs de dezvoltare în care activează UNFPA. Reformele sunt importante îndeosebi din punctul de vedere al bugetului, deoarece ele influențează partea veniturilor și cea a cheltuielilor din buget.

BUGETUL, EGALITATEA ȘI ECHITATEA DE GEN

Bugetul reprezintă cea mai comprehensivă declarație a guvernului cu privire la planurile sale economice și sociale precum și prioritățile stabilite. Atunci când urmărim de unde vin banii și încotro se duc, putem vedea cine și cum beneficiază de resursele publice. Deși bugetele sunt percepute ca fiind neutre din punct de vedere al dimensiunii gen, reprezentând un set de cifre care afectează imparțial femeile și bărbații, totuși la o privire mai atentă se observă că lucrurile nu stau chiar așa. În general, bugetele sunt mai degrabă oarbe decât neutre la dimensiunea de gen.

Analiza BSG privește dincolo de bilanț pentru a examina dacă bărbații și femeile sunt tratați în mod diferit în cadrul modelelor existente de venituri și cheltuieli. Acest proces nu implică crearea unor bugete separate pentru femei nici nu sunt orientate spre susținerea financiară a programelor adresate femeilor. Dimpotrivă, BSG ajută guvernele să înțeleagă cum ar trebui să-și ajusteze prioritățile și să realoce resursele pentru a face față angajamentelor vizând promovarea egalității de gen și drepturilor femeilor – inclusiv cele stipulate în CEDAW, în Platforma de Acțiuni de la Beijing și ODM-uri. Bugetele care includ dimensiunea de gen ar putea contribui la traducerea în viață a procesului de abilitare a femeilor.

Evaluarea bugetelor prin prisma dimensiunii de gen prevede examinarea finanțelor publice într-o manieră nouă. Aceasta presupune includerea aspectul echității în indicatorii de măsurare a performanței și examinarea impactului politicilor bugetare asupra rezultatelor egalității de gen. În același timp se atrage atenția și asupra corelației dintre cheltuielile publice și timpul pe care-l petrec femeile efectuând activități neremunerate cum ar fi colectarea apei și a carburanților, îngrijirea bolnavilor, îngrijirea copiilor și multe altele. Analiza bugetului sensibil la dimensiunea de gen poate fi percepută drept un pas înainte nu doar pentru sporirea simțului de responsabilitate față de drepturile umane ale femeilor, dar și pentru atingerea unui nivel mai înalt în ce privește transparența publică și eficacitatea economică. În baza probelor convingătoare, conform cărora inegalitatea de gen atrage costuri economice și de dezvoltare umană uriașe, transformarea politicilor fiscale pentru acoperirea acestor lacune va beneficia întreaga societate.

BOXA 2: BSG ÎN CENTRUL ATENȚIEI UNIFEM

Lucrând în strânsă colaborare cu organizațiile femeilor și mediul academic, UNIFEM a contribuit la inițierea procesului de elaborare a BSG care ulterior au fost preluate de către autoritățile centrale și locale. Campaniile de informare și instruire a oficialilor din guverne, parlamente și grupuri de femei, elaborarea instrumentelor de analiză a bugetului și schimbul de experiență și cunoștințe pe marginea activităților desfășurate au permis de a pătrunde în esența conceptului și au rezultat în diverse schimbări în mai multe țări.

În Ecuador: ca urmare a unor sesiuni de instruire ale oficialilor locali și organizațiilor de femei, BSG și-a lansat programele în mai multe municipalități. În Cuenca, autoritățile locale au emis un decret care stipulează prioritatea angajării femeilor în cadrul proiectelor de infrastructură. Bugetul orașului pentru ultimii trei ani a prevăzut resurse specifice pentru a promova egalitatea femeilor conform prevederilor Planului de Oportunități Egale. Resurse semnificative au fost alocate pentru a promova o lege care acorda dreptul la servicii medicale gratuite femeilor însărcinate și nou-născuților iar guvernul s-a alăturat grupurilor locale ale femeilor în realizarea programelor de stopare a violenței împotriva femeilor. O altă comunitate, Esmeraldas, a stabilit un fond pentru micro-întreprinderile locale ale femeilor și a creat un Consiliu al Echității pentru a coordona și monitoriza politicile municipale cu privire la dimensiunea de gen. Salitre a alocat mai multe resurse organizațiilor femeilor. Quito a creat un Secretariat pentru Echitate Socială și de Gen.

În Bolivia: Ca urmare a unei campanii de promovare coordonată de către Instituto de Formacion Femenina Integral of Cochabamba cu suportul UNIFEM, Ministerul Finanțelor a inclus în Instrucțiunile cu privire la elaborarea planurilor operaționale anuale ale municipalităților obligația de a aloca resurse pentru programele și proiectele menite să realizeze obiectivul echității de gen. Instrucțiunile mai prevedeau ca municipalitățile să desemneze responsabilii pentru diversele activități ce țin de echitatea de gen.

În India: Câțiva ani de susținere și parteneriat durabil între Departamentul pentru Femei și Copii, UNIFEM și organizațiile femeilor au încurajat guvernul național să afirme importanța bugetului sensibil la dimensiunea de gen. Acest fapt a fost recunoscut inițial prin includerea declarației cu privire la bugetul sensibil la dimensiunea de gen în Bugetul Unional pentru 2003 și în studiile oficiale pe marginea subiectului dat. În 2005, Ministrul Finanțelor și-a asumat angajamentul să implementeze BSG. În prezent, douăzeci și unu de ministere naționale au inclus în cadrul bugetelor existente și capitole cu privire la bugetul sensibil la dimensiunea de gen. Pentru anul fiscal 2005-2006, 18 departamente au prezentat specificații detaliate vizând alocările și țintele de care beneficiază femeile. La nivel de stat, în Bengalul de Vest, UNIFEM a sprijinit organizația Sachetana să elaboreze un manual cu privire la bugetul sensibil la dimensiunea de gen, care a fost ulterior utilizat de grup pentru a instrui peste 1,000 femei consiliere în autoritățile publice locale. În statul Karnataka femeile-reprezentanți alese în orașul Mysore au utilizat bugetul sensibil la dimensiunea de gen pentru a preveni o propunere de reducere a bugetului alocat programelor femeilor. Într-un final, ele au reușit să obțină o creștere de 56% a finanțărilor destinate programelor femeilor și au început să militeze pentru informarea mai transparentă a publicului larg pe viitor.

În Mexic: Mobilizarea extensivă a grupurilor femeilor sub egida partenerilor UNIFEM în 2003 a convins guvernul să aloce 0.85% din bugetul național total pentru programele ce promovează egalitatea de gen. De atunci, 14 ministere au fost solicitate să prezinte rapoarte trimestriale cu privire la aceste programe. În statele Morelos, Queretaro și Chiapas, Ministerul Sănătății a utilizat un ghid pentru a integra în bugetele pentru sănătate – elaborate de ministerul național al sănătății cu sprijinul UNIFEM – problemele ce țin de dimensiunea de gen pentru a îmbunătăți serviciile medicale prestate femeilor și pentru a canaliza mai multe resurse în ce privește necesitățile prioritare ale domeniului sănătății.

În Brazilia: UNIFEM a realizat diverse activități, inclusiv cursuri de instruire cu privire la dimensiunea de gen și politica macroeconomică pentru elaboratorii de politici din eșalonul de vârf, stabilirea legăturilor dintre promotorii BSG și parlamentari, precum și finanțarea unui ONG bine-cunoscut pentru a realiza un studiu prin prisma de gen a politicilor legislative și alocățiilor bugetare pentru o perioadă de patru ani. Guvernul național a efectuat o analiză preliminară a planului federal multianual din perspectiva dimensiunii de gen și acest fapt va asigura ca bugetul național să includă și resurse sensibile la dimensiunea de gen. Guvernul a folosit deja instrumente similare pentru a alinia serviciile descrise în Planul Național cu privire la Sănătate, la necesitățile diverselor grupuri rasiale. Prin intermediul unei campanii de promovare, Centro Femenista de Estudios y Servicios de Asesoría a reușit să includă programele-cheie pentru egalitatea de gen și drepturile femeilor în sistemul de monitorizare a cheltuielilor SIGA-BRASIL. Acest program este o inițiativă a Senatului Federal Brazilian de a crea un sistem public informațional (disponibil prin intermediul site-ului web) care va permite tuturor să acceseze bazele de date conținând informația cu privire la planificare și bugetare.

În Insulele Filipineze: BSG s-a lansat în 1995 în cadrul politicii bugetare cu privire la Gen și Dezvoltare care prevedea ca agențiile guvernamentale să aloce 5% din bugetele lor pentru activitățile ce țin de domeniul dezvoltării și dimensiunii de gen. UNIFEM a sprijinit recent instituția națională care promovează egalitatea de gen, și anume Comisia Națională cu privire la Rolul Femeilor Filipineze, în procesul de reformare a bugetului care își propune să transforme procesul bugetar existent de la unul liniar, la unul bazat pe programe. Scopul acestei intervenții a fost de a crea instrumente care ar instituționaliza sensibilitatea față de dimensiunea de gen în cadrul procesului de întocmire a bugetului. La nivel local, un ONG a sprijinit comunitățile locale să colaboreze cu autoritățile locale la elaborarea bugetelor locale sensibile la dimensiunea de gen.

BUGETUL ȘI DREPTURILE

Bugetele reflectă cheltuielile publice planificate la nivel național și sub-național. În ce privește sănătatea reproductivă, bugetele reflectă cheltuielile planificate pentru serviciile de primire a nașterilor. Printre multe altele, drepturile se extind și asupra accesului echitabil la servicii calitative din mai multe domenii. Când discutăm despre drepturile femeilor, aceste drepturi implică și discuții despre problema cheltuielilor orientate spre abordarea discriminării și dezavantajare. Pe parcursul ultimilor ani, dezbaterile vizând drepturile omului recunosc din în ce în ce mai mult importanța analizării resurselor disponibile și, în consecință, inclusiv a bugetelor. Acest capitol clarifică unele din problemele identificate în cadrul dezbaterilor cu privire la drepturile omului care au implicații directe în procesul elaborării de politici vizând bugetul public.

„Demnitatea contează” este o publicație ce reflectă colaborarea dintre trei organizații – Proiectul Internațional cu privire la Buget, Programul Internațional de Studiu în domeniul Drepturilor Omului și Fundar, o organizație mexicană care activează atât în domeniul drepturilor, cât și cel al bugetelor. În introducerea se arată ce ar avea de câștigat atât promotorii drepturilor omului, cât și analiștii din domeniul bugetelor, dacă ar conlucra.

Pentru promotorii drepturilor omului, perceperea activității lor prin prisma bugetului ar putea să:

- contribuie cu puncte forte tehnice în activități de bugetare, drept argumente morale pentru drepturile omului;
- ajute la identificarea problemelor și soluțiilor practice;
- ajute la evaluarea utilizării judicioase a resurselor disponibile, de către guvern;
- ofere propuneri incluzând estimările costurilor pentru a fi luate în considerație de către guvern;
- fortifice activitatea de promovare în rândul legislatorilor, comunităților și altor grupuri.

Pentru analiștii bugetului, perceperea activității lor prin prisma drepturilor omului ar putea să:

- le reamintească că scopul final rezidă în bunăstarea oamenilor;
- ofere valori în conformitate cu care să evalueze bugetele;
- ofere caracter legitim activității grație recunoașterii extinse a necesității de examinare a problemelor ce țin de sărăcie și justiție socială;
- le ajute să aleagă dintre diferite alternative bugetare și politice;
- consolideze cererea pentru transparență și responsabilitate;
- găsească mai mulți parteneri și astfel să producă un impact mai mare.

BOXA 3: UTILIZAREA CONCEPTELOR DE DREPTURI ÎN ELABORAREA BUGETULUI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

„Demnitatea contează” utilizează bugetul pentru sănătate din Mexic drept studiu de caz pentru a ilustra modul în care bugetul și drepturile omului pot fi combinate într-un tot întreg. Analiza se axează pe obligația guvernului privind:

- realizarea treptată a dreptului la sănătate;
- utilizarea deplină a resurselor disponibile pentru a asigura realizarea;
- garanțiile specifice conținute în articolul vizând sănătatea (numărul 12) din Convenția Internațională cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale (ICESCR).

„Realizarea treptată” și „utilizarea tuturor resurselor disponibile” reprezintă conceptele-cheie în activitatea legată de drepturile aferente bugetării. Realizarea treptată recunoaște că guvernele dispun de resurse (bani) limitate și nu totdeauna pot garanta acordarea imediată a unui drept. Dar acest concept stipulează și faptul că guvernele nu trebuie să regreseze în ce privește drepturile. Utilizarea tuturor resurselor disponibile recunoaște, de asemenea, că resursele ar putea fi limitate, dar stipulează în același timp și faptul că guvernul trebuie să utilizeze ceea ce este disponibil pe deplin pentru a realiza drepturile.

În ce privește realizarea treptată, analizele au arătat că între anii 1998 și 2001, guvernul federal a majorat suma alocată în domeniul sănătății, dar către anul 2002 această sumă s-a redus până la nivelul înregistrat în 1998. ONG-ul mexican „Fundar” a dezagregat suma totală pe instituții, deoarece fiecare tip de instituție deservește o parte diferită a populației. Studiul a relevat că în anul 2002, 65% din cheltuielile alocate pentru domeniul sănătate au fost transferate persoanelor incluse în sistemul de asigurare socială, chiar dacă aceste persoane reprezentau doar o jumătate din întreaga populație.

În ce privește utilizarea maximă a resurselor disponibile, Fundar a constatat că, cheltuielile aferente domeniului sănătății s-au redus în comparație cu produsul intern brut (PIB) și în comparație cu totalul cheltuielilor publice. Totodată, s-a constatat o majorare a cheltuielilor alocate pentru alte domenii decât cele aferente drepturilor omului (cum ar fi finanțele, afacerile externe și turismul).

Pentru raportul ICESCR, Fundar a analizat valoarea cheltuielilor publice aferente reducerii mortalității în rândul nou-născuților, a mortalității infantile și a copiilor; pentru prevenirea și tratarea bolilor; precum și pentru crearea condițiilor optime de prestare a serviciilor și asistenței medicale. În ce privește programul ce cuprinde sănătatea maternă – organizația a constatat că alocările financiare erau în defavoarea celor mai sărace state.

Fundar implementează un proiect orientat pe bugete și mortalitatea maternă. La implementarea acestui proiect, ONG-ul cooperează cu organizațiile femeilor al căror domeniu de activitate îl reprezintă drepturile și sănătatea reproductivă. Această alianță a obținut rezultate concrete. Pe parcursul primului an al proiectului, alocările descentralizate (de stat) pentru sănătatea maternă s-au majorat cu 900%. Programul Național al Ministerului Sănătății cu privire la reducerea mortalității materne (Arranque Parejo en la Vida) a publicat o serie de manuale privind modul de abordare a posibilelor cazuri de urgență.

În plus, ONG-urile mexicane din domeniu dat activează în baza unei strategii noi. Ele pledează pentru schimbarea strategiei cu privire la mortalitatea maternă (care vizează sarcinile cu risc sporit și asistența calificată la naștere) astfel ca acesta să includă și asistența obstetrică de urgență.

Referință: Fundar-Centro de Analisis e Investigacion, *Proiectul Internațional cu privire la Buget Programul Internațional de Studiu în domeniul Drepturilor Omului. Demnitatea contează: un ghid întru utilizarea analizei bugetului pentru promovarea drepturilor omului. Fundar, 2004.*

Convenția ONU cu privire la eliminarea tuturor formelor de discriminare față de femei (CEDAW) aprobată în 1979 reprezintă principalul instrument internațional cu privire la drepturile femeilor. CEDAW este alcătuit dintr-un preambul și 30 articole. Articolul 12 vizează femeile și sănătatea. Sunt și recomandări vizând violența față de femei. Până în luna martie 2005, 180 de state au ratificat CEDAW. Totuși, unele din aceste state au ratificat convenția cu unele „rezerve” pe motiv că legislația, tradițiile, religia sau cultura națională sunt în contradicție cu anumite articole ale convenției. SUA este una din puținele țări care nu a ratificat CEDAW.

În 1993, CEDAW a publicat o recomandare generală (RG) (nr. 24) pe marginea articolului 12 al CEDAW cu privire la femei și la domeniul sănătății. Paragraful 2 din recomandare vizează sănătatea reproductivă și promovează eliminarea discriminării în posibilitatea de acces al femeilor la servicii de îngrijire medicală „pe tot parcursul vieții, mai cu seamă în domeniile aferente planificării familiei, sarcină, naștere și perioada post-natală”. Un alt paragraf al recomandării subliniază că noțiunea de „femeie” include adolescențele și fetele. Recomandarea mai face referință și la alte recomandări anterioare aferente circumciziei feminine, HIV/SIDA și violența față de femei. Recomandarea prevede ca rapoartele prezentate de țară comitetului CEDAW să conțină informații vizând serviciile gratuite prestate femeilor pentru a asigura o sarcină lipsită de risc, precum și servicii medicale prestate la naștere și în perioada post-natală.

Paragraful 11 al RG 24 prevede că atunci când prestatorii de servicii refuză să ofere anumite servicii (cum ar fi avortul) pe motiv de credință, statul trebuie să asigure existența unor opțiuni alternative pentru aceste femei. În general, această recomandare cere statelor să raporteze despre modul în care prestatorii de servicii publici sau privați (inclusiv cei neguvernamentali) respectă drepturile femeilor la asistență medicală. Activitatea de monitorizare la acest capitol trebuie să includă monitorizarea calității asistenței medicale și accesul la servicii medicale.

Paragraful 17 al RG 24 obligă statele să întreprindă măsuri corespunzătoare, inclusiv bugetare „în funcție de resursele disponibile” pentru ca femeile să beneficieze de dreptul la asistență medicală.

Pentru informare, puteți accesa site-ul <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/states.htm> pentru a vedea lista țărilor care au ratificat CEDAW.

Referințe: Elson, Diane. Bugetare pentru drepturile femeilor, monitorizarea conformării bugetelor publice cu prevederile CEDAW. New York: UNIFEM, 2006. www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24. Sumarul recomandărilor poate fi vizualizat pe adresa: http://www.gender-budgets.org/en/ev-72845-201-1-DO_TOPIC.html

BOXA 4: UTILIZAREA INDICATORILOR BUGETARI PENTRU A EVALUA REALIZAREA PREVEDERILOR CEDAW

Publicația UNIFEM „Bugetarea pentru realizarea angajamentelor internaționale cu privire la dimensiunea de gen și drepturile omului” completează alte manuale ale CEDAW recomandând întrebări vizând bugetul și indicatori de rezultate pentru fiecare din articolele CEDAW. În ce privește articolul 12, se recomandă următorii indicatori cu privire la buget:

- Resurse financiare alocate de guvern pentru serviciile de sănătate reproductivă și repartizarea acestei sume pe tipuri de servicii, pe nivele de prestare a serviciilor (cum ar fi, clinică sau spital) și pe localități rurale sau urbane
- Resurse financiare alocate de guvern pentru achiziționarea echipamentului și rechizitelor necesare pentru primirea nașterii
- Resurse financiare alocate de guvern pentru prestarea serviciilor gratuite femeilor și copiilor mici astfel scutindu-i de plata pentru aceste servicii
- Resurse financiare alocate de guvern pentru remunerarea lucrătorilor medicali din comunități și sate, și raportul dintre salariu/leafă acestor lucrători și salariul infirmierelor și altui personal medical
- Resurse financiare alocate de guvern pentru tratamentul anti-retroviral în scopul prevenirii transmiterii virusului HIV de la mamă la copil și pentru adulții HIV-pozitivi și purtători SIDA

Indicatori recomandați, în funcție de rezultate:

- numărul femeilor și bărbaților care au beneficiat de unul din serviciile aferente sănătății reproductive la diferite nivele în localitățile rurale și urbane;
- numărul femeilor care au fost nevoite să-și aducă propriile rechizite pentru naștere, în instituțiile publice de profil;
- numărul femeilor, bărbaților și al copiilor care au beneficiat de servicii medicale gratuite și numărul femeilor, bărbaților și copiilor care au plătit taxe;
- numărul lucrătorilor medicali din sate și comunități angajați ai sistemului public;
- numărul femeilor și copiilor acestora care au primit tratament anti-retroviral pentru a preveni transmiterea de la mamă la făt a unei eventuale infecții;
- numărul femeilor și bărbaților care au primit suport anti-retroviral finanțat de guvern.

Referință: Budlender, Debbie. *Elaborarea bugetului pentru realizarea angajamentelor internaționale cu privire la dimensiunea de gen și drepturile omului*. Harare: UNIFEM, 2004.

SĂNĂTATEA, DREPTURILE SEXUALE ȘI REPRODUCTIVE ȘI ICPD

Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare (ICPD) din 1994 a constituit un eveniment-cheie în definirea drepturilor și domeniului sănătății sexuale și reproductive. Obiectivele de bază ale ICPD pentru programele cu privire la dimensiunea de gen, populație și dezvoltare precum și pentru cele aferente drepturilor și serviciilor medicale și reproductive sunt următoarele:

- asigurarea controlului fertilității în cazul femeilor;
- abilitarea femeilor;
- egalitatea și echitatea de gen;
- eliminarea tuturor formelor de violență în raport cu femeile.

Programul de Acțiuni al ICPD oferă următoarele definiții ale sănătății sexuale și reproductive:

- **Sănătatea reproductivă** reprezintă sănătatea fizică și psihică precum și prosperitatea socială a persoanei în toate aspectele referitoare la sistemul de reproducere. Acest fapt implică: (a) abilitatea de a avea numărul de copii dorit la momentul dorit și (b) accesul la asistența medicală necesară pentru asigurarea sănătății reproductive și anume: servicii de planificare a familiei;
- asistența antenatală, post-natală și în timpul nașterii;
- îngrijirea copilului ;
- tratamentul infecțiilor sistemului reproductiv și a infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS);
- servicii sigure în cazul întreruperilor de sarcină unde există complicații legale și administrative;
- prevenirea și tratamentul adecvat al infertilității;
- informare, educare și comunicare (IEC) cu privire la sexualitatea omului, sănătatea reproductivă, responsabilitatea parentală și descurajarea practicilor dăunătoare;
- tratamentul cancerului sistemului reproductiv și HIV/SIDA.

(Programul de Acțiuni ICPD, 7.5)

Sănătatea sexuală include:

- dezvoltarea sexuală sănătoasă;
- relații echitabile și de încredere;
- realizare sexuală;
- libertatea de protejare contra maladiilor, bolilor, dizabilităților, violenței și altor practici dăunătoare aferente sexualității.

(Programul de Acțiuni ICPD, 7.36)

Sănătatea reproductivă și sexuală a adolescenților se referă la starea fizică și emoțională bună a persoanelor cuprinse între 10 și 19 ani; cuprinde abilitatea acestora de a se feri de:

- sarcini nedorite sau prea timpurii;
- întreruperi de sarcină periculoase;
- ITS inclusiv HIV;
- constrângere sau violență sexuală.

(Programul de Acțiuni ICPD, 7.47)

În ce privește serviciile, Programul de Acțiuni ICPD utilizează termenul de „servicii medicale comprehensive vizând sănătatea reproductivă”. Totuși, includerea unor elemente precum tratamentul infecțiilor sexual transmise și educația sexuală ne permite să utilizăm și termenul de servicii medicale „sexuale și reproductive”. Unul din obiectivele MYFF al UNFPA își propune ca toate cuplurile și, respectiv, indivizii să se bucure de „sănătate reproductivă, inclusiv posibilitate de planificare a familiei și de sănătate sexuală pe tot parcursul vieții”.

Drepturile sunt beneficii sau privilegii ale unei persoane care reies din simplul fapt că această persoană există. ICPD și Platforma de Acțiuni a Conferinței de la Beijing contribuie și ele la definirea drepturilor sexuale și reproductive.

Drepturile reproductive presupun dreptul cuplurilor sau indivizilor de a:

- decide liber și responsabil numărul, momentul și locul conceperii copiilor săi;
- dispune de informație, educație și mijloace de a lua aceste decizii;
- atinge standardele cele mai înalte în domeniul sănătății sexuale și reproductive;
- lua decizii în privința reproducerii fără discriminare, constrângere și violență.

(Programul de Acțiuni ICPD, 3)

Drepturile sexuale reprezintă drepturile tuturor oamenilor de a:

- decide liber și responsabil asupra tuturor aspectelor sexualității lor, inclusiv protejarea și promovarea sănătății lor sexuale și reproductive;
- fi nediscriminați, neconstrânși și nesupuși violenței în viața lor sexuală și în toate deciziile referitor la sexualitate
- avea posibilitatea de a cere egalitate, consimțământ deplin, respect mutual și responsabilitate împărtășită în relațiile sexuale.

Drepturile umane ale femeilor includ dreptul acestora de a controla și decide liber și responsabil asupra problemelor ce țin de sexualitatea lor, inclusiv sănătatea sexuală și reproductivă, fără constrângere, discriminare și violență.

(Cea de-a patra Conferință Internațională cu privire la Platforma de Acțiuni vizând Femeile, 96)

Referință: Materialele cu privire la drepturi și reforme www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/training.htm

VIOLENȚA ÎN BAZĂ DE GEN ȘI SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ

În anul 1993, Declarația ONU cu privire la eliminarea violenței față de femei a definit violența în bază de gen (VBG) drept: „orice act de violență în bază de gen care rezultă sau va rezulta în daune sexuale sau psihologice sau suferințe aduse femeilor, inclusiv amenințările cu astfel de acte, constrângere sau privarea arbitrară de libertate, oriunde s-ar întâmpla în public sau în viața privată”. Declarația menționează că această definiție include violența fizică, sexuală și psihologică în familie, comunitate sau societate. Formele de VBG includ: bătăi între soți; abuz sexual; violență legată de dotă; viol (inclusiv viol în căsătorie); mutilarea/tăierea organelor genitale feminine și alte practici tradiționale care sunt periculoase pentru femei; violență ce nu ține de soți; violență sexuală asociată cu exploatarea; hărțuirea și intimidarea sexuală la locul de muncă, la școală și oriunde; traficul cu femei; prostituția forțată. Platforma de Acțiuni de la Beijing din 1995 a mai inclus în această definiție și violarea drepturilor femeilor în situații de conflict armat.

Un studiu publicat recent, realizat în baza a 24.000 de interviuri cu femei din 10 țări relatează că femeile abuzate au probleme de sănătate fizică și psihică într-un procent de două ori mai mare decât în cazul celor neabuzate.

VBG afectează mai cu seamă sănătatea reproductivă. Studiul arată că femeile aflate la un moment dat în situații de abuz raportau mai des cazurile când partenerii lor sexuali refuzau să utilizeze prezervativul. Tot aceste femei raportau mai des incidența avorturilor la cerere sau avorturilor spontane. În general, VBG poate rezulta în caz de sarcini nedorite, avorturi cu risc, deces matern, avort spontan sau nașterea copiilor morți, acces tardiv la asistență antenatală, travaliu prematur, leziuni ale fătului, copii cu greutate

mică la naștere. Totodată, femeile abuzate sunt supuse mai mult decât alții, riscului de a contracta ITS, inclusiv HIV.

Serviciile medicale aferente sănătății reproductive pot oferi femeilor o oportunitate nestigmatizată și convenabilă de a beneficia de asistență în caz de VBG. Federația Internațională de Planificare a Familiei (IPPF) a inclus componenta VBG în serviciile medicale aferente sănătății reproductive în Brazilia, Columbia, Republica Dominicană și Peru. Aceste servicii au rezultat într-o sporire semnificativă a ratei de depistare și referire a cazurilor de abuz.

Referințe: UNFPA. Starea populației lumii 2005: Promisiunea egalității: egalitatea de gen, sănătatea reproductivă și Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului. New York: UNFPA, 2005.

OMS. „Studiul cu privire la sănătatea femeilor și violența domestică față de femei realizat în mai multe țări”, OMS, www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/en/index.html.

HIV/SIDA ȘI SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ

La mai bine de 20 de ani de la depistarea epidemiei, femeile reprezintă aproape jumătate din cele 40 de milioane de persoane care trăiesc cu HIV. În regiunea africană din sub-Sahara, 57 la sută din adulții cu HIV sunt femei, iar femeile tinere cu vârsta cuprinsă între 15-24 de ani sunt de trei ori mai mult supuse riscului de a fi infectate în comparație cu bărbații tineri. În pofida acestei tendințe alarmante, femeile cunosc mai puțin decât bărbații despre căile de transmitere a HIV/SIDA și modul de prevenire a acestei infecții, iar puținele cunoștințe de care dispun, de cele mai multe ori nu le sunt de folos din cauza violenței și discriminării cu care se confruntă.

Sursa: UNAIDS, UNFPA și UNIFEM. 2004. Femeile și HIV/SIDA: înfruntarea crizei, p.v., UNFPA, <http://www.unfpa.org/hiv/women/report/index.htm>

Din punct de vedere biologic și sociologic, femeile sunt mai vulnerabile față de virusul HIV decât bărbații. Din punct de vedere biologic, în timpul actului sexual o suprafață mai mare este expusă infectării. Din punct de vedere sociologic, nivelul mai scăzut al puterii pe care o dețin în societate și incapacitatea femeilor de a controla relațiile sexuale cu bărbații, le fac mai vulnerabile. Vulnerabilitatea femeilor față de virusul HIV/SIDA în comparație cu cea a bărbaților a sporit în decursul pandemiei, deoarece calea sexuală a devenit principalul mod de transmitere a virusului. Pe lângă vulnerabilitatea mai sporită față de infecție, femeile tind să fie și mai „afectate” de HIV/SIDA, căci femeilor le revine sarcina de a avea grijă de rudele bolnave, de persoanele bolnave din comunitate și chiar din instituțiile medicale.

Astăzi, mai mult de trei pătrimi din numărul infecțiilor HIV sunt transmise pe cale sexuală, iar multe din abordările utilizate pentru prevenirea, tratarea și îngrijirea în caz de HIV se suprapun cu cele utilizate pentru sănătatea reproductivă (SR). Din perspectiva bugetului, integrarea serviciilor HIV cu serviciile SR poate menține costurile la un nivel scăzut și se pot presta servicii mai eficace atât din perspectiva prestatorului de servicii, cât și a utilizatorului. Pentru prestatorul de servicii – aceleași încăperi, echipament și personal - poate fi utilizat pentru a oferi o gamă mai largă de servicii, decât să prevadă și să administreze resurse financiare pentru două direcții separate. Pentru mulți utilizatori care ar putea avea nevoie de ambele servicii, nu ar mai exista necesitatea de a se adresa la diverse servicii, cel mai probabil în zile diferite, pentru a beneficia deservicii care, de fapt, interferează. Fiind tratați de personal calificat atât în domeniul SR cât și HIV, utilizatorilor le sunt oferite șanse mai multe de a fi diagnosticați corect la o etapă timpurie și de a primi tratament pentru întregul spectru de probleme posibile.

ICPD recunoaște problema HIV/SIDA drept una prioritară în agenda de activitate a SR, totuși, integrarea acestor două domenii deseori nu are sorți de izbândă. De cele mai multe ori, serviciile HIV sunt prestate separat de serviciile SR. În unele cazuri, acest fapt este motivat prin faptul că HIV este o problemă „nouă” și prioritară care necesită un serviciu „pe verticală”, controlat la nivel național, în timp ce serviciile SR sunt prestate ca parte a serviciilor generale de asistență primară, sau ca un program „pe verticală”, separat. În acest caz ca și în multe altele, programele separate ar putea fi încurajate de donatori care doresc să știe că resursele „lor” sunt direcționate spre o problemă specifică (HIV/SIDA sau planificarea familiei etc) asupra căreia de altfel insistă. Suplimentar la motivele sistemice menționate mai sus, „Stopați SIDA Acum” sugerează încă două motive pentru situația creată: (a) rezistența din partea prestatorilor de servicii SR de a presta și servicii HIV/SIDA din cauza stigmei existente și (b) lipsa conlucrării activiștilor HIV/SIDA cu specialiștii în domeniul planificării familiei, deoarece atrag mai multă atenție persoanelor infectate prin intermediul relațiilor homosexuale și injectării cu droguri. Ultima declarație probabil nu este atât de relevantă pentru țările în curs de dezvoltare unde relațiile heterosexuale au constituit calea principală de transmitere a virusului chiar de la bun început. Totuși, și acest factor ar putea fi luat în considerație în limitele în care răspândirea SIDA este afectată de tendințele internaționale chiar și în țările în curs de dezvoltare, unde injectarea drogurilor încă mai este una din căile de bază de infectare.

Dacă HIV/SIDA s-ar trata mai cu seamă prin intermediul programelor SR, atunci ar apărea și unele lacune care ar necesita o abordare adecvată. De exemplu, serviciile de „planificare a familiei” în multe țări se orientează doar spre femeile căsătorite și nu țin cont de bărbați, femeile tinere și femeile necăsătorite de toate vârstele. Deseori aceste programe exclud persoane care sunt ținta principală în cazurile de prevenire a HIV, cum ar fi bărbații heterosexuali, bărbații homosexuali și femeile necăsătorite, sexual active. Aceste lacune ne indică, de asemenea, necesitatea de a integra serviciile SR și HIV/SIDA, iar serviciile SR ar trebui să-și extindă conceptul vizând persoanele-țintă.

O publicație din anul 2004 a UNFPA, UNAIDS, IPPF și Institutului Alan Guttmacher a recunoscut că, colaborarea dintre Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și UNAIDS pe marginea problemei HIV/SIDA și sănătatea reproductivă și sexuală a fost limitată. Subiectul campaniei UNAIDS pentru anul 2004 a fost „Femeile și HIV”, însă această campanie nu a luat în considerație sănătatea și drepturile reproductive decât prin prisma VBĞ. Berer (2003) menționează că Fondul Global de luptă contra SIDA, tuberculozei și malariei (GFATM) de asemenea nu acoperă problemele aferente SR; acesta ignoră chiar și anemia asociată cu HIV, cazurile tuberculoză și malarie la femeile însărcinate seropozitive.

În același timp, serviciile vizând SR de cele mai multe ori nu includ servicii HIV/SIDA nici chiar pentru femeile căsătorite care sunt clienții lor tradiționali. Astfel, un studiu din 2003 realizat de Proiectul POLICY în 73 de țări a constatat că, în total, doar numai uneia din zece femei i se oferă consiliere și testare în caz de afectare cu HIV precum și tratament anti-retroviral pentru prevenirea transmiterii virusului de la mamă la făt sau sfaturi cu privire la opțiunile de alăptare la sân. Multe servicii de planificare a familiei nici nu încurajează femeile să utilizeze prezervativele pentru a preveni HIV/SIDA, dacă ele aleg orice altă metodă de prevenire a sarcinii. În cazurile de includere a serviciilor aferente HIV, acestea se referă la cele mai simple și mai puțin sensibile, cum ar fi managementul clinic al ITS.

Unii promotori ai SR sunt oarecum precauți atunci când este vorba despre orientarea spre HIV/SIDA, deoarece ei consideră că prea multă atenție și resurse se acordă problemei HIV/SIDA ignorând serviciile „standard” SR. Această atitudine a fost încurajată și de faptul că un număr mare de finanțări SIDA au fost realizate „pe verticală”, ca programe separate și nu ca ceva integrat în cheltuielile de bază. Abordarea pe verticală nu promovează interlegăturile.

Lista de verificare pentru integrarea SSR și a programelor HIV/SIDA

O publicație în domeniul Sănătății Reproductive (Berer, 2003) prezintă o listă detaliată a problemelor aferente drepturilor și sănătății sexuale și reproductive (SSR) care trebuie să fie luate în considerare în procesul prevenirii și tratării HIV/SIDA. Unele din problemele enumerate sunt:

- acces la servicii de consiliere și testare HIV în instituțiile ce prestează servicii SR, precum și referirea la serviciile SR în procesul consilierii, testării și tratării HIV;
- încurajarea utilizării prezervativelor ca formă prioritară de contracepție și descurajarea utilizării dispozitivelor intrauterine în caz de risc de infectare cu HIV;
- servicii de planificare a familiei și întrerupere a sarcinii care să țină cont și de necesitățile femeilor seropozitive;
- atenție la necesitățile femeilor seropozitive în perioada de îngrijire antenatală, la naștere și postnatală;
- examinarea și tratamentul cancerului cervical al femeilor seropozitive, căci ele fac parte din grup de risc de la o vârstă mai precocă în comparație cu femeile neinfectate;
- servicii pentru supraviețuitorii violurilor și abuzurilor sexuale care includ eliberarea de anti-retrovirale, examinarea și tratarea ITS, contracepție, întrerupere a sarcinii în caz de urgență.

BOXA 5: NECESITĂȚILE MAMELOR ÎN COMPARAȚIE CU CELE ALE FEMEILOR ȘI ALE COPIILOR

Unele persoane consideră că abordarea necesităților copiilor implică în mod automat sensibilitatea față de dimensiunea de gen. Această tendință este agravată atunci când politicile – și chiar ODM-urile – includ problemele aferente sănătății copilului și a femeilor într-o singură categorie. Acest fapt este reprodus și în structurile, bugetele și programele multor țări în care există un departament sau o diviziune numită „sănătatea mamei și a copilului”.

Copiii constituie o problemă de gen și a femeilor în măsura în care femeile duc povara principală în îngrijirea copiilor. Femeile sunt în general mai preocupate de binele copiilor decât un bărbat mediu. Astfel, copiii devin o problemă de gen din cauza rolului reproductiv al femeilor și responsabilitățile, poverile și obligațiile care reies din acesta. Totuși, acest fapt nu presupune în mod necesar că ceea ce este bine pentru copii este automat bine și pentru femei. Trebuie acordată atenția cuvenită drepturilor individuale ale femeilor, fără a le percepe în anumite conjuncturi, contexte.

În raportul unui expert al OMS se menționează că uneori programele ce vizează problema transmiterii virusului HIV/SIDA de la mamă la făt sunt orientate spre prevenirea transmiterii HIV la copilul încă nenăscut fără a ține cont de drepturile mamei. Aceste drepturi includ dreptul femeii la informare și la libera alegere cu privire la ce poate fi făcut pentru ea și copilul său: dacă ea dorește să fie testată, ori să întrerupă sarcina, orp dorește să fie tratat copilul său și/sau ea. Odată cu nașterea copilului, apar implicit și explicit și alte restricții, vizând drepturile de alăptare ale femeii. Dacă femeia alege să nu alăpteze, atunci ea ar putea fi stigmatizată ca persoană seropozitivă. Iar dacă nu este asigurat dreptul la apă caldă, atunci femeia trebuie să aleagă între punerea în pericol a copilului său alăptarea la sân sau prin prepararea hranei pentru copil utilizând apă necorespunzătoare.

Organizația Mondială a Sănătății. Integrarea dimensiunii de gen în programele HIV/SIDA: Studiu de revizuire. Geneva: OMS, 2002. Referințe: Berer M. 2003. HIV/SIDA și sănătatea reproductivă: sunt strâns corelate. Probleme ale Sănătății Reproductive 11 [22]:6-11.

[de asemenea la <http://www1.elsevier.com/homepage/sab/womenshealth/doc/journals/pdf/RHM11%2022%20ed.pdf>]

Stopați SIDA Acum, WPF și SHare-Net. 2004. Integrarea HIV/SIDA și Sănătatea Sexuală și Reproductivă în politici, programe și servicii.

UNAIDS, IPPF, Institutul Alan Guttmacher, UNFPA. Probleme pe scurt: rolul prestatorilor de servicii ce țin de sănătatea reproductivă în prevenirea HIV (2004). Portalul web al UNIEFM/UNAIDS cu privire la gen și HIV/SIDA. <http://www.genderaids.org>.

OMS, UNFPA, UNAIDS și Federația Internațională pentru planificarea familială. Legături dintre sănătatea reproductivă și sexuală și HIV/SIDA (2005). <http://www.who.int/reproductive-health/stis/linking.html>

BOXA 6: COMBINAREA ACȚIUNILOR LEGALE CU CELE DE PROMOVARE VIZÂND DREPTURILE LA SĂNĂTATE

Treatment Action Campaign (TAC) este o asociație non-profit ce activează în Africa de Sud în domeniul problemelor HIV/SIDA. TAC are drept scopuri majore îmbunătățirea sistemului de sănătate și a condițiilor de trai pentru populația săracă din Africa de Sud. Însă, campaniile sale cele mai reușite vizează activități orientate spre obiective specifice.

Campania cu privire la transmiterea virusului HIV de la mamă la făt a fost prima campanie realizată de TAC. TAC a preluat campania respectivă, deoarece și-a dat seama că dacă guvernul ar oferi medicamente pentru prevenirea transmiterii virusului de la mamă la copil, atunci în fiecare an ar putea fi salvate viețile a 65,000 de copii. TAC a realizat un studiu care a demonstrat eficiența economică a serviciilor de testare, consultare și tratarea mamelor infectate în comparație cu prestarea serviciilor de îngrijire a copiilor infectați. În pofida acestor fapte, în 1998, Ministrul Sănătății din Africa de Sud a anulat proiectele-pilot care ofereau medicamente antiretrovirale (ARV) femeilor însărcinate HIV-pozitive. La acel moment a fost creat TAC, cu scopul de a lupta cu această problemă.

În decembrie 1998, TAC a inițiat un demers prin care îndemna guvernul să ofere medicamente ARV gratuite femeilor însărcinate HIV-pozitive. Într-o perioadă de șase luni, TAC a colectat mai mult de 100,000 de semnături. TAC nu a depus această petiție, deoarece ministrul promisese că guvernul va stabili un program de prevenire a transmiterii virusului de la mamă la făt. Din păcate, acestea au rămas promisiuni goale și ulterior nu s-a întreprins nicio acțiune în acest sens.

În martie 1999, de ziua națională a drepturilor omului, TAC a organizat în orașele Cape Town, Durban și Soweto o grevă a foamei pentru a salva viețile oamenilor. Greva a fost susținută de mulți lideri religioși, specialiști în domeniul sănătății și chiar reprezentanți ai guvernului. Circa 500 persoane s-au culcat în fața unui spital public din Johannesburg în semn de protest și simbolizare a persoanelor care mor din cauza virusului. Câteva zile mai târziu, ministrul sănătății a menționat în cadrul unei ședințe că susține lupta împotriva prețurilor ridicate la medicamente. Ziua următoare, la întâlnirea neoficială din parlament cu reprezentanții TAC, ministrul a reiterat sprijinul său în lupta împotriva prețurilor mari ale medicamentelor.

În aprilie 1999, TAC a adresat un mesaj companiei Glaxo Wellcome, producător de AZT –medicamentul de bază utilizat la acea perioadă pentru prevenirea transmiterii virusului de la mamă la făt. TAC a solicitat Glaxo să comercializeze AZT la prețuri de cost. Pentru a susține cererea, activiștii au protestat în preajma sediului Glaxo. Ministrul Sănătății s-a solidarizat inițiativei lansate de TAC. Însă, foarte curând după aceasta, s-au produs remanieri în Cabinetul de Miniștri și noul ministru nu și-a manifestat interesul vădit și sprijinul pentru această cauză. Glaxo nu a susținut această idee de la bun început. Reprezentanții companiei au refuzat să divulge informația privind costul de producere a medicamentului utilizat pentru prevenirea transmiterii virusului HIV de la mamă la făt.

În septembrie 1999, TAC a recurs iarăși la demonstrații în preajma oficiilor Glaxo din Cape Town și Johannesburg. Unii reprezentanți TAC chiar s-au întâlnit cu oficialii companiei pentru a solicita reducerea prețurilor AZT. Ceva mai târziu, tot în luna septembrie, reprezentanții TAC s-au întâlnit cu noul ministru al Sănătății, care i-a informat că guvernul dorește să prevină transmiterea virusului HIV de la mamă la făt, dar nu dorește să inițieze activități fără acoperire financiară; mai mult, guvernul va iniția proiecte-pilot pentru a testa medicamentele.

Totuși, curând după cele întâmplate, Președintele Mbeki a anunțat că AZT este „toxic”. El a menționat, de asemenea, că anume „caracterul toxic” și nu costul a reprezentat cauza principală pentru guvern de a nu oferi medicamente privind prevenirea transmiterii virusului de la mamă la făt. Noul Ministru al Sănătății a reproduș întocmai afirmațiile președintelui.

În ianuarie 2000, juriștii TAC au adresat Ministerului Sănătății întrebarea privind perioada în care guvernul planifică să ofere medicamente pentru femeile însărcinate HIV-pozitive. Din cauza răspunsului evaziv, TAC a decis să dea în judecată guvernul pentru a-l forța să-și îndeplinească obligația constituțională de a acorda asistenței medicale femeilor și copiilor.

În august 2000, Ministerul Sănătății a anunțat lansarea a 11 proiecte pilot pentru oferirea medicamentelor ce ar preveni transmiterea virusului HIV de la mamă la făt. TAC a menționat că va înainta cazul în instanța de judecată împotriva guvernului dacă aceste proiecte-pilot nu vor fi extinse la nivel național. Deoarece guvernul continua să zădărnicească extinderea programului la nivel național, TAC s-a văzut nevoit să se adreseze din nou în instanța de judecată. La audierea cazului în judecată, TAC a mizat mult pe clauzele din cadrul constituției țării cu privire la drepturile socio-economice. Curtea Constituțională s-a pronunțat în favoarea asociației TAC.

Referință: www.tac.org.za

ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ ȘI SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ

Ce este ‘sănătatea femeilor’? Mulți respondenți au presupus că un studiu aferent Inițiativei Bugetului Femeilor se va preocupa de reproducere. Politicile guvernamentale, de asemenea, deseori pun pe picior de egalitate noțiunea de ‘femeie’, ‘mamă’ și ‘reproducere’. [Aceste echivalențe sunt incorecte]. În primul rând, necesitățile fetelor și femeilor în ce privește serviciile medicale încep cu mult înainte de adolescență și se sfârșesc la o vârstă înaintată. Problemele reproductive sunt importante, dar nu reprezintă singurul component de abordare. În al doilea rând, pe lângă necesitățile individuale ale femeilor, ele sunt și cele care poartă de grijă cuiva, în societate. În calitate de îngrijitoare, ele apelează la servicii medicale și atunci când se adresează cu persoana în etate sau cu copilul bolnav la acordarea asistenței medicale sau atunci când îi îngrijesc la domiciliu. În final, marea majoritate a lucrătorilor medicali sunt femei. Rolul lor de lucrător medical nu este pe deplin valorificat căci este perceput drept „muncă de femei”.

Sursa: Klugman, B. și McIntyre, D. De la politici, prin buget spre implementare: oferirea de servicii calitative de asistență medicală Inițiativa Bugetului Femeilor: Cape Town, 2000.

Multe inițiative BSG selectează sectorul sănătății drept unul de primă atenție. Deseori, aceste inițiative se axează mai cu seamă pe cheltuieli și colectări de venituri (de exemplu plățile utilizatorilor) aferente sănătății reproductive. Această orientare este importantă evident din perspectiva dimensiunii de gen. De asemenea, deseori este destul de ușor a izola aceste cheltuieli în documentele bugetare. De exemplu, acestea ar putea fi clasificate separat ca „Sănătatea Mamei și Copilului”.

Atenția primară acordată sănătății reproductive este importantă. Totuși, citatul de mai sus extinde noțiunea de sănătate a femeii dincolo de funcțiile sale reproductive. Această ordine de idei ne sugerează faptul că deși în acest pachet de resurse ne axăm pe sănătatea reproductivă, nu trebuie să uităm că acest compartiment cuprinde întreaga gamă de necesități ale femeilor în domeniul sănătății. În mod ideal, inițiativa cu privire la bugetul sensibil la dimensiunea de gen ar trebui să examineze mult mai mult. De exemplu, pentru femeile sărace, ar trebui să abordăm asistența medicală primară într-un mod mai general. Astfel, revenim la problema integrării. În capitolul anterior am analizat integrarea serviciilor HIV/SIDA cu cele ale SR, acum apare întrebarea cu privire la măsura în care serviciile SR sunt integrate în cadrul serviciilor de asistență medicală primară (AMP).

Este o înțelegere larg răspândită conform căreia serviciile AMP sunt importante mai cu seamă pentru populația săracă. Prin consolidarea sănătății populației, AMP contribuie și la creșterea economică și dezvoltarea țării. AMP se bazează de cinci principii: repartizare echitabilă, implicarea comunității, prevenire, tehnologie adecvată și abordarea multi-sectorială. În mod tradițional, multe servicii medicale au tins să se orienteze spre spitalele terțiare și serviciile de tehnologie înaltă doar în centrele urbane. Dar ceea ce este mult mai important pentru populația săracă rezidă în faptul că serviciile primare să fie disponibile pe tot cuprinsul țării. Totuși, încă mai persistă lupta pentru a asigura alocarea de resurse financiare și de altă natură adecvate pentru serviciile de profil și statut primar la nivel local.

În mod similar, există o înțelegere larg răspândită conform căreia serviciile SR trebuie să fie disponibile la nivel local de asistență medicală primară cu referire la nivelul doi și trei doar în caz de necesitate. (Serviciile de nivelul doi sunt de obicei prestate de medici-specialiști în spitalele locale. Serviciile de nivelul trei sunt prestate de specialiști, spitale regionale sau naționale care dispun de echipament și încăperi specializate). Totuși, nu există o viziune comună asupra faptului care reflectă măsura în care ar trebui integrate serviciile SR și AMP. Deseori mai există programe „verticale” cum ar fi sănătatea mamei și co-

pilului (SMC), realizate separat de alte servicii. Uneori planificarea familiei este separată chiar în cadrul unui minister separat. Cu toate acestea, ICPD a evidențiat necesitatea de a integra planificarea familiei și alte servicii, astfel încât, venind după contraceptive, femeia să primească și asistență cu privire la alte probleme, cum ar fi gripa sau diareea copilului, în același loc și în aceeași zi.

Un studiu realizat în Ghana, Kenya, Zambia și Africa de Sud în anii 1997-1998 a constatat că, chiar și acolo unde guvernele vorbesc despre necesitatea de integrare, acest fapt nu devine totdeauna realitate. Uneori, integrarea este percepută ca o colaborare între diverse programe (verticale) și nu o divizare a responsabilităților. În aceste cazuri, deseori există foarte puține schimbări în cadrul structurilor și proceselor deja existente.

Raportul cu privire la studiul în cauză denotă faptul că acțiunile anterioare ale donatorilor au încurajat deseori lipsa de integrare, mai cu seamă în cazul preferinței donatorilor de a crea „proiecte” care să abordeze problemele de care erau cointeresați. Studiul mai sugerează și ideea că promotorii sănătății femeilor au neglijat relațiile dintre sărăcie și sănătate, concentrându-se doar pe egalitatea de gen și sănătate. După cum menționează autorii studiului, promovarea AMP s-a orientat pe dreptul la o bună sănătate, pe când promovarea SR s-a axat pe drepturile femeilor și bărbaților la sex și reproducere sigură și voluntară. Cele două seturi de drepturi nu sunt aceleași. Ambele seturi de drepturi necesită o anumită consolidare din perspectiva dimensiunii de gen, alocând și resursele corespunzătoare în bugete.

Referință: Lush, L., Cleland, J., Walt, G. și Mayhew, S. 1999. Integrând sănătatea reproductivă: mit și ideologie. Buletinul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS): Revista Internațională a Sănătății Publice 77 (9): 771-777. <http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/issue9/bu0042.pdf>.

SĂRĂCIA ȘI SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ

După cum a fost menționat, BSG nu se referă la dimensiunea de gen, izolat de alte laturi vizând dezavantajele implicate. În special, trebuie să existe siguranța că bugetele publice sunt direcționate către cei mai nevoiași – cei care sunt cel mai puțin capabili să se autoaprovizioneze și autoîngrijească. Oamenii săraci – în special femeile sărace – reprezintă o categorie importantă a celor care nu dispun de posibilități și capacități de a-și satisface nevoile proprii, necesități fără asistență din exterior.

Documentele cu privire la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM) reflectă legătura dintre sărăcie și nivelul înalt al fertilității. Similar prevederilor, ODM menționează că rata fertilității este cea mai ridicată în rândul populației sărace. De asemenea, reșterea rapidă a populației, a numărului familiilor numeroase și resursele limitate contribuie la accentuarea sărăciei. Grupul de lucru al Proiectului Mileniului al ONU menționează că sărăcia și starea necorespunzătoare a serviciilor vizând sănătatea reproductivă nu sunt specifice doar localităților rurale. Femeile din localitățile urbane sărace se confruntă deseori cu aceleași probleme ca și femeile din localitățile rurale (inclusiv probleme aferente accesului la servicii).

Cadrul multianual de finanțare al UNFPA evidențiază în repetate rânduri problemele sărăciei și inegalității. În document se menționează că în toate domeniile de intervenție prioritară ale UNFPA, există inegalități la nivel de țări și la nivel de regiune ale uneia și aceleiași țări. La nivel național, de obicei sunt semnalate disparități semnificative între cei săraci și cei bogați. În realitate, indicatorii SR scot în evidență un decalaj între săraci și bogați, chiar mai mare decât indicatorii cu privire la dezvoltarea umană. MYFF se referă la studiile care demonstrează că cei mai săraci beneficiază cel mai puțin de asistență adecvată

la naștere, la servicii de planificare a familiei sau asistență antenatală calificată. Totodată, ratele fertilității (inclusiv pentru adolescenți) și a mortalității infantile sunt cele mai înalte în rândul celor mai sărace părți ale populației. Femeile care se alimentează necorespunzător din cauza sărăciei vor avea mult mai des probleme pe parcursul sarcinii, vor da naștere unor copii cu greutate mică (sub nivelul normal) și se vor confrunta cu probleme la alăptare. MYFF arată legătura acestora cu bugetul afirmând: „O majorare a cheltuielilor publice va îmbunătăți și rezultatele la capitolul sănătate, doar dacă vor fi direcționate spre cele mai săraci.”

Progresul înregistrat în domeniul sănătății poate contribui prin diferite metode la creșterea economică și reducerea sărăciei. De exemplu, sănătatea se reflectă într-un număr mai mic de zile pierdute, angajații bine alimentați și sănătoși vor fi mai productivi, copiii bine hrăniți și sănătoși vor învăța mai bine decât cei înfometați și bolnavi. Când populația este sănătoasă, indivizii și familiile alocă mai puține resurse pentru asistența medicală, iar femeile și fetele petrec mai puțin timp pentru îngrijirea celor bolnavi.

Este necesar să se acorde o atenție deosebită sănătății reproductive, deoarece problemele SR reprezintă în prezent cauza principală a decesului și îmbolnăvirii femeilor la nivel internațional. La nivel global, 20% din maladiile femeilor de vârstă reproductivă includ relațiile sexuale și fenomenul de reproducere. În regiunea africană sub-Sahara această pondere constituie 49%. În realitate, practic toate decesele materne (99%) sunt înregistrate în țările în curs de dezvoltare. Îmbunătățirea sănătății reproductive poate contribui direct la realizarea a cel puțin trei ODM-uri – reducerea mortalității infantile, îmbunătățirea sănătății materne și combaterea HIV/SIDA – iar în mod indirect poate contribui la realizarea celorlalte. În ce privește viața reală, UNFPA estimează că majoritatea deceselor materne ar putea fi evitate dacă serviciile de urgență vor fi prestate tuturor femeilor și nu doar celor bogate. În plus, dacă femeile ar beneficia de mijloace de prevenire a sarcinilor nedorite, circa 20-35% de decese materne ar putea fi evitate.

Totuși, se cheltuie încă foarte puțin pentru serviciile SR. În 1994, Banca Mondială a estimat că în țările sărace costul pentru oferirea pachetului de bază al serviciilor SR care ar include planificarea familiei, prevenirea și tratarea ITS, asistență antenatală și la naștere precum și educație în domeniul sănătății ar costa 6.75 dolari SUA per persoană. În același an s-a constatat că țările sărace cheltuiau doar circa 2 dolari SUA per persoană. Angajamentele asumate în cadrul ICPD nu au contribuit la soluționarea problemei. În jurul anilor 2000, au fost colectați mai puțin de jumătate din cele 5.7 miliarde de dolari SUA – suma estimată de către ICPD ca fiind necesară pentru acel moment.

Sărăcia, inegalitatea și dependența economică sporesc vulnerabilitatea față de HIV/SIDA. De exemplu, cei care sunt săraci pot fi forțați să aibă relații sexuale contra cost și astfel sunt supuși riscului de infectare. Riscul va spori dacă, după cum e obiceiul, li se va oferi un „preț” mai mare pentru relații sexuale fără prezervativ. Unele persoane migrează în căutare de lucru. În cazul migrării fără partener, ei și partenerii lor ar putea avea relații sexuale cu alte persoane și astfel s-ar expune pericolului infectării.

Referințe: UNFPA. Starea Populației Lumii 2005: Promisiunea egalității: echitatea de gen, sănătatea reproductivă și obiectivele de dezvoltare ale mileniului. New York: UNFPA, 2005.

Stopați SIDA Acum, WPF și Share-Net. Integrând HIV/SIDA și sănătatea reproductivă și sexuală în politici, programe și servicii, 2004.

REFORMELE SECTORULUI SĂNĂTĂȚII ȘI SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ

Pe parcursul anilor '90, mai multe țări în curs de dezvoltare au efectuat o serie de reforme în sectorul sănătății (RSS). Aceste reforme aveau drept scop adresarea problemelor aferente asistenței medicale de calitate proastă, accesului limitat, inegalității, resurselor insuficiente și lipsei de sensibilitate față de necesități. Uneori reformele făceau parte din programe mai vaste de ajustări structurale din Africa și Asia. Reformele erau promovate în special de către Banca Mondială, care le considera drept mijloc de satisfacere a necesităților de eficiență sporită și eficiență de cost.

Aspectele generale privind reformarea sectorului sănătății în anii '90 prevedeau:

- schimbări în **mecanismele de finanțare**, de exemplu proporția taxelor, asigurarea socială și privată, plățile utilizatorului și alte surse de venituri, un rol mai mare pentru sectorul privat și noi abordări în finanțările donatorilor;
- schimbări în **modul de stabilire a priorităților**, cu transferarea unor servicii în domeniul sectorului privat;
- schimbări în **roluri**, statul axându-se pe reglementări și mai puțin pe prestarea directă a serviciilor;
- schimbări în **mecanismele organizaționale**, cum ar fi descentralizarea.

Majoritatea acestor aspecte influențează direct bugetul. Examinarea caracterului RSS într-o anumită țară și influența acestora asupra bugetului ar trebui să facă parte din analiza situațională care oferă informații pentru schițarea oricărei intervenții BSG.

RSS de obicei sunt însoțite de diferite procese de privatizare. Procesul de privatizare s-a intensificat îndeosebi în anii 1980 când lucrătorii medicali au creat structuri private oficiale și neoficiale de prestare a serviciilor medicale pentru a suplimenta salariile care au fost reduse în perioada implementării programelor de ajustare structurală. Unii au introdus „taxe neoficiale” chiar și pentru serviciile prestate în instituțiile publice.

Reformele din sectorul sănătății nu au un caracter unic pentru toate țările. Acestea depind de situația economică, politică și socială din țară și influența din partea agențiilor bilaterale și multilaterale. Totuși, de obicei se constată modele întrebuițate la nivel global.

În prefața unei noi publicații cu privire la RSS și impactul lor asupra drepturilor și sănătății reproductive, Marge Berer, editorul revistei Probleme de Sănătate Reproductivă concluzionează că în general, RSS nu au contribuit la îmbunătățirea serviciilor în domeniul sănătății reproductive și sexuale. Deseori, lucrurile chiar se înrăutățeau pentru populația săracă, în special femei. La general vorbind, reformele financiare nu au majorat fondurile disponibile pentru serviciile RSS. Inițiativele public-private implică probabilitatea mai mică de prestare a serviciilor integrate și comprehensive, ba chiar mai mult, este puțin probabil că aceste servicii vor fi disponibile pentru persoanele sărace care nu pot plăti. Responsabilitatea pentru serviciile publice tinde, de asemenea, să descrească odată cu creșterea rolului sectorului privat. Impactul descentralizării depinde de limitele în care guvernul național stabilește condițiile și standardele pentru jurisdicțiile de nivel mai scăzut. Deseori descentralizarea și anularea programelor verticale de sănătate au drept rezultat reorientarea persoanelor de la nivel local la alte servicii decât cele aferente sănătății reproductive și sexuale din nevoia de a repartiza resursele disponibile pentru alte necesități.

BOXA 7: COMBINAREA ACTIVITĂȚILOR DE CERCETARE, PROMOVARE ȘI INSTRUIRE

„Drepturi și Reforme” reprezintă o inițiativă de cercetare și promovare care a reunit organizații și persoane din Africa, Asia și America Latină pentru a examina modul în care reformele sectorului sănătății au afectat accesul persoanelor sărace și în special al femeilor la servicii medicale reproductive și sexuale de calitate. Grupul a realizat cercetări pe fiecare continent cu accentul pe cu șase aspecte ale reformei sectorului sănătății și anume (a) finanțarea; (b) interacțiunea public-privat; (c) fixarea priorităților; (d) descentralizarea; (e) integrarea serviciilor; și (f) responsabilitatea. Constatările au fost reflectate într-o carte globală și au fost utilizate pentru elaborarea unor materiale de instruire. Toate materialele date sunt disponibile pe Internet.

Referință: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms

Referințe: Ravindran, T.K.S. și de Pinho, H.. *Reforme sectoriale și sănătatea sexuală și reproductivă: sunt oare reformele adecvate?* Parktown: *Proiectul Sănătatea Femeilor*, eds., 2005.

Mackintosh, M și Tibandebage, P. Forthcoming: *Reforma în sectorul sănătății și dimensiunii de gen: perspective analitice ale experienței africane. Politica socială și de gen în context de dezvoltare: mame, lucrători și cetățeni*, ed. S.Razavi și S. Hassim. Basingstoke: Palgrave.

CARE SUNT EFECTELE ECONOMICE?

Acest capitol prezintă argumentele economice care pot fi utilizate pentru promovarea politicii UNFPA precum și pentru alocarea mijloacelor în scopul implementării eficiente a acestora. Aceste argumente pot fi utilizate în propagarea activității ce ține de BSG, precum și pentru promovarea unor obiective mai generale ale UNFPA. Capitolul include argumente ce reies din abordări și concepte economice tradiționale, precum și argumente care sunt mai puțin cunoscute economiștilor ortodocși. Este prezentat, în special, conceptul de muncă de îngrijire neremunerată. Această problemă este de obicei trecută cu vederea în discuțiile economice și cele de buget, dar care necesită să fie abordată dacă dorim să avem rezultate echitabile din punctul de vedere al perspectivei de gen. Îngrijirea neremunerată este în deosebit de importantă pentru domeniul sănătății unde activitatea de îngrijire este una de bază.

BSG, SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ ȘI ECONOMIA

Bugetele sunt mai mult decât politici economice

Bugetele fac parte din politica macroeconomică generală a guvernului și în termeni tehnici sunt numite drept politici „fiscale”. Politica monetară care încearcă să influențeze rata de schimb și rata inflației constituie o altă parte importantă a politicii macroeconomice a unei țări. Diversele părți ale politicii macroeconomice ale unei țări tind să realizeze împreună așa obiective precum creșterea economică, ocuparea deplină a populației, rata inflației scăzută și stabilă. Deseori însă se dă uitării faptul că toate acestea au drept scop final să asigure realizarea obiectivelor astfel încât fiecare persoană din populația țării să beneficieze de ele și nu doar un grup mic de persoane.

Deoarece bugetul este unul din instrumentele macroeconomice ale guvernului, descrierile BSG uneori se referă la inițiativele BSG ca fiind inițiative despre „politica economică”. Deși este adevărat că bugetul reprezintă unul din instrumentele macroeconomice ale guvernului și abordarea generală a bugetului face parte din strategia macroeconomică generală a guvernului, bugetele nu se referă numai la politica economică. În ce privește activitatea pe care o realizează, funcția bugetelor este de a acumula și repartiza veniturile (ceea ce este de fapt o politică economică); totuși, banii sunt utilizați pentru implementarea tuturor politicilor guvernamentale atât în sectorul economic cât și social sau protecție. Astfel, bugetele pot contribui, de asemenea, la mult mai mult decât la realizarea obiectivelor „economice” de ocupare deplină a populației, rate mici a inflației și creștere economică.

Impactul economic al sănătății reproductive

Dintr-un alt punct de vedere, sunt câteva momente vizând SR și economia care merită să fie menționate, inclusiv și modul în care alocarea surselor financiare suficiente pentru drepturile și sănătatea reproductivă poate afecta economia unei țări și bunăstarea economică a persoanelor care locuiesc în această țară.

Studiul UNFPA cu privire la Starea Populației Lumii demonstrează că investițiile în fete și femei (inclusiv investițiile în SR) oferă „dividende duble”, recuperându-se prin faptul că vizează rolurile reproductive și

productive (economice) ale femeilor. Planificarea familiei îi permite femeii să amâne perioada de graviditate oferindu-le astfel mai mult timp pentru a-și finaliza educația și participa în forța de muncă economică. Serviciile SR pot consolida productivitatea femeilor prin prisma soluționării problemelor SR. Libertatea alegerii și abilitatea de a alege ar trebui să existe în familii mai mici ca dimensiune, cu o presiune mai mică asupra resurselor țării. În Thailanda și Egipt s-a estimat că fiecare dolar cheltuit pentru planificarea familiei a economisit 16 și respectiv 31 de dolari din costurile aferente sănătății, educației, construcția locuințelor și alte costuri ale serviciilor sociale.

În multe țări există programe guvernamentale judicioase vizând sănătatea copiilor și învățământul primar. Totuși, multe din ele neglijează nevoile adolescenților. Atunci când se iscă o astfel de situație, țările ar putea să piardă beneficiul din resursele investite în copii, cum ar fi cele în educație.

Avorturile cu risc cauzează aproximativ 68,000 de decese anual. Femeile care supraviețuiesc complicațiilor avorturilor, deseori, sunt prejudiciate pe viață. Avorturile cu risc implică, de asemenea, o povară imediată pentru serviciile medicale. În regiunea africană sub-Sahara, între 1/5 și 1/2 din toate paturile ginecologice sunt ocupate de femei care necesită îngrijire de după avort. Ar fi fost cu mult mai ieftin dacă acestor femei li s-ar fi oferit contraceptive la timpul cuvenit.

Studiul UNFPA cu privire la Starea Populației Lumii menționează că în prezent violența ucide și prejudiciază același număr de femei și fete cu vârsta între 15 și 44 de ani ca și cancerul. Aceasta se reflectă în cheltuieli aferente serviciilor medicale, servicii polițienești și legale precum și pierderi în domeniul realizărilor educaționale și productivității.

Atunci când guvernul nu alocă resurse suficiente pentru sănătatea reproductivă și alte servicii medicale, mai apare un cost impus ulterior femeilor care se lansează în activități de îngrijire „fără plată”. La prima vedere s-ar părea că acest fapt nu implică niciun cost pentru guvern. Totuși, timpul și alte poveri pe care munca de îngrijire neremunerată impune femeilor constituie bariere pentru angajarea acestora în alte activități, inclusiv care aduc venituri, sporind astfel șansele ca la un moment dat ele să devină dependente de stat. Activitatea de îngrijire neremunerată mai denotă că statul nu poate profita de capacitățile acestor femei și contribuția acestora la progresul economic al țării este nulă.

De la argumente instrumentaliste spre o abordare în bază de drepturi

Cele menționate reprezintă argumente forte în favoarea alocării resurselor pentru serviciile SR. Totuși, nu trebuie să folosim doar argumente instrumentaliste care evidențiază faptul că sănătatea mai bună a femeilor va avea un impact pozitiv și pentru țară. Femeile au dreptul la sănătate inclusiv pentru propriul confort, nu doar pentru binele altora.

După cum relatează raportul grupului de experți al ODM cu privire la sănătatea maternă și a copilului, termenul de „femei și copii” nu ar trebui să fie „o indicație de vulnerabilitate, un SOS pentru salvare, un trăgaci pentru remușcările de vină”. Dimpotrivă, femeile și copiii trebuie considerați drept „lucrătorii actuali și cei viitori în economia țării lor, îngrijitori ai familiilor lor... Sunt ființe umane. Au drepturi, inclusiv și accesul la asistență medicală care îi va ajuta să-și protejeze și promoveze sănătatea; să participe la luarea deciziilor care le afectează viața; și să ceară persoanelor și instituțiilor relevante să poarte responsabilitate pentru măsurile întreprinse în scopul realizării acestor drepturi” (2005:4).

Referințe: UNFPA. Starea Populației Lumii 2005: Promisiunea egalității: echitatea de gen, sănătatea reproductivă și obiectivele de dezvoltare ale mileniului. New York: UNFPA, 2005.

BOXA 8: DOAR BANII NU SUNT SUFICIENTI

UNFPA a oferit suport Ecuadorului pentru implementarea, în 1998, a Legii cu privire la îngrijirea maternă gratuită. Legea prevede accesul gratuit la un pachet de servicii prestate pe perioada sarcinii, servicii de planificare a familiei și servicii medicale pentru copii sub cinci ani. Guvernul a alocat resurse pentru a acoperi costurile acestor servicii, dar aceste acțiuni nu au fost suficiente pentru ca legea să dea rezultatul scontat. Ca urmare, guvernul a creat comitete locale pentru administrarea, de comun acord cu Ministerul Sănătății, autoritățile municipale, Consiliul Național al Femeilor și organizațiile din comunitate a resurselor locale alocate în domeniul sănătății. S-au creat, de asemenea, și comitete ale utilizatorilor și se organizează întruniri regulate cu femeile din comunitățile din împrejurimi pentru a spori gradul de conștientizare a legii și pentru a monitoriza implementarea acesteia.

Referință: UNFPA. Starea Populației Lumii 2005: Promisiunea egalității: echitatea de gen, sănătatea reproductivă și obiectivele de dezvoltare ale mileniului. New York: UNFPA, 2005.

„DIVIDENDUL DEMOGRAFIC”

Unul din beneficiile economice ce reiese din prestarea serviciilor SR a fost numit „dividendul demografic”. Promotorii acestei idei susțin că odată cu scăderea ratelor fertilității și mortalității se schimbă și structura populației. Se reduce mărimea familiilor; astfel, o parte mai mare a populației este reprezentată de persoane tinere, productive, cu puțini copii și persoane în etate, dependente. Dividendul demografic se orientează astfel mai mult pe structura populației decât pe mărimea acesteia.

Economiștii au calculat că dividendul demografic reprezintă aproape o treime din creșterile economice excepționale înregistrate de țările Asiei de Est între anii 1965 și 1990. Mai există și un „dividend de gen”, conform căruia femeile cu mai puțini copii se încadrează mai ușor în câmpul muncii.

Unii economiști susțin că țările în curs de dezvoltare ar putea profita de beneficii similare. Alți economiști și specialiști în demografie nu împărtășesc acest punct de vedere. Ei argumentează că probele existenței pentru dividendul demografic sunt bazate pe modele macro- și nu o percepere a comportamentului indivizilor și gospodăriilor. Alți specialiști menționează că nu este de ajuns doar creșterea economică: pentru a obține rezultate în reducerea sărăciei, extra-bogăția generată trebuie să fie repartizată echitabil tuturor.

Oricum, la acest capitol pare să existe un consens, conform căruia țările nu vor beneficia automat de dividendul demografic odată cu reducerea ratei fertilității și mortalității. Pentru ca aceasta să se întâmple, este necesară elaborarea și implementarea politicilor adecvate. De exemplu, în ce privește „dividendul de gen”, guvernele trebuie să găsească o modalitate de facilitare a accesului femeilor pe piața muncii, căci existența mai multor copii nu este unicul factor de descurajare. În Japonia, de exemplu, s-a înregistrat o reducere bruscă în rata fertilității, însă relativ puține femei au intrat pe piața forței de muncă plătite.

Analistii avertizează și asupra faptului că în prezent, dividendul demografic nu este relevant pentru un număr mare de țări – mai ales în Africa – care trec acum printr-o perioadă de „deficit demografic” în grupurile de vârstă productivă, drept rezultat al cazurilor HIV/SIDA.

BSG, SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ ȘI ACTIVITATEA DE ÎNGRIJIRE NEREMUNERATĂ

Bugetele sunt de obicei percepute ca fiind ceva despre bani și cei care elaborează bugetele se concentrează asupra costurilor monetare. Astfel, ei ignoră activitatea de îngrijire neremunerată – o activitate care în principiu este realizată de femei care au grijă de copii și alți membri din familie și comunitate. Munca de îngrijire neremunerată presupune munca pe lângă casă și grija față de copii pe care oamenii de obicei o prestează pentru familiile lor, fără plată. Un aspect important care necesită atenție este munca neremunerată de îngrijire a persoanelor bolnave.

Sistemul Conturilor Naționale (SCN) reprezintă un set de reguli acceptate pe plan internațional care stipulează modalitatea în care țările trebuie să calculeze produsul intern brut (PIB). Regulile SCN recunosc activitatea de îngrijire neremunerată drept „productivă” și „muncă”. Totuși, regulile stipulează că aceste servicii neremunerate de îngrijire nu trebuie să fie luate în considerație la calcularea PIB-ului. Acest fapt încurajează rezistența economiștilor și planificatorilor de a lua în considerație munca neremunerată de îngrijire.

Oricum, bugetele publice sunt subvenționate de munca neremunerată prin mai multe căi. De exemplu, atunci când guvernul reduce bugetul public pentru serviciile medicale, persoanele (mai cu seamă femeile) trebuie să facă ceva acasă pentru a face față acestui neajuns. Sigur că această îngrijire la domiciliu poate și este „fără plată” pentru guvern; totuși, ea reprezintă un anumit cost pentru cei care oferă aceste servicii precum și pentru familiile acestora.

O broșură a OMS menită asistentelor medicale și moașelor sugerează că de fapt aproape 90 la sută din serviciile de asistență a bolnavilor este oferită acasă. Nevoia de îngrijire este în creștere dacă țara este afectată de HIV/SIDA sau alte epidemii similare. Situația devine și mai acută în momentul când persoanele infectate devin bolnavi, iar țara trece de la o epidemie a virusului HIV, la o pandemie SIDA. Cu toate acestea, majoritatea fondurilor disponibile pentru HIV/SIDA tind să se concentreze asupra cheltuielilor de tratament, nu și pe cele de îngrijire.

Pentru a face față cererii crescânde în serviciile generate de HIV/SIDA, multe țări trec la sisteme de îngrijire la domiciliu. În aceste sisteme, voluntarii sau lucrătorii, pentru o plată simbolică vizitează persoanele la domiciliu pentru a le oferi servicii de îngrijire, renunțând astfel la serviciile de îngrijire în clinici și spitale. Beneficiile aparente pentru bugetul domeniului sănătății par evidente. De exemplu, se estimează că dacă toți pacienții cu SIDA din Tanzania ar fi tratați în instituțiile publice și li s-ar oferi tratamentele adecvate, atunci cheltuielile incluse ar absorbi o jumătate din bugetul public pentru sănătate. De fapt, sistemele de îngrijire la domiciliu sunt subvenționate de lucrătorii care vizitează și oferă servicii de îngrijire la domiciliu. De obicei nimeni nu se gândește în cadrul unor astfel de programe la timpul, oportunitățile și alte costuri suportate de membrii familiei acestor voluntari. Un studiu din Zimbabwe a evidențiat că, costurile legate de timp constituie volumul costurilor de gospodărie aferente îngrijirii membrilor de familie ținânduți la pat.

BOXA 9: COSTURILE ÎNGRIJIRII LA DOMICILIU

În 2003, UNIFEM a coordonat și a finanțat un studiu în Botswana, Mozambic și Zimbabwe vizând costurile de timp și financiare suportate de guvern, organizații și îngrijitorii din organizații și gospodării care utilizează modelul de îngrijire la domiciliu în cazul HIV/SIDA. Studiul a fost planificat și implementat de către un grup de lucru compus din reprezentanți ai guvernului, a ONG-urilor implicate în îngrijirea la domiciliu, a ONG-uri care cunosc activitatea de formare a unui buget, reprezentanți ai organizațiilor femeilor și reprezentanților din mediul academic.

Cercetarea a fost elaborată ca un studiu de caz care includea proiecte în domeniul îngrijirii la domiciliu în cele trei țări în calitate de cazuri. Fiecare țară a folosit instrumente similare, pentru a facilita compararea constatărilor și pentru a ușura sarcina mediatorilor și audienței în perceperea acestor cazuri.

La finele proiectului, cercetătorii și reprezentanții organizațiilor din cele trei țări s-au reunit pentru a face schimb de rezultate și pentru a elabora anumite mesaje de promovare la nivel regional și național. Grupul a căzut de acord asupra următoarelor probleme de nivel regional:

- implicarea foarte limitată a bărbaților în activitatea de îngrijire la domiciliu;
- lipsa instrumentelor de motivare a lucrătorilor care prestează servicii de îngrijire la domiciliu, ori existența unui nivel subdezvoltat de motivare, precum și disparități existente în nivelul stimulentei acordate lucrătorilor;
- nerecunoașterea muncii depuse de lucrătorii rețelei de îngrijire la domiciliu, în special din partea guvernului;
- cazuri de abuz al lucrătorilor rețelei de îngrijire la domiciliu din partea beneficiarilor;
- acces inegal la îngrijirea la domiciliu pentru cei care au nevoie de aceasta;
- necesitatea unor abordări mai integrate în domeniul îngrijirii la domiciliu care ar cuprinde o serie de actori și factori sociali, financiari, de sănătate și alimentație.

Cercetătorii au calculat valoarea muncii unui lucrător din rețeaua îngrijirii la domiciliu în țara sa, înmulțind numărul de ore lucrate cu salariul mediu plătit unei asistente medicale, unui lucrător de casă sau unui lucrător similar. Valoarea lunară a fost de 270 Pula (moneda națională) în Botswana, 130 \$SUA în Mozambic și 403550 \$Z în Zimbabwe. Totuși, cercetătorii consideră că referirea la salariile unei asistente medicale sau lucrător de casă banalizează munca lucrătorilor din rețeaua îngrijirii la domiciliu, ținând cont de numărul și diversitatea sarcinilor îndeplinite de către aceștia și stresul psihologic și de orice altă natură. În plus, ei au menționat că salariile pentru toate aceste slujbe se bazează pe presupunerea cu referire la munca femeilor, care în mod general tinde să subestimeze munca depusă atât pe piața muncii, cât și acasă.

Activitatea neremunerată de îngrijire nu se referă doar la servicii de îngrijire la domiciliu și HIV/SIDA. Acest model de muncă poate fi găsit în multe alte programe sociale care își întemeiază activitățile pe munca neremunerată efectuată de către public.

BOXA 10: ACTIVITATEA DE ÎNGRIJIRE NEREMUNERATĂ ÎNTR-UN PAHAR DE LAPTE

O inițiativă BSG finanțată de UNIFEM în municipalitatea Villa El Salvador, Peru, a calculat costul muncii neremunerate desfășurată de femei în prestarea așa-numitelor servicii de „auto-gospodărire”. Un exemplu de un astfel de serviciu este Programul „un Pahar de Lapte”. În acest program, municipalitatea plătește pentru materialele de bază și pentru lapte, iar femeile din comunitate contribuie la organizarea programului și distribuirea laptelui către beneficiari. La momentul cercetării, acest program a constituit mai bine de o treime din bugetul municipal adică 3 milioane dolari SUA.

Echipa de cercetare a intervievat femeile beneficiare pentru a afla cât timp au petrecut ele lucrând în program. Ulterior, numărul de ore a fost înmulțit cu salariul minim din Peru. Când au comparat această sumă cu bugetul total al programului „un Pahar de Lapte”, s-a constatat că dacă munca femeilor ar fi fost plătită, atunci bugetul total s-ar fi mărit cu încă 23%. Această muncă neremunerată a constituit un aport suplimentar programului alături de contribuția comunității în termeni de cheltuieli pentru carburanți, zahăr și ustensile.

Chiar dacă nu este recunoscut oficial, în cadrul acestui program femeile subvenționează bugetul guvernului. Dacă ele nu ar fi fost pregătite să ofere servicii fără plată, guvernul ar fi trebuit să angajeze personal pentru această activitate. Subvenționări similare au loc și atunci când femeile oferă servicii de îngrijire medicală pentru alți membri ai casei sau din comunitate. Dacă această îngrijire nu ar fi oferită de femei ca parte din responsabilitățile lor de familie și de comunitate, este foarte probabil că bolnavii ar fi apelat la serviciile publice de asistență medicală, majorând astfel cheltuielile bugetului public.

Referințe: Audia-Perez, B și Beltran-Barco, A.. Analiza bugetului public prin dimensiunea de gen: Villa El Salvador, Lima, Peru. Bugetele sensibile la dimensiunea de gen în America Latină: Responsabilitatea pentru echitate și transparență, ed. Bethsabe Andia-Perez și alții. Fondul Națiunilor Unite de Dezvoltare pentru Femei, 2004. www.idrc.ce/uploads/user-S/11281061151Gender-Sensitive_Budgets_in_Latin_America_Accountability_for_Equity_and_Transparency.pdf

Pearl, R. Regiunea Andeană: Un program pentru mai multe țări. Bugetele sensibile la dimensiunea de gen fac mai mulți bani: studii de țări și bune practici, ed. D.Budlender și G. Hewitt. Londra: Secretariatul Commonwealth, 2002.

Referințe: Budlender, Debbie. De ce trebuie să ne pese de munca de îngrijire neremunerată? Harare: Fondul Națiunilor Unite de Dezvoltare pentru Femei, 2004.

Ogden, J., Esim, S. și Grown, C. Expansiunea îngrijirii neîntrerupte pentru HIV/SIDA: îngrijitorii în centrul atenției. Politica și planificarea în sectorul sănătății 21 (5) (2006): 333-342.

PROMOVAREA ALTOR ACTIVITĂȚI PRIN PRISMA BUGETULUI

Acest capitol descrie modul de utilizare a BSG în promovarea și susținerea diverselor programe, campanii și activități. Domeniile posibile de utilizare a BSG sunt incluse în agendele naționale de dezvoltare ca de exemplu: strategiile de reducere a sărăciei (SRS) elaborate de multe țări în curs de dezvoltare, Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM). Totodată, BSG pot fi utilizate în domenii specifice cum ar fi mortalitatea maternă și violența în bază de gen. Ultima parte a capitolului prezintă un model de includere a BSG în agendele vizând creșterea procesului participativ la elaborarea politicilor.

SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ, BUGETUL ȘI ODM-URILE

Sănătatea reproductivă și ODM-urile

ODM-urile reprezintă obiective mondiale de abordare a diferitelor dimensiuni ale sărăciei extreme, până în jurul anului 2015. Obiectivul al cincilea vizează mortalitatea maternă și sănătatea reproductivă. Cu excepția obiectivului dat, nu există, însă, un ODM oficial ce vizează sănătatea sexuală și reproductivă. În Declarația Mileniului a ONU nu există nici o referință la adolescenți.

Proiectul Mileniului al ONU (www.unmillenniumproject.org) reprezintă organul consultativ al Secretarului General al ONU. Cele zece echipe de experți ale proiectului sunt formate din reprezentanți ai mediului academic, guvernului, agențiilor ONU, instituțiilor financiare internaționale, ONG-urilor, agențiilor donatorilor și ai sectorului privat. Câteva din aceste echipe de experți, în comun cu cea responsabilă de Obiectivul 5, au recunoscut importanța accesului la serviciile sănătății reproductive și sexuale (SRS) precum și a protejării drepturilor reproductive pentru realizarea altor ODM-uri, inclusiv a obiectivului privind eradicarea sărăciei și a foametei, egalitatea de gen și abilitarea femeilor, realizările educaționale, durabilitatea mediului ambiant și îmbunătățirea calității vieții a celor din cartierele sărace.

În capitolul vizând HIV-SIDA al documentului aprobat la Summit-ul Mondial din 2005 sunt analizate problemele aferente SR și necesitatea de a asigura până în anul 2015 - „accesul universal la sănătatea reproductivă”, în conformitate cu prevederile ICPD. Referindu-se la obiectivul egalității de gen și abilitării femeilor, documentul dezbate necesitatea asigurării „accesului egal la sănătatea reproductivă”.

Anexele 1 și 2 ale Proiectului Mileniului - „Investire în Dezvoltare” prevăd o serie de intervenții aferente SRS. Exemplele vizează accesul universal la informație și servicii de sănătate sexuală și reproductivă (inclusiv planificarea familiei; maternitate fără risc și servicii de prevenire, tratare și îngrijire a ITS, inclusiv HIV/SIDA); educație și servicii specifice vârstei; atenție la implicarea bărbaților; sănătatea reproductivă a adolescenților; educația parentală; asigurarea alegerii contraceptivelor; ameliorarea serviciilor de consiliere; combaterea violenței în bază de gen; descurajarea căsătoriilor timpurii; eliminarea cazurilor de mutilare a organelor genitale feminine și a altor practici tradiționale periculoase; extinderea accesului la servicii sigure de întrerupere a sarcinii (unde este permis de lege) și revizuirea legislației în domeniu pentru a proteja sănătatea femeilor.

Echipa de experți în domeniul sănătății materne și sănătății copilului

Echipa de experți în domeniul sănătății materne și a copilului evidențiază necesitatea schimbării radicale a sistemelor, inclusiv a bugetelor. Echipa a propus nouă recomandări-cheie, cea de-a doua abordând problema finanțării. Echipa de experți a relevat necesitatea fondurilor suplimentare semnificative. Această recomandare menționează necesitatea majorării alocațiilor pentru sectoarele din domeniul sănătății, de către toate țările. Totodată, se menționează necesitatea anulării taxelor de utilizator pentru serviciile medicale primare. Cea de-a patra recomandare-cheie vizează drepturile sexuale și reproductive și accentuează că aceste drepturi sunt „esențiale” pentru realizarea tuturor ODM-urilor. Echipa de experți a recomandat ca inițiativele HIV/SIDA să fie integrate în programele SRS, adolescenților să li se acorde atenție explicită, iar femeile din toate țările trebuie să aibă acces la servicii calitative în monitorizarea complicațiilor apărute ca urmare a întreruperii sarcinii. Cea de-a șasea recomandare, cu privire la mortalitatea maternă, susține că eforturile de creare a unui „sistem funcțional de asistență medicală primară” trebuie să includă în mod obligatoriu și servicii de asistență obstetrică de urgență. Recomandarea finală prevede ca accesul universal la serviciile SR să fie considerat obiectiv individual al ODM 5.

Accentul pe caracterul „universal” corespunde obiectivului echipei de experți privind echitatea și abordarea nevoilor celor săraci. Echipa menționează că, deși starea sănătății oamenilor săraci este mai proastă decât a celor bogați, de obicei ei au acces limitat la serviciile medicale. Faptul că o intervenție medicală specifică include o maladie care prevalează mai mult printre cei săraci nu înseamnă neapărat că cei săraci vor beneficia mai mult de astfel de intervenții. Sunt necesare strategii specifice pentru a face dovada că lucrurile vor intra pe un făgaș normal.

Deseori, analiștii bugetari se plâng de ponderea mare în bugete a cheltuielilor aferente retribuirii muncii. Ignoră, însă, faptul că fără specialiști remunerați, nu vor exista nici servicii. Contrar afirmațiilor acestor analiști, echipa de experți menționează necesitatea majorării „substanțiale” a salariilor și revizuirii sistemului de promovare și al condițiilor de lucru ale prestatorilor de servicii medicale. Experții sugerează că alături de multe altele, acest fapt ar putea soluționa și problema „exodului de creier” a asistentelor medicale și medicilor, din țările sărace spre cele bogate; or, persoanele calificate a căror instruire a fost acoperită din bugetele țărilor lumii a treia, migrează în țări dezvoltate.

Echipa de experți mai pune sub semnul întrebării și alte aspecte de ordin general ale SRS, mai cu seamă trecerea la sistemul privat de prestare a serviciilor. Se menționează că „chiar și cei mai înflăcărați reformatori ai sectorului sănătății... recunosc că trecerea la economia de piață orientată spre comercializarea serviciilor de asistență medicală nu vor ajunge la cei săraci care pur și simplu nu dispun de resurse suficiente pentru a procura asistența de care au nevoie”.

Referințe: Proiectul Mileniului al ONU. În mâinile cui este puterea? Transformarea sistemelor de sănătate pentru femei și copii. Versiunea sumară a raportului Echipei de Experți cu privire la sănătatea maternă și sănătatea copilului. New York: PNUD, 2005.

Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare. Populația, Sănătatea Reproductivă și Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului: mesaje din rapoartele Proiectul Mileniului al ONU. PNUD, 2005.

Proiectul rezoluției prezentat la Întrunirea Plenară de nivel înalt a Adunării Generale din partea Adunării Generale la sesiunea 59, 2005 a Rezultatului Summit-ului Mondial. A/60/L.1. Septembrie 2005 documentul Rezultatului Summit-ului Mondial.*

BOXA 11: MORTALITATEA MATERNĂ ȘI ASISTENȚA OBSTETRICĂ DE URGENȚĂ

Recomandarea Echipei experților Proiectului Mileniului de a include asistența obstetricală de urgență (AOU) în serviciile de asistență medicală primară reflectă nivelul de conștientizare a importanței AOU în abordarea ratelor înalte de mortalitate maternă înregistrate în multe țări.

Clasicatorul Internațional al Maladiilor, Leziunilor și Cauzelor de Deces definește decesul matern drept „decesul unei femei în timpul sarcinii sau pe parcursul a 42 de zile de la nașterea copilului, indiferent de durata sau locul sarcinii, din orice motiv aferent sarcinii sau influențat de sarcină, cu excepția cazurilor accidentale.

Din numărul estimat de 529,000 de decese materne anuale din lumea întreagă, 99 la sută sunt înregistrate în țările în curs de dezvoltare. Unei femei care se stinge din viață din cauza complicațiilor la naștere îi corespund aproximativ 30 de femei care suferă din cauza leziunilor, infecțiilor și dizabilităților cum ar fi incontinență, infertilitate sau vătămări neurologice. Cauzele directe ale deceselor materne sunt hemoragiile, stările septico-purulente, travaliul cu dificultăți, pre-eclampsia și eclampsia sau tulburările de hipertensiune în timpul sarcinii și complicațiile cauzate de întreruperea sarcinii în condiții aseptice. Complicațiile obstetrice directe afectează circa 15% din numărul femeilor pe durata sarcinii, în timpul nașterii sau în perioada post-natală. Complicațiile obstetrice indirecte sunt cauzate de maladiile agravate de sarcină, cum ar fi anemia, malaria, tuberculoza și HIV/SIDA.

De obicei, complicațiile care cauzează decesul matern nu pot fi prevenite sau prezise. Pot afecta atât o femeie gravidă sănătoasă cât și una mai puțin sănătoasă. Când apar complicațiile, avem nevoie de AOU care deseori ar putea salva viața femeii.

La sfârșitul anilor '80, experții considerau că planificarea familiei ar reprezenta calea cea mai eficientă și mai puțin costisitoare în reducerea mortalității materne. Planificarea familiei reduce numărul sarcinilor unei femei reducând astfel și eventualele riscuri. Însă, planificarea familiei nu influențează nivelul riscului atunci când o femeie este deja însărcinată.

Asistența antenatală se bazează pe abordarea „riscului” în prevenirea deceselor materne prin identificarea femeii însărcinate supusă riscului de a avea complicații. În 1934, FN Reynolds scria că mai mult de 80 la sută din decesele materne se datorau complicațiilor care nu puteau fi diagnosticate în perioada antenatală: febră puerperală, hemoragii post-natale și stări de șoc.

În 1987, OMS, UNFPA și Banca Mondială au lansat Inițiativa privind Sarcina fără Risc. Inițiativa include acordarea asistenței medicale antenatale, eliberarea seturilor la naștere, disponibilitatea serviciilor de planificare a familiei, distribuirea pastilelor ce conțin fier, instruirea lucrătorilor medicali și participanților tradiționali la naștere, organizarea comunităților, lansarea campaniilor de instruire și informare și abilitarea femeilor. Totuși, pe parcursul următoarelor decade, ratele decesului matern nu s-au redus semnificativ. Accentul pe AOU ar fi putut să fie mai eficace. Pentru a salva viețile femeilor, accentul se va pune pe asigurarea funcționării sistemelor medicale de referire care vor presta servicii medicale calitative, inclusiv AOU.

Referință: Adaptat după informația oferită de Marilen Danguilan, UNFPA

COSTUL IMPLEMENTĂRII ODM-URILOR

Au fost câteva încercări de estimare a costurilor de implementare a ODM. Aceste inițiative au drept scop informarea guvernelor naționale și a comunității donatorilor internaționali despre sumele care trebuie prevăzute în bugetele naționale sau cele aferente asistenței financiare. Estimarea cheltuielilor a fost efectuată la nivel de țară și la nivel internațional. S-au estimat și cheltuielile aferente implementării unor obiective specifice.

Estimările globale

Estimările globale cu privire la costurile necesare pentru realizarea ODM-urilor oscilează în intervale foarte mari. De exemplu, Reddy și Heuty (2204) menționează că în Raportul Panelului de Nivel Înalt cu privire la finanțare pentru dezvoltare („Raportul Zedillo”) se estimează că, costul (internațional) pentru realizarea obiectivelor către anul 2015 este de aproximativ 50 miliarde de dolari anual, în timp ce Banca Mondială a prezentat donatorilor un cost de 35-76 miliarde de dolari SUA anual. Un studiu de fundamentare pentru Raportul PNUD cu privire la Dezvoltarea Umană pentru 2003 a estimat costul pentru realizarea obiectivului 1, ca fiind de 76 miliarde de dolari SUA.

Cadrul multianual de finanțare al UNFPA a înregistrat o estimare realizată de Banca Mondială conform căreia suma necesară pentru realizarea toate ODM-urile aferente domeniului sănătății ar fi 20-25 miliarde de dolari anual. Totuși, în 2001, fluxurile de resurse financiare internaționale pentru asistență în activități ce țin de populație au atins cifra de 2.5 miliarde de dolari, cu mult mai puțin decât sumele convenite inițial.

Estimările naționale

Faptul că documentul adoptat la Summit-ul Mondial din 2005 stipulează în mod clar necesitatea asigurării accesului universal la sănătatea reproductivă până în anul 2015 reprezintă o oportunitate majoră pentru a discuta cu guvernele planurile de îndeplinire a acestui obiectiv. O estimare a costurilor bazată pe date concrete ar permite guvernelor să determine implicările financiare necesare realizării acestei sarcini.

Proiectul Mileniului a elaborat instrumente de calcul al costurilor, cu scopul de a ajuta țările în procesul estimării costurilor pentru realizarea sarcinilor ODM-urilor, până în anul 2015. Materiale justificative și fișiere separate sunt disponibile pentru fiecare sector și/sau obiectiv în parte.

Modelul de calcul al costului pentru servicii aferente SR vine în sprijinul țărilor de a estima costurile necesare asigurării accesului universal la pachetul de bază de servicii SR. Pachetul include zece intervenții aferente planificării familiei, cinci pentru asistența antenatală și naștere, șapte aferente complicațiilor obstetrice, trei pentru alte situații de ordin maternal, trei pentru nou-născuți și cinci aferente ITS. Pentru fiecare intervenție, modelul calculează costul per caz mediu, numărul potențial de beneficiari într-un anumit an și costul anual total. Aceste estimări includ prevederi pentru remunerarea personalului, achiziționarea medicamentelor și a altor rechizite necesare în prestarea acestor servicii. Costul nu include resursele financiare necesare pentru аренда încăperilor, a echipamentului și alte costuri de regie.

Pentru a utiliza acest model în mod eficient, țările trebuie să dispună de cinci categorii de date:

- date demografice, de exemplu numărul de femei de vârstă reproductivă și numărul de nașteri;
- date epidemiologice, de exemplu incidența complicațiilor în perioada sarcinii și ITS;
- ratele curente de acoperire a diferitelor servicii;
- informație cu privire la medicamentele și rechizitele necesare;
- date privind costurile aferente remunerării personalului, achiziționării medicamentelor și a altor rechizite.

Modelul oferă date implicite pentru 200 de țări pentru majoritatea elementelor sus menționate.

Costul egalității de gen

Un modul separat de estimare a costului este oferit domeniului egalității de gen. Un „Sector” separat pe probleme a fost creat ca răspuns la includerea obiectivului de gen în cadrul ODM-urilor. Totuși, modulul privind estimarea costului dimensiunii de gen include mai mult decât obiectivul de gen din cadrul ODM-urilor și prevede intervenții specifice dimensiunii de gen ce sunt cuprinse în evaluările necesităților realizate pentru alte sectoare. Aceasta se conformează observațiilor parvenite din partea unui număr mare de observatori, în opinia cărora dimensiunea de gen nu trebuie să se limiteze doar la Obiectivul 3. Modulul privind estimarea costului prevede și o evaluare a necesităților dimensiunii de gen pentru a stabili de ce este nevoie pentru ca politicile în acest domeniu (cum ar fi planurile naționale) să fie funcționale. Aceasta permite autorilor modulului să includă elementele care nu au fost (pe deplin) prevăzute în rapoartele de evaluare a necesităților realizate pentru alte sectoare. Astfel, s-ar putea întâmpla ca un asemenea model să depășească prevederile ODM-urilor. O astfel de abordare este adecvată dacă dorim să integrăm dimensiunea de gen și politicile de gen acceptate de țară în SRS.

Calcularea separată a costului intervențiilor de gen are drept scop evidențierea și încurajarea unor asemenea intervenții. S-ar putea întâmpla, totuși, ca acestea să aibă un impact invers. Dacă intervențiile în aspect de gen sunt percepute ca ceva „separat”, acest fapt ar putea însemna că atunci când este vorba de resurse limitate și urmează să alegem între diferite intervenții, cele de gen vor avea de suferit. Dimensiunea de gen poate fi percepută ca ceva „ce ar fi bine să avem” și nu ca o parte esențială în politicile de integrare. O abordare mai eficientă (corespunzătoare procesului de integrare) ar fi constatarea includerii intervențiilor de gen în cadrul intervențiilor principale din sectorul dat, ca părți componente.

Referințe: Reddy, S. și Heuty, A. Realizarea ODM-urilor: critică și strategie. Documente de lucru, Centrul din Harvard pentru populație și studii de dezvoltare, volumul 14 numărul 3 (2004)

Proiectul Mileniului al ONU, Modelul costului sănătății reproductive. <http://www.unmillenniumproject.org/policy/needs03.htm>.

BUGETUL ȘI SRS

În 1999, Banca Mondială și Fondul Monetar Internațional (FMI) au introdus conceptul strategiilor de reducere a sărăciei (SRS) drept o condiție pentru țările sărace, de a avea acces la împrumuturile concesionale și reducerile datoriilor Țărilor Sărace Foarte Îndatorate (HIPC). Ideea SRS s-a răspândit mai târziu și în alte țări care nu fac parte din HIPC. La începutul anului 2005, țările care elaboraseră SRS erau: Benin, Bolivia, Burkina Faso, Camerun, Chad, Etiopia, Gambia, Ghana, Guineea, Guyana, Honduras, Laos, Madagascar, Malawi, Mauritania, Mozambic, Nicaragua, Nigeria, Ruanda, Senegal, Tanzania, Uganda și Zambia. Țările non-HIPC care dispuneau de SRS erau: Albania, Armenia, Azerbaijan, Bosnia și Herțegovina, Cambogia, Djibouti, Georgia, Kenya, Kirgistan, Moldova, Mongolia, Nepal, Pakistan, Serbia și Muntenegru, Sri Lanka, Tajikistan, Vietnam și Yemen. Angola, Bangladesh, Bhutan, Cape Verde, Dominica, Lesotho și Macedonia erau în proces de elaborare a SRS.

SRS reprezintă un plan general al guvernului de reducere a sărăciei și trebuie să cuprindă toate sectoarele guvernului, economiei și societății. SRS cuprinde o perioadă de trei ani, după care strategia se revizuieste. Atât elaborarea strategiei inițiale cât și revizuirile ulterioare ale acesteia au drept scop să asigure participarea publicului larg, inclusiv a societății civile și a cetățenilor de rând.

Din cauza acestei cerințe de participare, instituțiile financiare internaționale și donatorii bilaterali descriu SRS drept strategii calificate ca „proprietate a țării”. Criticii afirmă că de fapt caracterul participativ și cel de proprietate al țării, nu sunt reale de cele mai multe ori. Nici chiar parlamentarii nu pot influența SRS, deoarece dacă vor insista asupra unor schimbări semnificative în document, atunci ar pune în pericol asistența externă a țării. Participarea reală în procesul de luare a deciziilor a mai multor persoane decât a unui mic grup de oameni este limitată de faptul că Articolele din Acordurile încheiate cu Banca Mondială și FMI stipulează că acestea vor lucra direct cu Ministerele Finanțelor și Băncile Centrale.

Criticii SRS menționează că rețelele de politici ale SRS sunt în mod remarcabil similare într-un număr mare de țări, în pofida diferențelor existente în condițiile istorice, politice, economice și sociale. În 2005, Mișcarea Mondială de Dezvoltare (MMD) a examinat măsura în care nouă prescripții de politici standard au apărut în 42 de SRS disponibile în mod public. Nici una din acestea nu vizau direct sectorul sănătății, deși unele, cum ar fi privatizarea (a serviciilor de aprovizionare cu apă și alte domenii) și liberalizarea comerțului, ar fi putut afecta serviciile în domeniul sănătății. MMD a constatat că 30 din 42 SRS vorbeau despre extinderea liberalizării comerciale, 38 se refereau la privatizare, 26 stipulau reglementarea investițiilor și 40 se refereau la stringența fiscală. Ultima afectează direct bugetele, deoarece mai puține resurse vor fi disponibile pentru cheltuielile aferente sectorului social. MMD a accentuat faptul că cifrele prezentate mai sus au fost subestimate, deoarece în unele cazuri SRS nu includeau o anumită politică și aceste cazuri se datorau faptului că țara a introdus deja politica în cauză. Au fost foarte puține cazuri când țările introduceau politici „neortodoxe” în cele nouă domenii studiate.

Analizii și activiștii în probleme de gen au criticat multe SRS pentru că nu au integrat și dimensiunea de gen. Unitatea de Gen a Băncii Mondiale a elaborat o carte de resurse unde descrie în detaliu modul de includere în SRS a dimensiunii de gen. Multe SRS includ anumite probleme de gen, cum ar fi rata înaltă a mortalității materne sau rata scăzută de angajare a femeilor. Însă, majoritatea nu analizează în mod sistematic diferențele de gen în toate sectoarele și nici nu integrează dimensiunea de gen în soluțiile propuse. Există, totuși, careva excepții. SRS din Ruanda, de exemplu, este în general considerată cea mai eficientă strategie din perspectiva integrării dimensiunii de gen, în mare parte datorită eforturilor comune ale femeilor din țară. O parte din eforturile respective s-au concentrat pe colectarea și incorporarea datelor dezagregate pe sex pentru a fi utilizate în raport. Iar activitatea de bază în ce privește descrierea situației femeilor, bărbaților, fetelor și băieților în diferite sectoare a fost realizată mai târziu prin intermediul Inițiativei Bugetului Sensibil la Dimensiunea de Gen din Ruanda.

În pofida punctelor slabe, SRS trebuie să se afle în centrul atenției în activitatea aferentă BSG în orice țară unde există o asemenea strategie. Deoarece SRS are scopul să prezinte un cadru general al acțiunilor guvernului (și acțiunilor actorilor neguvernamentali) ea trebuie să constituie forța motrice în procesul de elaborare a bugetului. În cazul BSG, dacă dimensiunea de gen nu este încorporată corespunzător în SRS, va fi dificilă realizarea procesului de elaborare a unui buget sensibil la dimensiunea de gen; pe de altă parte, dacă aspectul de gen nu este încorporat în sistemele de monitorizare și evaluare a SRS, este puțin probabil că dimensiunea de gen va face parte din procesul de evaluare a implementării bugetului.

Referințe: Mișcarea Mondială de Dezvoltare. Negând democrația: modul în care BM și FMI lipsesc oamenilor de putere. Mișcarea Mondială de Dezvoltare, 2005. <http://www.wdm.org.uk/democracy/index.htm>

Whitehead, A. „Lipsind femeile, susținând sărăcia: aspectul de gen în cadrul Strategiilor de Reducere a Sărăciei”. Raportul pentru Rețeaua de Dezvoltare și Gen a Regatului Unit, GAD and Christian Aid, 2003

BOXA 12: SOCIETATEA CIVILĂ URMĂREȘTE POLITICA EDUCAȚIONALĂ ȘI IMPLEMENTAREA BUGETULUI ÎN MALAWI

Coaliția Societății Civile pentru Educația Primară de Calitate din Malawi (CSCQBE) a fost creată în 2000. În preajma anului 2005 coaliția avea deja 58 de membrii care reprezentau ONG-uri, organizații comunitare, uniuni ale profesorilor, organizații religioase și 10 rețele regionale. Monitorizarea politicilor, planurilor și strategiilor educaționale ale guvernului, inclusiv implementarea acestora a devenit una din activitățile principale ale CSCQBE chiar de la bun început.

CSCQBE realizează în fiecare an un exercițiu de trasabilitate implementat de către organizațiile membre ale coaliției. Acest exercițiu are drept scop examinarea suficienței resurselor alocate educației primare pentru realizarea unor schimbări comensurabile în domeniul accesului echitabil, învățământ primar calitativ și relevant ca un drept pentru toți copiii. Exercițiul vizează și gradul de responsabilitate a guvernului – adică se examinează dacă procesul de implementare corespunde politicilor și dacă resursele alocate ajung la beneficiari în conformitate cu SRS a țării. Raportul din 2004 include 322 școli primare din cadrul a șase diviziuni educaționale din Malawi. Chestionarul se axează, în special, pe trăsarea „cheltuielilor prioritare ale sărăciei” ale SRS și anume materiale de instruire și studiere, învățământul cu necesități speciale, instruirea și recrutarea învățătorilor, supravegherea și inspectarea școlilor precum și reabilitarea și construcția școlilor. Acest exercițiu de trasabilitate permite Coaliției să compare cheltuielile înregistrate la nivelul școlii cu cele prevăzute în buget. Trasabilitatea include și probleme de gen, de exemplu examinarea abandonului școlar, înmatriculării feminine și masculine, oferirea de materiale (mesele), percepute ca fiind deosebit de importante pentru reținerea fetelor, precum și modelele de gen în cadrul colectivului didactic în școlile rurale și urbane.

Referință: *Nsapato, L. Fondurile publice creează oare diferențe pentru elevi și învățători în școlile primare? Raportul cu privire la monitorizarea bugetului educației primare a societății civile pentru anul financiar 2003-04. Lilongwe, Ed. 2004.*

BOXA 13: COMUNITATEA URMĂREȘTE UTILIZAREA FONDURILOR ALOCATE PENTRU SĂRĂCIE ÎN UGANDA

Rețeaua de Datorii din Uganda (RDU) a fost inițial creată pentru a promova campania de reducere a datoriilor Ugandei sub egida inițiativei HIPC. În anii 1997-1998, după aderarea Ugandei la HIPC, guvernul a creat Fondul de Acțiune contra Sărăciei (FAS) ca un mijloc de asigurare că resursele disponibile ca urmare a reducerii datoriilor vor fi utilizate în sectoarele prioritare pentru reducerea sărăciei. În anii 2001-2002, bugetul FAS reprezenta 35% din bugetul național. Asistența medicală primară și controlul asupra HIV/SIDA au fost introduse în programele finanțate de FAS.

Fondurile FAS sunt oferite districtelor sub formă de granturi condiționate și vor fi cheltuite în conformitate cu instrucțiunile emise de Ministerele centrale. În 2000, RDU a inițiat procesul de creare a unor structuri regionale numite Comitete de Monitorizare a Fondului de Acțiune contra Sărăciei (CMFAS) care urmau să asigure că fondurile primite de districte sunt utilizate conform destinației. Comitetele sunt formate din voluntari ai grupurilor societății civile. În 2005, RDU a susținut CMFAS în șapte regiuni din țară.

RDU oferă instruire membrilor comitetelor. Oficialii regiunilor sunt invitați la întâlniri și ateliere de lucru pentru a prezenta informații și a realiza schimb de experiență. Spre deosebire de procesul de monitorizare din Malawi, cel din Uganda utilizează mai ales metodele calitative. Acolo unde comitetele relevă probleme în implementarea FAP, RDU informează autoritățile responsabile cum ar fi Auditorul General, Ministerul Eticii și Integrității, Comitetul Parlamentar cu privire la conturile publice sau oficialii locali. Problemele raportate în primii ani se refereau la diverse forme de mituire și delapidare, taxe exagerate sau servicii necalitative ale antreprenorilor în proiecte de infrastructură.

Referință: *Rețeaua de Datorii din Uganda. Raportul anual cu privire la monitorizarea Fondului de Acțiune contra Sărăciei, mai 2001 – aprilie 2002. Kampala: Rețeaua de Datorii din Uganda, 2002.*

BUGETAREA ORIENTATĂ PE PROBLEME SPECIFICE

Cea mai bună cale de explicare a modului de utilizare a BSG în campanii de susținere a unor probleme specifice constă în prezentarea unor studii de caz concrete, realizate într-o anumită țară (de exemplu: studiul de caz privind violența în bază de gen prin prisma bugetului, realizat în Africa de Sud).

BOXA 14: BANI PENTRU REDUCEREA MORTALITĂȚII MATERNE

În noiembrie 2004, Proiectul Internațional cu privire la Buget, Centrul Fundar pentru Analiză și Cercetare din Mexic și Consiliul Populației au găzduit un dialog desfășurat pe parcursul a trei zile între experții și activiștii din domeniile sănătate maternă și analiză aplicată a bugetului.

Studiile de caz din Mexic, Ecuador, India și Uganda au scos în evidență trei provocări majore pentru reducerea mortalității materne:

- resurse umane și resurse de infrastructură necesare pentru asistență calificată;
- echitate în acces la servicii;
- prestarea eficace și eficientă a serviciilor.

Participanții au înțeles că dezbaterile pe marginea experienței diferitelor țări vor fi utile doar în cazul existenței unei metodologii flexibile. Totodată, s-a menționat necesitatea evitării lansării de către cercetători și promotori a unor idei generale sau comparații acolo unde situația pe țară este foarte diferită.

Activitatea organizației Fundar precum și a altor organizații din Mexic este deosebit de interesantă din două puncte de vedere. În primul rând, Fundar a încercat mereu să efectueze analiza bugetului în colaborare cu alte organizații cum ar fi organizația femeilor Equidad de Genero. Aceasta sporește probabilitatea ca rezultatele analizelor să se facă auzite. În al doilea rând, cercetarea efectuată de Fundar a avut realizări concrete. În 2002, suma alocată pentru Arranque Parejo en la Vida, un program nou ce vizează sănătatea maternă, implementat în parteneriat cu sectorul public și privat, a crescut cu aproape 900%.

Referință: Keith-Brown, K. „Investire pe viață: stabilind legătura dintre cheltuielile publice și reducerea mortalității materne”. Proiectul Internațional cu privire la Buget, Fundar, 2004.

www.internationalbudget.org/Investingforlife.pdf

BOXA 15: CARE ESTE COSTUL COMBATERII VIOLENȚEI DOMESTICE?

La începutul celui de-al doilea an de implementare a Inițiativei Bugetului Femeilor din Africa de Sud, ONG-ul a examinat resursele bugetare alocate pentru combaterea violenței în bază de gen analizând modul de executare a bugetelor de către Departamentul pentru Siguranță și Securitate (poliția) și Departamentul Justiției care erau responsabile de soluționarea acestei probleme.

În 1999, Africa de Sud a aprobat o nouă Lege cu privire la Violența Domestică. În iunie 1998, Programul pentru Promovarea Dimensiunii de Gen (PPDG) a organizat o sesiune de informare pentru ONG-uri despre IBF și modul de alocare a banilor publici. În cadrul lucrărilor unui al doilea atelier de lucru, reprezentanții PPDG de comun acord cu partenerii au convenit asupra necesității de analiză a volumului de resurse alocate de guvern pentru implementarea unor noi legi.

Studiul a arătat că au fost alocate anumite resurse pentru instruirea ofițerilor de poliție și celor din instanțele de judecată privind noua Lege. Totodată, guvernul mai aloca bani și pentru producerea posterelor și broșurilor precum și pentru material publicitar și de informare în domeniu. O bună parte a acestor resurse a fost asigurată de către donatori.

Trei ani mai târziu, organizația non-guvernamentală Centrul pentru Studierea Violenței și Reconciliere (CSVR) a realizat un studiu prin care solicita oficialilor poliției să prezinte informații vizând sursele alocate pentru implementarea activităților aferente VBG. S-a constatat că alocările aveau drept țință campanii de instruire și informare. Totodată, s-a remarcat că existau și unele alocări cu caracter general, cum ar fi pentru infrastructură care, conform afirmațiilor poliției, ar fi contribuit la implementarea legii.

În 2005, CSVR a decis să determine care ar fi volumul real de resurse necesar pentru implementarea Legii cu privire la violența domestică. Pentru aceasta oficialilor guvernamentali implicați în procesul de implementare a legii li s-a solicitat să prezinte informații cu privire la timpul acordat soluționării unui caz general. Ulterior, valoarea obținută era înmulțită cu salariul tarifar în vigoare, iar suma totală alocată unui caz era înmulțită cu numărul estimat al cazurilor pe țară.

Referință: Vetten, L. „Arătați-mi banii”: o revizuire a bugetelor alocate pentru implementarea Legii cu privire la Violența Domestică din Africa de Sud. *Politikon* 32 (2) (2005): 277-295.

BUGETUL, BUNA GUVERNARE ȘI PARTICIPAREA

Unele inițiative ale BSG se concentrează doar pe conținutul bugetelor. Altele se orientează și spre procesul de elaborare a bugetului. Unele din aceste inițiative examinează oportunitățile existente pentru membrii organului legislativ de a influența bugetul în calitatea lor de reprezentanți aleși ai societății civile. Unde există asemenea posibilități, inițiativele BSG ar putea ajuta reprezentanții (în deosebi femeile) să se implice în asemenea inițiative, ajutându-i să înțeleagă ce este bugetul și procesul de bugetare. Astfel, For Femeilor în Democrație (FOWODE) din Uganda a sprijinit femeile să participe în alegerile locale. Odată alese, FOWODE a organizat cursuri de instruire femeilor-consilieri pe marginea BSG astfel încât în calitate de consilieri, acestea să poată reprezenta interesele femeilor.

Unele inițiative ale BSG mai examinează posibilitățile de antrenare a societății civile în procesele bugetare. În acest sens, Uganda poate servi drept exemplu de bună practică. Guvernul Ugandei a creat grupuri de lucru sectoriale care se implicau în procesul de planificare și implementare a bugetului de la o etapă inițială. Aceste grupuri de lucru sectoriale includeau reprezentanți ai organizațiilor societății civile cu cunoștințe și experiență în domeniu. FOWODE este una din organizațiile societății civile care face parte dintr-un grup de lucru sectorial.

În general, s-a constatat că guvernele oferă posibilități de implicare și participare a societății civile la nivel local mai degrabă decât național. În marea lor majoritate, aceste inițiative se concentrează pe partea bugetului aferentă investițiilor și nu bugetului curent care include și cheltuielile de remunerare a personalului.

America Latină a fost lider al participării la nivel de guvern local. Unele procese nu presupun întreprinderea anumitor eforturi speciale pentru a asigura ca vocile – mai cu seamă cele ale femeilor – să fie auzite. Totuși, există exemple unde au fost depuse eforturi speciale drept rezultat al procesului de promovare.

Este cert că un sistem care permite societății civile să participe în procesul de planificare a bugetului oferă și posibilități de influențare a resurselor bugetare alocate. Totuși, etapa de planificare nu este unica etapă care necesită participare. Când societatea civilă participă la etapa de planificare, este necesară și monitorizarea ulterioară a implementării pentru a se asigura că resursele alocate sunt utilizate după destinație. Unde societatea civilă nu a obținut dreptul de participare la etapa de planificare, reprezentanții acesteia oricum pot juca un rol important în influențarea modului de utilizare a banilor alocați. Prin monitorizarea procesului de implementare, societatea civilă acumulează informație utilă care poate fi ulterior utilizată în activități de susținere a procesului de identificare și alocare a resurselor financiare necesare.

Inițiativele BSG care pun accent pe participare se pot baza și pe principiile generale de bună guvernare, deoarece buna guvernare prevede ca oamenii de rând și reprezentanții acestora să aibă dreptul de a se implica și participa la politica publică și de a monitoriza modul de implementare a acesteia. Inițiativele se pot baza și pe prevederile articolului 7 al CEDAW. Acest Articol stipulează că statele-părți vor asigura femeilor dreptul „de a participa la formularea și implementarea politicilor guvernamentale”.

BOXA 16: DIMENSIUNEA DE GEN ȘI BUGETUL PARTICIPATIV ÎN RECIFE

În 1995, guvernul municipal din Recife (Brazilia) a lansat un sistem de consultare publică pe marginea procesului bugetar. Totuși, la etapele inițiale, la procesul de elaborare a bugetului puteau participa doar membrii unor anumite organizații, astfel eșuând în mare parte să abordeze problemele inegalității de gen.

În 2001, noul guvern municipal a creat Coordenadoria da Mulher (Grupul de Coordonare a Femeilor) pentru a coordona politicile de stat în domeniul dimensiunii de gen. Acest grup conlucrează cu un organ al societății civile, Consiliul Municipal al Femeilor. Noul guvern a mai elaborat căi de sporire a participării în procesele de elaborare a bugetelor.

Noul buget elaborat în baza principiului participativ are două strategii majore. Conform primei strategii, în diferite regiuni ale orașului se organizează ședințe de lucru la care se pun în dezbateri problemele și necesitățile bugetare. Ulterior, în fiecare regiune se creează un for regional al reprezentanților care participă la ședințele locale. Cea de-a doua strategie prevede crearea forurilor tematice la care se pun în dezbateri așa probleme precum cele aferente domeniului educației și sănătății. La Consiliul General al Bugetului Participativ iau parte a câte doi reprezentanți din partea fiecărui for (regional și tematic).

În același timp, Coordenadoria da Mulher a inclus trei activități care au drept scop creșterea nivelului de participare a femeilor în procesul de elaborare a bugetului în mod participativ:

1. În localurile unde au loc ședințele pe marginea bugetului sunt create spații mobile de agrement pentru copii facilitând astfel participarea femeilor care au în grijă copii.
2. La locul ședințelor se distribuie prospecte în care se accentuează importanța participării femeilor în forurile regionale și cele tematice.
3. Sunt organizate întruniri speciale ale femeilor cu oficialii guvernului, membrii mișcărilor femeilor și activiștii din domeniul problemelor rasiale pentru a găsi modalitățile întru mobilizare a femeilor în procesul bugetării. Aceste activități au inclus chiar și activități de compunere a muzicii pentru stațiile de radio din comunitate. În 2002 reuniunea femeilor a devenit unul din forurile tematice aferente bugetului participativ. Acest fapt a contribuit la schimbarea structurii oficiale a procesului de elaborare a bugetului și a permis alegerea membrilor în Consiliul general al bugetului participativ.

Referință: www.bridge.ids.ac.uk/dgb12.html#3

BUGETELE PARTICIPATIVE ȘI DIMENSIUNEA DE GEN

UNIFEM a propus includerea dimensiunii de gen în procesele de elaborare a bugetului în mod participativ la nivel local. Aceste propuneri se întemeiază pe activitatea UNIFEM în Regiunea Andină desfășurată în comun cu PNUD și Consiliul Prezidențial pentru Egalitatea Femeilor din Columbia.

Documentul UNIFEM începe cu următoarele menționări: deoarece implicarea publicului în procesul de elaborare a bugetului constituie o schimbare radicală în ce privește relațiile dintre comunitate și guvern, apare necesitatea elaborării unor mecanisme pentru a sprijini participarea activă. În special există necesitatea de a oferi suport unor grupe specifice cum ar fi grupurile femeilor care sunt în mod tradițional marginalizate. Comunitățile trebuie să fie sensibilizate pe marginea politicii publice aferente unor așa subiecte precum redistribuirea și egalitatea care depășesc necesitățile individuale. Este necesar de oferit comunităților cunoștințe și instrumente care le-ar permite să discute și să lucreze cu bugetele. Mai este nevoie ca comunitățile să însușească și noi abilități, cum ar fi capacitatea de negociere.

În document se mai menționează și motivele care ar sta la baza ne-participării femeilor în procesul participativ cum ar fi:

- Deseori guvernul presupune că atunci când permite „comunității” să participe, atunci toți membrii comunității vor fi reprezentanți în mod automat. Guvernul nu recunoaște faptul că relațiile inegale de putere dintre femei și bărbați, precum și rolul tradițional de lider al bărbatului în organizațiile locale va rezulta în situații când vocile femeilor nu vor fi auzite.
- În comparație cu bărbații, femeile au mai puține deprinderi de activare în spații publice.
- Femeile continuă să poarte responsabilitatea principală pentru activitățile de pe lângă casă și ca urmare au mai puțin timp pentru participare. Este îndeosebi dificil pentru femei să participe, atunci când ședințele sunt organizate seara devreme, or perioada care coincide cu timpul când majoritatea femeilor sunt ocupate cu îngrijirea copiilor.
- Atunci când femeile participă, acestea deseori plasează propriile necesități pe planul doi, iar pe cele ale copiilor, familiei și ale comunității pe prim plan.

Recomandările propuse pentru asigurarea includerii dimensiunii de gen în procesul participativ includ mecanisme de creștere a participării femeilor, de promovare a proiectelor sensibile la dimensiunea de gen și de asigurare a elementului de „noi” în cadrul implementării și monitorizării intercalate cu abordarea sensibilă la dimensiunea de gen. Documentul sugerează ca aceste diverse mecanisme să fie instituționalizate, de exemplu prin includerea lor în regulamente. O altă recomandare prevede organizarea unor sesiuni de sensibilizare a oficialilor guvernamentali în scopul asigurării conștientizării problemelor aferente dimensiunii de gen.

Mecanismele propuse pentru creșterea nivelului de participare a femeilor includ următoarele:

- crearea unei liste a organizațiilor femeilor și asigurarea ca aceste femei să fie invitate la toate ședințele;
- oferirea spațiilor de îngrijire a copiilor pe parcursul ședințelor și organizarea reuniunilor la ore care convin și femeilor cu copii mici;
- organizarea unor ședințe separate cu femeile apriori procesului de bază, astfel oferindu-le posibilitatea să definească propriile agende și să acumuleze abilități de negociere și bugetare;

- asigurarea ca documentele de buget să nu utilizeze un limbaj sexist;
- stabilirea unor reguli privind reprezentarea egală a femeilor și bărbaților.

În ce privește stabilirea priorităților, recomandările UNIFEM includ următoarele:

- înregistrarea numărului de femei și bărbați care susțin fiecare propunere și acordarea priorității proiectelor pro-feminine;
- acordarea priorității proiectelor care contribuie cumva la diminuarea inegalității de gen sau a altor inegalități, precum și a celor ce presupun reducerea muncii de îngrijire neremunerată.

În scopul susținerii procesului de implementare, UNIFEM recomandă elaborarea unui ghid explicativ care ar prevedea în mod explicit existența informației privind numărul de femei și bărbați beneficiari, impactul probabil asupra femeilor și bărbaților precum și contribuția proiectului la reducerea poverii aferente activității de îngrijire neremunerată. Pentru monitorizare, UNIFEM sugerează mai mulți indicatori.

Referință: Cremades, R.C. Propuestas y recomendaciones para inclurla perspectiva de genero en los procesos de presupuestos participativos. UNIFEM, 2004.

BOXA 17: DIMENSIUNEA DE GEN ȘI BUGETUL PARTICIPATIV ÎN EL SALVADOR

În Villa El Salvador, Peru, partea bugetului aferentă implementării planului integrat de dezvoltare se elaborează în mod participativ începând cu anul 2000. Actorii principali în acest proces sunt reprezentanții municipalității, ai comitetelor teritoriale de administrare și ai comisiilor tematice.

Procesul începe odată cu definirea de către municipalitate a modului de distribuire a fondurilor între teritorii. Aceasta se realizează în baza evaluării necesităților de bază care nu au fost satisfăcute, mării populației și a informației vizând mărirea impozitelor achitate de contribuabilii rezidenți. Ulterior, toți cetățenii cu vârstă mai mare de 16 ani și toate organizațiile publice și private ale comunității sunt invitați să participe la formularea și aprobarea bugetului, iar mai apoi la monitorizarea și evaluarea implementării acestuia.

Municipalității îi revine rolul de a coordona procesul de dezbateri, de aprobare și implementare a bugetului participativ. Comitetele teritoriale de administrare determină mărirea investițiilor prioritare care urmează a fi efectuate din sumele alocate acestui teritoriu. Ei trebuie să supravegheze procesul de implementare a proiectelor și să suporte cheltuielile curente de întreținere.

Comisiile tematice activează ca organe consultative pe marginea unor probleme specifice. În prezent, în Villa El Salvador activează șase comisii tematice: comerț, sănătate, dimensiunea de gen, tineret, educație și întreprinderi mici și mijlocii. Comisia responsabilă de dimensiunea de gen include reprezentanți ai Federației Locale a Femeilor și ONG-uri. Scopul comisiei rezidă în acordarea serviciilor de consultanță altor comisii pe marginea modului de integrare a dimensiunii de gen

Astfel, bugetul participativ din El Salvador deja include unele prevederi pe marginea egalității de gen. Susținătorii dimensiunii de gen doresc să mai includă și alte prevederi, cum ar fi stabilirea unei cote minime de reprezentare a femeilor în organele de conducere din fiecare teritoriu, în procesul de luare a deciziilor și de implementare a proiectelor. Ei au mai propus și includerea unui indicator vizând modificarea discrepanței de gen ca și criteriu de selectare și evaluare a proiectelor.

Referință: Andia-Perez, B., Beltran-Barco, A., Coello-Cremades, R., Guiâtierrez, M., Palan-Tamayo, Z. și Zabalaga-Estrada, C. „Bugetele sensibile la dimensiunea de gen în America Latină: responsabilitate pentru echitate și transparență”. Fondul Națiunilor Unite de Dezvoltare pentru Femei, 2004 www.idrc.ca/uploads/user-S/11281061151Gender-Sensitive_Budgets_in_Latin_America_Accountability_for_Equity_and_Transparency.pdf

CUM ARATĂ BUGETELE?

Acest capitol abordează modurile de prezentare și formulare a bugetelor în diferite țări. Scopul acestuia este de a demistifica teoriile vizând elaborarea și prezentarea bugetului pentru a asigura accesibilitatea acestora pentru alți utilizatori. Totodată, acest capitol descrie problemele aferente diverselor abordări utilizate în formularea bugetelor. Se analizează în special bugetul pe programe sau bugetul pe activități și cadrul de cheltuieli pe termen mediu. Pe parcursul ultimilor ani aceste două abordări au fost cel mai mult recomandate țărilor în curs de dezvoltare. Capitolul mai dezbate și provocările și oportunitățile pentru BSG ca rezultat al utilizării diverselor formate și abordări.

PREZENTAREA BUGETULUI

Diferite căi de prezentare a bugetului

Deoarece registrele bugetare conțin foarte multă informație, aceasta trebuie clasificată într-un anumit fel. Cele mai tradiționale practici de clasificare a cheltuielilor în bugetul sunt următoarele:

- economică
- organizațională
- funcțională
- programatică

Deseori guvernele prezintă bugetul prin prisma mai multor formate.

Clasificarea economică

Categoriile principale de cheltuieli în această clasificare sunt de obicei cheltuielile curente și cheltuieli aferente imobilizărilor. Cheltuielile curente sunt cheltuielile pentru servicii și bunuri care cel mai probabil vor dura pentru o perioadă mai mică de un an și care sunt necesare pentru a realiza funcțiile guvernului. Acestea includ salariile angajaților guvernamentali, subvenții acordate companiilor, menajurilor și indivizilor, precum și cheltuielile aferente activității de exploatare și întreținere. Cheltuielile aferente imobilizărilor sunt aferente bunurilor și serviciilor utilizate pentru o perioadă mai mare de un an. Ele includ cheltuieli pentru asistență tehnică și instruire, procurări de terenuri, cheltuieli în edificii, infrastructură și bunuri cum ar fi manualele.

Clasificarea organizațională

Cheltuielile sunt clasificate conform listei agențiilor responsabile de utilizarea mijloacelor publice. De exemplu, bugetele naționale vor fi clasificate în conformitate cu prevederile diferitor Ministere sau Departamente. De obicei, această clasificare este utilizată în combinație cu alte clasificări.

Clasificarea funcțională

Această clasificare grupează cheltuielile în conformitate cu funcția sau scopul pentru care sunt utilizate. Clasificarea dată face uz de categoriile funcționale standard. De obicei există o oricare similaritate între clasificarea organizațională și cea funcțională, dar ele nu sunt exact la fel. De exemplu, Ministerul Apărării ar putea cheltui bani pentru serviciile medicale prestate personalului său. Aceste cheltuieli vor fi clasificate în capitolul Sănătate a clasificării funcționale, iar la Ministerul Apărării vor fi incluse în clasificarea organizațională.

Clasificarea programatică

Programul reprezintă un set de activități întreprinse de un guvern pentru realizarea unui scop. Deseori această clasificare este utilizată împreună cu clasificarea organizațională, astfel bugetul fiecărei agenții este divizat în câteva programe cu bugete separate. Uneori programele sunt sub-divizate în continuare în sub-programe sau proiecte, fiecare dispunând iarăși de propriul buget.

BOXA 18: MODIFICAREA BUGETELOR ALOCATE SĂNĂTĂȚII REPRODUCTIVE ÎN PARAGUAY

Atât în clasificarea funcțională cât și în clasificarea programatică, deseori se constată că categoriile nu sunt dezagregate astfel încât să permită identificarea sumelor alocate pentru lucrurile care vă interesează. În special, uneori subiectul care vă interesează este inclus în alte servicii.

Comisia Senatului din Paraguay cu privire la Egalitate, Gen și Dezvoltare Socială s-a ciocnit cu această problemă când a încercat să obțină informații despre sumele alocate de Ministerul Sănătății Publice și Bunăstării Sociale pentru sănătatea sexuală și reproductivă. Ridicând această problemă, ei au reușit să convingă Ministerul să introducă o linie bugetară separată pentru alocările destinate procurării contraceptivelor. Comisia a constatat că suma cheltuită pentru procurarea contraceptivelor era acoperită totalmente (100%) din sursele donatorilor.

Reprezentanții municipalității orașului Asuncion, fiind inspirați de rezultatele obținute la nivel național, au solicitat UNFPA să acorde asistență în desfășurarea activității de bugetare sensibilă la dimensiunea de gen la nivel de municipii. Această inițiativă a rezultat în anularea taxelor de utilizator pentru asistența pre-natală și post-natală acordată la policlinicile municipale adolescentelor cu vârsta până la 20 de ani. Municipalitatea a majorat cu 300% suma alocată pentru cheltuielile aferente planificării familiei.

Referință: www.presupuestoygenero.net/s28/paginas/iniciativas.htm

Câte bugete ?

În multe țări în curs de dezvoltare bugetul este divizat în două părți. Bugetul periodic, curent sau „de venituri” cuprinde în special cheltuielile de exploatare. Într-adevăr, o mare parte din aceste bugete este alocată cheltuielilor de retribuire a muncii și altor indemnizații acordate funcționarilor publici, însă ele trebuie să conțină și prevederi pentru alte cheltuieli curente (cum ar fi cele necesare achiziționării medicamentelor și altor rechizite) precum și pentru întreținerea activelor pe termen lung. Bugetul de dezvoltare sau de investiție trebuie să acopere cheltuielile pe termen lung cum ar fi investițiile capitale. În realitate, bugetul de dezvoltare deseori este utilizat pentru a reflecta partea donatorilor în buget, or partea finanțată din grant-urile și împrumuturile donatorilor, precum și alte finanțări paralele. Când apar asemenea cazuri, bugetul de dezvoltare deseori include și prevederi pentru cheltuielile de exploatare pentru diverse proiecte ale donatorilor.

Unii analiști BSG s-au concentrat pe bugetul de dezvoltare deoarece bugetul operațional nu prevede spațiu de manevrare, incluzând preponderent cheltuieli aferente remunerării muncii și salarizării. Dimpotrivă, în Ruanda, funcționarii publici au argumentat necesitatea orientării inițiativelor BSG pe bugetul operațional din motiv că guvernul deține un control foarte redus asupra bugetului de dezvoltare.

Problema care apare în rezultatul unei asemenea divizări a bugetului operațional de cel de investiții constă în faptul că la etapa planificării este dificil de prevăzut efectele unui tip de alocare asupra altuia. De exemplu, este inutil să alocați resurse financiare pentru construcția unei clinici noi în cadrul bugetului de dezvoltare, dacă bugetul operațional nu prevede cheltuieli de exploatare pentru această clinică. O altă problemă rezidă în faptul că bugetul operațional și cel de investiții deseori utilizează formate diferite, astfel este mult mai dificil de a asigura o planificare și analiză judicioasă. Din cauza acestor și altor probleme, cu trecerea timpului majoritatea guvernelor cel mai probabil se vor orienta spre formularea unui buget consolidat care va include atât cheltuielile de exploatare cât și cele aferente investițiilor.

Abordarea bugetului de dezvoltare se întemeiază pe presupunerea că toate finanțările din partea donatorilor trebuie să treacă prin bugetul public. De regulă, realitatea este alta. Dintr-un motiv sau altul, donatorii și actorii guvernamentali tind să evite intrarea mijloacelor financiare pe canalele oficiale.

FORMULAREA BUGETULUI

Elaborarea tradițională a bugetului

De regulă, elaborarea bugetului reprezintă în mare parte un exercițiu incremental. În fiecare an, oficialii responsabili de elaborarea bugetului, ajustează alocările financiare pentru anul trecut cu un procent anume, cum ar fi un procent egal cu rata inflației. O astfel de elaborare a bugetului tinde să promoveze *status-quo*. Această metodă de elaborare a bugetului consideră procesul drept un simplu exercițiu de evidență contabilă.

Noile metode de bugetare accentuează că rolul bugetelor este mai degrabă unul de reflectare a politicii statului și nu unul de evidență contabilă. Mai mult ca atât, noile metode de bugetare recunosc că politica nu trebuie să fie statică – ea trebuie să se schimbe funcție de situație, ori în funcție de prioritățile guvernului, ori în funcție de schimbarea modului de soluționare a problemelor.

Bugetarea de la zero

Bugetarea de la zero este probabil cea mai radicală modalitate de elaborare a bugetului. Conform acestei abordări, bugetul anual se elaborează de la zero aceasta presupunând analizarea fiecărei alocări în parte apriori includerii acesteia în buget, și nu simpla copiere a informației existente și înregistrată pe parcursul anului anterior. Este evident că acest mod de bugetare este ideal. În primul rând, guvernul nu poate brusc stopa alocarea resurselor pentru programele în derulare cum ar fi educația, furnizarea energiei electrice etc.. În al doilea rând, guvernul nu dispune de timp și resurse suficiente pentru a analiza și revizui anual fiecare cheltuială.

Totuși, ideea ce stă la baza bugetării de la zero – conform căreia acest proces nu ar trebui să fie doar „o activitate ca de obicei” în fiecare an – este una bună. Elaborarea bugetului pe programe (expusă mai jos) reflectă această idee prin impunerea cerinței ca bugetele să fie însoțite de o notă informativă care să descrie schimbările în situația curentă precum și schimbările în politici și utilizarea acestora pentru a explica schimbările din buget.

Bugetarea pe programe

Bugetarea pe programe (uneori numit și bugetare pe activități) este introdusă în multe țări, deseori împreună cu cadrul de cheltuieli pe termen mediu (CCTM). Acest tip de bugetare încearcă să considere o serie din punctele slabe aferente bugetării tradiționale.

Pentru o inițiativă BSG în guvern, bugetare pe programe poate oferi **un bun format de elaborare a propunerilor de buget sensibile la dimensiunea de gen** care reprezintă de fapt unul din instrumentele Diane Elson. Studiarea modelului de bugetare pe programe ar putea fi de folos și pentru persoane din afara guvernului deoarece (a) acestea ar învăța cum să interpreteze bugetele publice și politicile ce stau la baza acestora și (b) unele idei pot fi utile pentru activitatea de elaborare a BSG din afara guvernului.

Când solicităm guvernelor să lanseze inițiative BSG, acestea ne răspund că deja au prea multe de făcut, iar inițiativa BSG va constitui o povară în plus. Iată de ce este foarte important de prezentat argumente care să demonstreze că BSG nu vor presupune activități suplimentare pentru oficialii guvernamentali. Dacă o țară elaborează bugete pe programe, atunci este mai ușor de incorporat dimensiunea de gen în formatul existent, decât în cazul formatului tradițional. Totodată, se mai poate argumenta că includerea **elementului de gen „adaugă valoare”** la ceea ce guvernul încearcă să realizeze prin intermediul bugetării pe programe.

Bugetarea pe programe este utilă pentru unul din instrumentele recomandate de Elson, totodată, această metodă mai reflectă cel puțin patru din cei cinci pași ai BSG menționați în acest pachet de resurse. Uneori rezultatele nu sunt incluse în model, deoarece acestea nu pot fi măsurate anual.

La bugetarea pe programe, planificatorii guvernamentali și elaboratorii de bugete trebuie să pornească de la obiectivul politicii, ca ulterior să calculeze alocările bugetare necesare și să le evalueze pentru a determina **economia, eficiența și eficacitatea acestora** (cei trei „E” la care se referă deseori specialiștii în domeniul bugetării). Economia examinează legătura dintre bani și intrări (input) – care este costul intrărilor. Eficiența examinează legătura dintre intrări și produse – resursele necesare pentru producerea produselor (output). Eficacitatea examinează legătura dintre produse și rezultate – dacă ceea ce se produce contribuie la realizarea schimbărilor.

Bugetarea tradițională ignoră un **al patrulea E important – Echitatea**. În timp ce Economia, Eficiența și Eficacitatea sunt considerate la o etapă anume, Echitatea trebuie considerată la toate etapele. Pentru exemplificare ne vom referi la domeniul educație și anume: sunt oare învățătorii - femei și bărbați - remunerați egal (resurse financiare pentru input), există oare paritate în numărul de fete și băieți studenți (input pentru output) și sunt oare băieții și fetele pregătite în egală măsură pentru a obține venituri decente și succese după absolvire (output pentru rezultate finale)?

Nu este atât de dificil de inclus aspectul de gen în bugetarea pe programe. Pagina de buget de mai jos a fost întocmită de către oficialii Ministerului Sănătății din Ruanda în unul din primii ani de elaborare a bugetelor pe programe. Această pagină utilizează un format care a fost elaborat în baza modelului standard al bugetului pe programe utilizat în Ruanda prin simpla adăugare a unei coloane pentru „dimensiunea de gen”. Celelalte coloane deja existau în formatul standard. Acest format a fost transformat în unul sensibil la dimensiunea de gen prin modul de specificare a articolelor sub fiecare capitol și titlu.

Referință: Sharp, Rhonda. Bugetarea pentru echitate: inițiativele sensibile la dimensiunea de gen în bugetele pe programe. New York: UNIFEM, 2003.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII	DIMENSIUNEA DE GEN	PRODUSE	ACTIVITĂȚI	INDICATORI
1. Lupta împotriva HIV/SIDA	Biologic, femeile și fetele sunt mai vulnerabile față de HIV/SIDA decât bărbații. În plus, de cele mai dese ori, femeile gravide seropozitive transmit virusul copiilor săi. Relațiile de gen curente nu oferă femeilor și fetelor un grad înalt de protecție împotriva relațiilor sexuale cu risc. Violența sexuală exercitată asupra fetițelor mici le expune mai târziu unui risc mai mare de infectare .	1. Programul transmiterii pe verticală este integrat în 10 instituții medicale; 2. Până în decembrie 2003 să fie deschise 20 CTV; 3. Susținerea studiilor realizate pe marginea HIV/SIDA; 4. Anual se efectuează controlul cazurilor de sifilis la femeile însărcinate; 5. Anual se realizează un studiu dezagregat la nivel național privind cazurile de diagnostic seropozitiv corelate cu cazurile de HIV/SIDA; 6. Anual la laborator se vor efectua analize la nivel de biologie moleculară a infecției HIV.	Programul de prevenire a HIV/SIDA care este orientat în mod specific spre bărbați, femei, fete și băieți. Realizarea unui studiu la nivel național privind frecvența cazurilor de HIV . Promovarea accesului la prezervative feminine și masculine. Programe de informare a persoanelor în situație de risc, cum ar fi prostituatele, șoferii de camioane, militarii, etc. Disponibilitatea tratamentului pentru femei și bărbați. Întreprinderea măsurilor necesare pentru evitarea transmiterii pe verticală a virusului HIV.	Procentul femeilor și fetelor infectate, bărbaților și băieților infectați. Numărul și ponderea femeilor/fetelor și bărbaților/băieților seropozitivi care au acces la tratament. Numărul femeilor/fetelor și bărbaților/băieților incluși în grupul țintă de informare privind virusul HIV/SIDA. Disponibilitatea și accesibilitatea (preț rezonabil) prezervativelor feminine.

CADRUL DE CHELTUIELI PE TERMEN MEDIU (CCTM)

Bugetarea pe programe deseori este introdusă concomitent cu cadrul de cheltuieli pe termen mediu (CCTM). CCTM este un sistem multianual de bugetare. Organul legislativ votează doar cifrele estimate pentru anul viitor, însă estimările sunt elaborate pentru 2-4 ani ulteriori. Scopul acestui model de bugetare este de a asista guvernul în procesul de planificare. Totodată, acesta oferă legislatorilor și reprezentanților societății civile mai multe oportunități de intervenție, deoarece intențiile guvernului sunt cunoscute din timp. Din perspectiva BSG, CCTM este util în calcularea sumelor planificate pentru programele care sunt de o importanță majoră pentru egalitatea de gen. De asemenea, acest model de bugetare permite dezagregarea sarcinilor ținută după sex (atunci când e posibil), precum și crearea unor sisteme de colectare a datelor necesare pentru o raportare corectă.

BOXA 19: BUGETARE PE PROGRAME LA MINISTERUL PENTRU BUNĂSTAREA POPULAȚIEI, PAKISTAN

În prezent, guvernul pakistanez se orientează spre elaborarea bugetului pe programe în cadrul cheltuielilor pe termen mediu. Ministerul pentru Bunăstarea Populației și cel Sănătății au fost selectate la nivel național drept ministere pilot. CCTM pentru perioada 2005-8 al Ministerului pentru Bunăstarea Populației a inclus următorii indicatori pentru Minister (nivel național) și Departamentele (nivel de provincie) pentru Bunăstarea Populației.

Descrierea	Ținta – iunie 2008	Măsurarea performanței		Strategia pe scurt
		Iunie 2005	Iunie 2006	
Numărul estimat de utilizatori de contraceptive (milioane)	10.757.	7.748	8.716	Expansiunea prestării serviciului și îmbunătățirea calității combinată cu o campanie solidă de promovare
Rata totală a fertilității (copii per femeie)	3.37	3.90	3.73	Expansiunea prestării serviciului, activități de promovare și cercetare a controlului fertilității
Rata distribuirii/utilizării produselor anticoncepționale	44.9	38.4	40.6	Promovarea comunicării interpersonale prin intermediul serviciilor din comunitate, precum și extinderea și îmbunătățirea prestării serviciului
Rata creșterii populației	1.72	1.92	1.83	Toate cele menționate mai sus contribuie la realizarea acestui obiectiv

În ceea ce privește țintele materiale de prestare a serviciului, CCTM propune următoarele:

Intervenții	2005-06	2006-07	2007-08
Centre pentru bunăstarea familiei	2,436	2,626	2,803
Centre pentru sănătatea reproductivă	176	218	269
Unități de vasectomie	14	18	21
Unități mobile de serviciu	294	298	302
Stimulatoare masculine r	5,280	5,980	6,324
HoHD/PLD	6,811	6,916	7,011
RMP/Hakeem/Homeo	48,995	49,860	50,935

STRUCTURĂ ȘI INSTRUMENTE

Acest capitol prezintă unele exemple de structuri și instrumente utilizate în inițiativele privind BSG în întreaga lume. Capitolul include și ilustrări a modului de utilizare a acestora în raport cu sănătatea reproductivă precum și alte probleme ce prezintă interes pentru UNFPA.

Aceste structuri și instrumente nu trebuie considerate drept „regulă” în procesul de elaborare și implementare a BSG. Mai degrabă acestea ar fi doar niște idei ce pot fi folosite drept fundament și bază pentru activitate în acest domeniu. Când este potrivit, pot fi utilizate concomitent diferite structuri și instrumente. Mai există o gamă largă de alte instrumente care nu sunt incluse în acest capitol. Astfel, acest capitol are scopul de a evidenția prin intermediul diferitelor exemple necesitatea utilizării structurilor existente drept punct de pornire și generator de idei și nu poate fi considerat drept un model de urmat.

ABORDAREA BAZATĂ PE TREI CATEGORII ELABORATĂ DE SHARP

Bugetul femeilor din Australia de sud din anii '80 a utilizat un format bazat pe trei categorii care a fost elaborat de către economista Rhonda Sharp, care a sprijinit guvernul în eforturile sale de a implementa ideea BSG. Abordarea bazată pe trei categorii a avut drept scop susținerea oficialilor guvernului în procesul de analiză a bugetului precum și servește drept bază pentru includere în circularele bugetare anuale. Această abordare nu poate servi drept bază pentru formularea bugetelor. Aceste trei categorii au mai fost utilizate în câteva inițiative BSG. În fiecare an, guvernul Australiei de Sud venea cu un proiect de buget sensibil la dimensiunea de gen, care diviza cheltuielile în trei categorii:

- **Cheltuieli specifice femeilor:** alocări pentru programe orientate în mod specific spre grupurile de femei și fete. Drept exemple au fost inițiativele cu privire la sănătatea femeilor aborigene și programele de sporire a accesului femeilor tinere la instruirea de muncă ne-tradițională;
- **Oportunități egale în serviciul public:** alocări orientate spre funcționari publici potențiali sau existenți, care promovează reprezentarea egală a femeilor în procesul de management și luare a deciziilor, remunerare echitabilă și condiții de lucru egale. Drept exemple au fost programele de consiliere pentru funcționarii publici – femei și revizuirea descrierilor fișelor de post pentru a prelua prejudecățile de gen;
- **Cheltuieli generale sau de organizare:** toate celelalte alocări care nu erau cuprinse în cele două categorii de mai sus. Drept exemple au servit programele cu privire la identificarea utilizatorilor de servicii medicale, asistență juridică precum și beneficiarii contractelor guvernamentale.

Inițiativele ulterioare care au utilizat abordarea bazată pe trei categorii uneori schimbau categoria de „femei” pe „gen”. Prima categorie putea astfel include, de exemplu, alocări pentru punctele focale de gen cât și pentru inițiative de abordare a unor probleme specifice cu care se confruntau bărbații.

Unele inițiative BSG s-au axat pe prima categorie, deoarece acestea sunt ușor de perceput și măsurat. Aceste alocări pot fi importante ca formă de „acțiune afirmativă” sau „discriminare pozitivă” atunci când

există disparități, lacune și rezistențe mari. Totuși, concentrarea pe prima categorie înseamnă concentrarea pe fărâmituri, când de fapt altcineva mănâncă întregul tort.

Unele inițiative BSG au reinterpretat a doua categorie drept proporția salariilor și alocărilor pentru femei și bărbați. Deoarece o bună parte a bugetului reprezintă cheltuieli pentru retribuirea muncii, mai ales în astfel de sectoare ca sănătatea, aceasta poate părea o întrebare importantă. Totuși, această întrebare nu este cea mai importantă din perspectiva bugetului, deoarece obiectivul principal al bugetului rezidă în prestarea serviciilor și promovarea bunăstării întregii populații și nu doar a clasei mijlocii care este reprezentată în mare parte de către funcționari publici.

Cu toate acestea, în sectorul sănătății, deseori apar întrebări ce vizează lucrătorii medicali. În acest pachet de resurse am examinat activitatea de îngrijire la domiciliu și în comunitate a celor afectați de HIV/SIDA în țările Africii de Sud. Totodată s-a menționat că acești lucrători sunt remunerați foarte prost sau nu sunt remunerați deloc. Și în alte țări deseori sunt lucrători medicali rurali, lucrători medicali-femei sau posturi similare care sunt preponderent ocupate de femei. Prin intermediul BSG se va verifica dacă acești lucrători sunt remunerați corespunzător pentru munca depusă și dacă condițiile de muncă sunt decente. În multe țări ar putea exista întrebări cu privire la remunerarea și condițiile de muncă ale personalului „de rând”. Aceste funcții (infirmier) în majoritatea țărilor sunt suplinite preponderent de femei. Cum sunt plătite aceste persoane reprezintă o problemă importantă nu doar din prisma remunerării adecvate pentru activitatea desfășurată, ci și din motivul că datorită remunerării proaste și a condițiilor nefaste de muncă acești lucrători migrează în alte țări în căutarea lucrului, lăsând astfel cetățenii de rând fără asistența cuvenită.

BOXA 20: CONȚINUTUL IMPLICIT AL DIMENSIUNII DE GEN VERSUS CEL EXPLICIT

Nu este totdeauna clar de înțeles și decisiv ce este relevant pentru dimensiunea de gen și ce nu este. Studiul privind BSG finanțat de UNIFEM cu privire la planurile și bugetul autorităților locale al districtului Quito face o anumită distincție între programe și proiecte cu conținut „explicit” sau „implicit” de gen. În sectorul sănătății, studiul prezintă drept inițiative cu conținut explicit, programele orientate spre îmbunătățirea „echității din punct de vedere rural/urban, echității de gen și de generații, serviciilor de profilaxie pentru protecția stării fizice și psihice”. În calitate de inițiative cu caracter implicit apar programele ce încurajează instruirea moașelor și asistentelor din medicina primară, mai cu seamă din localitățile rurale, presupunând că acești lucrători sunt femei și vor presta servicii în primul rând femeilor.

Referință: Palan-Tamayo, Z. *Analiza de gen a bugetelor, planurilor și programelor autorităților locale al districtului Quito. În bugetele sensibile la dimensiunea de gen în America Latină: responsabilitatea pentru echitate și transparență*, ed. Andía-Perez și alții. UNIFEM, 2004.

www.idrc.ca/uploads/user-S/11281061151Gender-Sensitive_Budgets_in_Latin_America-Accountability_for_Equity_and_Transparency.pdf.

CINCI PAȘI DE ANALIZĂ A BUGETULUI

Inițiativa privind BSG din Africa de sud a elaborat o abordare simplă de cinci pași/etape cu privire la analiza bugetului și politicilor bugetare care a fost ulterior utilizată și în alte inițiative. Această abordare se potrivește conceptului de bugetare pe programe. Pasul 2 echivalează cu „activități” în limbaj bugetar, pasul 3 se referă la „input-uri”, pasul 4 – „output” și pasul 5 constituie „rezultatele”. Această abordare de asemenea se potrivește și conceptului bazat pe drepturi. Aceste 5 etape sunt următoarele:

1. O analiză a situației femeilor, bărbaților, fetelor și băieților într-un anumit sector.
2. O evaluare a gradului de includere în politica sectorială a situației de gen descrisă la primul etapă. Aceasta presupune o evaluare a legislației, programelor și politicilor. Ea include o evaluare a politicilor scrise și a politicilor implicite reflectate în activitățile guvernului. Mai poate include și o evaluare a măsurii în care legislația, programele, politicile și activitățile onorează drepturile social-economice, drepturile femeilor precum și alte drepturi ale cetățenilor.
3. O evaluare a caracterului adecvat al alocațiilor bugetare pentru implementarea politicii care a fost evaluată ca sensibilă la dimensiunea de gen în pasul 2.
4. Monitorizarea faptului dacă banii au fost cheltuiți conform celor planificate, ce s-a prestat și cui.
5. O evaluare a faptului dacă politica implementată a contribuit la schimbarea situației descrise în pasul 1 spre un nivel mai mare de egalitate de gen.

Primii doi pași sunt bine cunoscuți pentru activitatea de gen chiar până la introducerea BSG. Pașii trei, patru și cinci au adus o valoare adăugată la examinarea bugetelor și resurselor.

BOXA 21: ABORDAREA PROBLEMELOR LA PASUL 4 ÎN MEXIC

Începând cu anul 2003, ONG-ul Fundar din Mexic a implementat un proiect care examina cheltuielile guvernului pentru combaterea HIV/SIDA. Când Fundar a examinat bugetul federal pentru anul 2005, a constatat că guvernul oferea unor spitale naționale resurse financiare pentru combaterea HIV/SIDA, chiar dacă unele din aceste spitale nu erau specializate în tratarea acestei epidemii. Astfel, organizația a decis să monitorizeze modul de utilizare a acestor bani.

Pe parcursul anului 2005, Fundar a utilizat IFAI (Institutul Federal de Acces la Informație) pentru a prezenta peste 200 de solicitări oficiale de informație de la Departamentul Financiar, Departamentul Federal al Sănătății și Centrul Național SIDA și Comisia Națională pentru Securitatea Populației. Fundar a solicitat instituțiilor beneficiare de resurse financiare pentru combaterea HIV/SIDA să prezinte informații privind modul de utilizare a acestor resurse. Scopul principal al organizației a fost de a lansa o campanie publică de informare a celor care au nevoie de servicii medicale pentru combaterea HIV/SIDA despre disponibilitatea resurselor suplimentare în spitale.

După analiza informației obținute de la instituții, Fundar a realizat că Ministerul Sănătății a alocat unele resurse financiare pentru HIV/SIDA spitalelor care aveau reduceri ale cheltuielilor general administrative și nici nu aveau un component HIV/SIDA în activitate. Deseori spitalele nu utilizau aceste resurse pentru activități aferente HIV/SIDA. Trei din șapte instituții care au primit resurse pentru prevenire/combateră HIV/SIDA și-au reclasificat fondurile drept „Servicii Generale”. Astfel au cheltuit banii meniți pentru HIV/SIDA pe alte servicii financiare, servicii de curățenie și securitate, precum și întreținerea clădirilor și vehiculelor.

Drept urmare, Fundar a elaborat o strategie de promovare chiar în momentul când Ministerul Finanțelor elabora propunerea de buget pentru 2006. Strategia în cauză a inclus activitatea cu IFAI, cu comisiile din congres și de control intern și cu alte organizații ale societății civile.

Activitatea de promovare realizată de Fundar a rezultat în sporirea vădită a alocațiilor pentru HIV/SIDA – o sporire de 71 milioane de peso pentru programul de cercetare și tratare a HIV/SIDA din cadrul Institutelor Naționale pentru Maladiile Respiratorii și Cancer. Aceste instituții au conlucrat cu Fundar și alte organizații pentru a explica activitatea realizată și de cât ar avea nevoie pentru a presta servicii adecvate. Au mai fost incluse și 100 milioane de peso pentru CENSIDA, Centrul Național SIDA pentru a fi folosite în scopuri de prevenire a HIV/SIDA. Pe lângă fondurile suplimentare alocate, Fundar speră că această intervenție să contribuie pe viitor la realizarea unor controale mai adecvate vizând modul de utilizare a fondurilor menite pentru HIV/SIDA.

Sursa: Comunicare personală, Helena Hofbauer

MODELUL UNIFEM-ULUI ANDIN DE ELABORARE A PAȘILOR ȘI ÎNTREBĂRILOR

Când grupurile de lucru din țările regiunii andine s-au lansat în activitatea BSG la nivel local, ele au utilizat instrumentele care au fost folosite și de alte țări. Totuși, aceste grupe de lucru au constatat că nu pot utiliza unele instrumente din cauza lipsei de informație necesară. În cazul altor instrumente, s-a constatat existența unor lacune enorme care urmau să fie soluționate.

În special, cercetătorii au constatat că instrumentele standard nu includeau probleme instituționale precum procesul bugetare, formularea bugetelor, elaborarea centralizată sau descentralizată a bugetului, mecanismele de implementare a cheltuielilor publice. De asemenea, era necesar de cunoscut dacă cheltuielile erau pre-stabilite (de exemplu, deoarece deja exista o schemă de personal sau deoarece autoritățile publice centrale au dat indicații cu privire la modul de utilizare a mijloacelor bănești) sau exista posibilitatea de realocare a acestora pentru priorități aferente dimensiunii de gen.

În ce privește cadrul instituțional, cercetătorii au sugerat următoarele întrebări care pot fi utilizate ca un instrument în sine:

- Ce fel de sisteme financiare administrative există și cum sunt ele inter-corelate?
- Care este cadrul legal al sistemului bugetar?
- Ce fel de informație generează sistemul bugetar? Cum este prezentată informația (după articole, după programe etc.) și cât de mult este dezagregată informația?
- Care sunt etapele procesului bugetar?
- Cum funcționează procesul de formulare și aprobare a bugetului (program, actori implicați și domeniilor lor de jurisdicție)?
- Mecanismele de repartizare teritorială incluse la formularea bugetului (de exemplu, utilizarea indicatorilor sărăciei).
- Metodologia utilizată la formularea bugetului (pe articole de cheltuieli, programe, altă modalitate) ?
- Ce mecanisme există pentru reprogramarea bugetului? Odată ce bugetul este aprobat, ce mecanisme se utilizează pentru a-l reprograma?
- Care sunt cerințele pentru implementarea proiectelor cu finanțare privată sau din exterior? De exemplu, este oare necesară și contribuția guvernului? Care este proporția contribuției?
- Ce mecanisme de supraveghere și control de stat există?

Cercetătorii au mai sugerat un set de întrebări în cazul când guvernul este descentralizat. De asemenea s-au mai propus întrebări aferente participării societății civile și mai ales participarea femeilor în formularea, supravegherea și evaluarea bugetului.

Referință: Andia-Perez, B., Beltran-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutierrez, M., Palan-Tamayo, Z. și Zabalaga-Estrada, C. „Bugetele sensibile la dimensiunea de gen în America Latină: responsabilitate pentru echitate și transparență”. Fondul Națiunilor Unite de Dezvoltare pentru Femei, 2004

www.idrc.ca/uploads/user-S/11281061151Gender-Sensitive_Budgets_in_Latin_America_Accountability_for_Equity_and_Transparency.pdf

GHIDUL MEXICAN CU PRIVIRE LA FORMULAREA BUGETELOR SECTORULUI SĂNĂTĂȚII

În 2004, Ministerul Sănătății din Mexic a publicat *Ghidul pentru formularea bugetului sensibil la dimensiunea de gen în domeniul sănătății*. Ghidul a fost elaborat cu suportul comun al Ministerului Sănătății și a două ONG-uri mexicane: Fundar, o organizație concentrată pe analiza bugetului, și Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo e Familia, o organizație concentrată pe drepturile femeilor. Scopul ghidului rezidă în acordarea asistenței planificatorilor din guvern la schițarea și elaborarea politicilor și bugetelor sensibile la dimensiunea de gen.

Introducerea ghidului exprimă clar că formularea bugetelor sensibile la dimensiunea de gen nu ține de calcularea banilor cheltuiți pentru serviciile acordate femeilor, ci rezidă în alocarea mijloacelor bănești pentru activități care duc la eliminarea barierelor de gen pentru (în special) femei și (unii) bărbați în ce privește accesul la servicii de sănătate.

Ghidul propune șase pași – câte doi în fiecare din cele trei categorii – pentru formularea bugetelor sensibile la dimensiunea de gen:

- Diagnostic 1: revizuirea diagnosticului problemei sănătății realizată de către Ministerul Sănătății prin prisma egalității de gen.
- Diagnostic 2: analiza inegalităților de gen care nu sunt abordate.
- Planificare 1: determinarea componentelor și acțiunilor de program pentru soluționarea inegalităților identificate.
- Planificare 2: determinarea priorităților utilizând diagnosticul sensibil la dimensiunea de gen a problemelor în domeniul sănătății.
- Bugetare 1: alocarea resurselor pentru soluționarea inegalităților de gen.
- Bugetare 2: elaborarea indicatorilor pentru măsurarea și monitorizarea rezultatelor.

Aceste trei categorii corespund primelor trei etape ale abordării bazate pe cinci etape/pași. Totuși, în acest caz pașii sunt considerați drept activități ce trebuie întreprinse de către funcționarii publici în procesul de formulare a bugetelor; pe când abordarea bazată pe cinci etape/pași este menită să analizeze și să formuleze bugetele.

Ghidul mexican accentuează necesitatea prioritizării strategiilor și acțiunilor care vor avea cel mai mare impact asupra egalității de gen. Ghidul menționează că, în special la primele etape ale BSG, nu se va realiza o reformulare completă a programelor existente. Dimpotrivă, această abordare presupune includerea incrementală a criteriilor egalității de gen în fiecare pas, astfel încât pașii următori să țină cont deja de dimensiunea de gen. Ghidul sugerează câteva întrebări care ar contribui la incorporarea dimensiunii de gen în cele existente:

- În care din capitolele date ar putea fi incluse fonduri pentru acțiuni orientate spre realizarea egalității de gen?
- În care din componentele deja stabilite ale bugetului ar putea fi incluse noi capitole (sub-programe) pentru a aloca resurse pentru egalitatea de gen?
- Este oare necesar de a aloca resurse pentru crearea datelor (în sistemul informațional deja existent sau într-un sistem informațional nou) care ar reflecta posibilele inegalități de gen care afectează sănătatea prin prisma aspectelor cuprinse în program?

- Este oare necesară direcționarea anumitor resurse pentru grupuri menite să abordeze necesitățile lor specifice?

Referință: Fragoso, L.P., și Granados, R.L.R.. Ghid pentru formularea bugetelor publice în domeniul sănătății prin prisma de gen. Mexico City: Ministerul Sănătății, 2004.

CLASIFICAREA PROGRAMELOR HIV/SIDA PENTRU ANALIZA DE GEN

În 2002, la o întrunire a Organizației Mondiale a Sănătății s-a propus un cadru de analiză prin prisma de gen a activităților aferente HIV/SIDA. Acest cadru nu se referă direct la bugete, însă ar putea fi util pentru analiza BSG.

Cadrul sugerează că ar trebui să existe o continuitate a abordărilor aferente dimensiunii de gen în programele pentru prevenirea/combaterea HIV/SIDA. Aceste abordări variază de la dăunătoare dimensiunii de gen la cele de abilitare a aspectului de gen, după cum urmează:

- intervenții care aduc prejudicii prin simpla consolidare a stereotipurilor de gen care direct sau indirect stimulează epidemia;
- intervenții sensibile la dimensiunea de gen care recunosc faptul că necesitățile bărbaților deseori diferă de cele ale femeilor și încearcă să găsească modalități de a satisface aceste necesități în mod diferit;
- intervenții de transformare a dimensiunii de gen care abordează diferențele de gen, dar creează, de asemenea, condiții pentru ca femeile și bărbații să ia atitudine în stabilirea unor roluri și responsabilități mai echitabile;
- intervenții structurale și de transformare care țin mai departe de intervențiile în domeniul sănătății și vizează abilitarea femeilor și fetelor, schimbând astfel dinamica economică și socială a rolurilor și responsabilităților de gen.

Publicația OMS care prezintă acest cadru, recunoaște că „în fiecare societate sunt multe tipuri de masculinitate și feminitate care variază după clasa socială, etnie, sexualitate și vârstă”. Raportul accentuează și posibilele prejudicii ce pot fi aduse ca urmare a elaborării unor intervenții care tratează femeile și bărbații exact în același mod și ignoră diferențele existente în situațiile, necesitățile și responsabilitățile acestora.

Referință: Organizația Mondială a Sănătății. Integrând dimensiunea de gen în programele HIV/SIDA: studiu de revizuire. Geneva: OMS, 2003.

UNELE INSTRUMENTE PROPUSE PENTRU ANALIZA BSG

Șase instrumente ale Diane Elson

La mijlocul anilor '90, secretariatul comunității a delegat-o pe Diane Elson să elaboreze „instrumente” pentru analiza BSG. Studiarea literaturii la acest capitol a permis dnei Elson să elaboreze următoarele șase concepții pentru instrumente:

O evaluarea a politicilor prin prisma dimensiunii de gen presupune o evaluare a bugetului precum și a politicilor și practicilor aferente. De obicei, evaluarea se concentrează pe un anumit sector și presupune o analiză cantitativă și calitativă. Acest instrument este de obicei utilizat de către grupurile societății

civile, dar poate fi folosit și de către guvern, de exemplu pentru raportarea pe marginea angajamentelor aferente CEDAW. Acest instrument este recomandabil la etapa inițială de elaborare a BSG, deoarece ne oferă o „imagine” generală a sectorului.

BOXA 22: GREȘELILE VIZÂND DIMENSIUNEA DE GEN ȘI SĂNĂTATEA ÎN CHELTUIELILE AFERENTE SECTORULUI SĂNĂTATE DIN MAROC

Raportul Economic și Financiar al Marocului pentru anul bugetar 2006 a inclus pentru prima dată un capitol întreg destinat problemelor de gen. La capitolul aferent Ministerului Sănătății, se prezintă o analiză a raiei de acțiune a sănătății publice. În general, studiul a constatat că femeile obțin în medie un beneficiu de 114 dirhame din investițiile în infrastructură, în timp ce bărbații obțin un beneficiu de 93 dirhame. Totuși, în afară de asistența medicală primară, femeile cele mai sărace beneficiază mai puțin decât bărbații din alocările pentru serviciile medicale. De exemplu, femeile cele mai sărace au beneficiat doar de 7% din cheltuielile de spitalizare alocate femeilor, în timp ce cei mai săraci bărbați au beneficiat de 12-13% din cheltuielile de spitalizare alocate bărbaților. În total, cea mai săracă cincime din numărul femeilor a primit doar 11% din toate cheltuielile destinate sănătății pentru femei, pe când cea mai bogată cincime a primit 40%.

Evaluarea beneficiarului reprezintă o modalitate de a auzi vocile cetățenilor (și necetățenilor) despre prestările guvernului. În mod ideal, evaluarea ar trebui să includă beneficiarii potențiali cât și beneficiarii efectivi pentru a afla de ce unele persoane nu au acces la servicii. Evaluarea se poate axa pe anumite servicii sau poate întreba cetățenii despre serviciile pe care le consideră importante. Evaluarea poate utiliza metode calitative și cantitative. Atât guvernul cât și societatea civilă pot utiliza acest instrument.

Analiza incidenței cheltuielilor publice dezagregate pe gen implică analiza cantitativă care multiplică costul unitar de prestare a unui anumit serviciu cu numărul de unități prestate beneficiarilor de genul masculin și celor de genul feminin. O analiză mai sofisticată poate combina dimensiunea de gen cu alte variabile, cum ar fi chintile de cheltuieli. Este dificil de întrebuițat această abordare în cazul serviciilor care nu sunt prestate persoanelor individuale, cum ar fi electricitatea și apa. Succesul abordării depinde și de disponibilitatea datelor vizând utilizarea serviciilor, cum ar fi ca urmare a unei cercetări pe gospodării. Acest tip de analiză se efectuează de obicei de către grupurile de cercetare sau de către Banca Mondială.

Analiza impactului bugetului asupra utilizării timpului examinează modul în care bugetul și serviciile pentru se plătește afectează timpul petrecut de către femei, bărbați, fete și băieți. Pentru a obține estimări corecte ale impactului sunt necesare informații cu privire la utilizarea timpului. Dacă astfel de date nu sunt disponibile, o evaluare mai puțin precisă poate fi realizată în baza analizei logice. Această analiză, este de obicei, realizată de către societatea civilă, însă ar trebui să fie efectuată și de către guvern.

Prin noțiunea de cadru de politici economice pe termen mediu sensibil la dimensiunea de gen, Elson s-a referit la două sub-instrumente. Primul sub-instrument implică inserarea elementelor de gen în modelele macroeconomice, utilizate de multe țări pentru a determina resursele disponibile la începutul ciclului bugetar și impactul economic al diferitor politici macroeconomice la nivel general, de industrie, de gospodărie și de persoană individuală. Dimensiunea de gen poate fi inserată prin dezagregarea în model a variabilelor aferente ofertei de muncă. Dacă sunt disponibile date cu privire la utilizarea timpului, modelul ar putea fi modificat astfel încât să includă economia aferentă activității neremunerate. Modelele macroeconomice sunt de obicei elaborate de către guvern sau agențiile acestuia. Cel de-al doilea instrument implică un cadru economic pe termen mediu sensibil la dimensiunea de gen, adică o abordare de bugetare multianuală care ia în considerație dimensiunea de gen. Deoarece introducerea cadrului bugetar de termen mediu de obicei coincide cu introducerea bugetării pe programe, un aspect important de utilizare a acestui sub-instrument implică elaborarea indicatorilor de rezultate și produse care sunt sensibile la dimensiunea de gen.

Circularele bugetare sensibile la dimensiunea de gen sunt de obicei elaborate de către guvern pentru a fi prezentate în ziua aprobării bugetului. Circularele reprezintă niște instrumente prin intermediul cărora guvernul poate arăta parlamentarilor și societății civile ce întreprinde pentru promovarea egalității de gen. Circularele bugetare pot utiliza informația de la alte instrumente. Această circulară va fi instituționalizată dacă există un anumit format. Acest instrument este cel mai ușor de utilizat când guvernul utilizează metoda bugetării pe programe.

Alte instrumente utilizate pentru BSG

Instrumentele propuse de Elson trebuie percepute drept concepții pentru lansarea BSG în diferite țări. Alții au elaborat alte căi de analizare a bugetelor prin prisma de gen. **Calcularea costului** reprezintă o abordare cantitativă prin care se încearcă să se estimeze costul necesar pentru implementarea unui program sau a unei politici. Aceste estimări ar putea fi ulterior comparate cu cheltuielile efective ale guvernului aferente unei probleme sau serviciu specific. Utilizarea metodei de calculare a costului de implementare a ODM este subiectul acestui pachet de resurse. În continuare prezentăm un exemplu de calculare a costului în cazul prevederii unor interdicții incluse în Legea cu privire la Violența Domestică din Africa de Sud.

BOXA 23: COSTUL IMPLEMENTĂRII LEGII CU PRIVIRE LA VIOLENȚA DOMESTICĂ DIN AFRICA DE SUD

În 1999, parlamentul Africii de Sud a aprobat Legea cu privire la violența domestică (LVD). Cea mai importantă protecție prevăzută de această lege vizează interdicția pe care o persoană abuzată o poate obține împotriva celui ce comite abuzul. La începutul anului 2005, Centrul de Studiere a Violenței și Reconciliere (CSVR) a realizat un sondaj în nouă instanțe de judecată din trei provincii pentru a stabili timpul petrecut (și ca urmare banii publici cheltuiți) pentru a emite interdicții. CSVR a interviuat funcționarii instanțelor de judecată, procurorii, judecătorii și ofițerii de poliție pe marginea activităților întreprinse de către aceștia în scopul a implementării LVD precum și durata fiecărei activități. Principalele activități incluse au fost:

- Judecătorul decide să acorde sau nu un ordin interim de protecție.
- În ziua convenită, judecătorul petrece ședință de audiere în caz dacă ambele părți sunt prezente și decide să acorde sau nu un ordin final.
- Un șerif sau un ofițer de poliție prezintă ordinul pârâtului și pârătorului/reclamantului. De obicei reclamantul achită taxele șerifului, cu excepția cazurilor când femeia poate dovedi că este foarte săracă.
- Poliția arestează și înaintează acuzația bărbatului, despre care s-a raportat că a încălcat ordinul de protecție.
- Judecătorii și procurorii își îndeplinesc misiunile în cazul ședinței de judecată cu privire la bărbatul care a încălcat ordinul de protecție.

Pentru a calcula costurile suportate de guvern pentru implementarea LVD, CSVR a multiplicat timpul mediu necesar pentru fiecare activitate cu procentul de cazuri la care se referă timpul dat și cu costul personalului implicat, rezultatul constituind 245,03 R per caz. Această sumă acoperă doar costurile de personal, fără a include costurile aferente achiziționării rechizitelor de birou, cheltuieli de arendă și salarizare a personalului auxiliar. Totodată, în calcule au fost utilizate tarifele de remunerare a personalului de categoria cea mai joasă pentru fiecare activitate.

Instanțele de judecată împreună cu poliția din cele nouă instanțe au cheltuit în 2004 circa 6,4 milioane de R pentru procesarea a 26 000 solicitări pentru ordine de protecție. Înregistrările guvernului indică că în perioada martie 2004 – februarie 2005 în Africa de Sud au fost emise 114 142 ordine de protecție. Astfel, pentru acoperirea cheltuielilor pentru serviciile prestate de poliție și instanțele de judecată din bugetul public s-au alocat circa 28 milioane de R. Totuși, această sumă este mult prea mică pentru a realiza obiectivul LVD de a elimina violența domestică în țară.

CSVR a prezentat rezultatele studiului diferitor agenții responsabile de implementarea LVD și Trezoreriei. Toți și-au manifestat interesul de a conlucra cu această organizație în scopul elaborării unor instrucțiuni de asigurare a implementării adecvate a Legii și alocare a resurselor financiare pentru realizarea obiectivului dat.

- Funcționarii instanței de judecată de obicei ajută solicitanții să completeze formularele. Uneori ofițerii de poliție ajută femeile la completarea cererilor pentru ordinele de protecție.

Referință: *Vetten, L., Budlender, D și Schneider, V. „Prețul protecției: costul implementării Legii cu privire la Violența Domestică”. Centrul pentru Studiarea Programului cu privire la Violența și Reconcilierea de Gen, Notă de Politici, Nr. 02 (2005).*

Sistemul de monitorizare în bază de comunitate (SMBC) reprezintă o formă de monitorizare la nivel local al bunăstării comunității și gospodăriilor, care a fost elaborată din nevoia de a avea o sursă sistematică de informație actualizată la nivel local. Sistemul a fost elaborat cu suportul tehnic și financiar al Centrului Internațional de Cercetare și Dezvoltare (CIDC) și către anul 2005 era deja implementat în 14 țări. În majoritatea acestor țări, guvernul este principalul actor, dar de obicei mai există și o formă anumită de implicare comunitară. La sfârșitul anului 2004, UNIFEM și CIDC și-au reunit partenerii pentru a analiza modul de utilizare a SMBC în scopul facilitării BSG la nivel local. Ideile propuse în cadrul acestor discuțiilor sunt implementate în proiecte-pilot în Senegal și Insulele Filipineze.

Deși metoda și instrumentele diferă într-o anumită măsură de la țară la țară, în toate țările principalele instrumente ale SMBC sunt chestionarele utilizate la nivel de gospodărie și comunitate. Una din sarcinile proiectelor-pilot privind BSG-SMBC este de a examina cum pot fi adaptate aceste instrumente pentru (a) a le face mai sensibile la dimensiunea de gen și (b) ca să ofere mai multă informație aferentă procesului de planificare bugetară.

Următoarele exemple prezintă modul în care au fost modificat chestionarele pentru gospodăriile casnice din Senegal. În ce privește sectorul sănătății, chestionarul includea întrebări despre utilizarea de către indivizi a serviciilor medicale. A fost adăugată o întrebare ce încerca să afle care persoane *le însoțeau* pe cele bolnave atunci când apelau la serviciile medicale. Acest fapt relevă o problemă de gen, deoarece anume femeia de obicei însoțește persoanele bolnave la medic. Pentru întrebarea cu privire la motivele de apelare la servicii medicale a fost adăugată încă o opțiune – *boli ce țin de sănătatea reproductivă*. Pentru întrebarea de ce persoana n-a apelat la serviciile medicale cu toate că era bolnavă, a fost adăugată opțiunea – *deoarece a primit îngrijire la domiciliu de la alții*. Secțiunea cu privire la migrație a fost modificată pentru a cuprinde atât *migrația internă cât și cea internațională*. Aceasta ar trebui să atribuie chestionarului o sensibilitate mai mare la dimensiunea de gen, deoarece din cauza factorilor sociali și a altor factori femeile din Senegal mai puțin probabil vor migra în afara țării decât bărbații senegalezi. Întrebările aferente muncii au fost reformulate pentru a include opțiuni care mai mult probabil vor captura *tipurile de activități ne-standarde și ne-oficiale*, pe care de obicei sunt realizate de femei. Pentru copii ai căror mamă și tată nu locuiesc împreună, acum a apărut o distincție între cazurile *când părintele locuiește în altă parte* și cazurile *când părintele este decedat*. În cazul dat se pare că modelele sunt total diferite pentru bărbați și femei. Într-o localitate din Senegal s-a mai introdus și un modul aferent *utilizării timpului*.

Referință: Budlender, D., Reyes, C. și Melesse, M.. „Bugetul sensibil la dimensiunea de gen prin prisma SMBC: implementarea sistemului de monitorizare bazată pe comunitate într-un mod care ar facilita bugetarea sensibilă la dimensiunea de gen”. *Rețeaua de cercetare în domeniul politicii economice și sărăciei* (2005). www.pep-net.org.

NOTE METODOLOGICE ȘI PROPUNERI DE BUGET SENSIBIL LA DIMENSIUNEA DE GEN

Multe din instrumentele descrise mai sus presupun analiza bugetului prin prisma dimensiunii de gen. Astfel de analize stau la baza activităților de elaborare a BSG. În final, totuși, trebuie să mergem mai departe de analize și să influențăm în mod real bugetele. În acest scop se pot utiliza două instrumente importante și anume **notele metodologice și propunerile de buget sensibil la dimensiunea de gen**. Notele metodologice reprezintă avize oficiale emise de către Ministerul Finanțelor sau echivalentul acestora la începutul fiecărui ciclu bugetar. Aceste note metodologice sunt trimise la toate agențiile ce au cheltuieli

(ministere, departamente, alte instituții finanțate din bugetul public). De obicei, în nota metodologică se indică „plafonul” bugetar al fiecărei agenții pentru anul viitor, adică ce sumă planifică Ministerul Finanțelor să aloce agenției respective. Nota mai prezintă agenției și un număr de instrucțiuni cu privire la modul de întocmire și formatul versiunii preliminare a bugetului pentru anul viitor precum și cum ar trebui să-și expună agenția argumentele pentru bugetul în cauză. Agențiile utilizează acest format pentru a-și elabora propunerile de buget care sunt verificate și negociate cu Ministerul Finanțelor până a fi prezentate cabinetului de miniștri.

Formatul propunerilor de buget diferă de la o țară la alta. Unele propuneri constau doar din tabele și cifre. Altele – mai ales în cazul țărilor care trec la bugetarea pe programe - includ și informații narative. În general, aceste documente nu sunt publice; sunt doar niște documente interne de lucru ale guvernului. Totuși, dacă nota metodologică prevede că dimensiunea de gen să fie reflectată în propunerea de buget și va fi considerată drept un criteriu important la etapa negocierilor – aceasta ar putea fi un stimulent pentru agenții să elaboreze bugetele prin prisma dimensiunii de gen. Cu cât mai clar nota metodologică specifică cum ar trebui inclusă dimensiunea de gen în buget, cu atât mai probabil că agenția va ține cont de problema dată, o va analiza în detaliu și va specifica în mod clar ce intenționează să facă în acest domeniu.

Câteva țări au început deja să includă dimensiunea de gen în notele metodologice. Unele solicită agenților să specifice schemele orientate spre femei. Altele doar menționează că „dimensiunea de gen trebuie să fie considerată”. În mod ideal, orice notă metodologică care menționează noțiunea de gen, trebuie să dispună și de documente însoțitoare și să prevadă dezvoltarea de capacități pentru oficialii din cadrul agențiilor pentru a avea abilitatea și cunoștințele de „a urmări procesul de introducere a dimensiunii de gen”.

ACTORI, ACTIVITĂȚI ȘI ACCENTE

În acest capitol se analizează rolul diferitor actori care ar putea fi implicați în activitățile aferente BSG și prezintă unele opțiuni în ce privește accentele activității de bugetare. În timp ce alte capitole pun accentul pe probleme, acest capitol pune accentele pe sfera de cuprindere (sectoare, nivel de guvern, etc.) și pe activități (cercetare, promovare etc.). În final, capitolul prezintă etapele reprezentative ale unui ciclu bugetar și sugerează intervențiile posibile la diferite etape, în special pentru societatea civilă.

ACTORI ȘI ACTIVITĂȚI

Scopul final al BSG este ca o țară să dispună și să implementeze bugete și programe ce țin cont de nevoile femeilor și bărbaților, fetelor și băieților. La moment nicio țară nu are un buget sensibil la dimensiunea de gen perfect, însă BSG a ajutat unele țări să elaboreze bugete mai sensibile decât cele anterioare, cel puțin în unele aspecte.

Pentru a realiza scopul final, BSG necesită un șir de strategii, instrumente și activități diverse. Unele din aceste activități presupun diferite forme de *analiză* care ar relata măsura în care bugetul și programele curente sunt sensibile la dimensiunea de gen. Analiza poate fi efectuată de către persoane din afara guvernului, de către cercetători, reprezentanți ai mediului academic și a organizațiilor societății civile. Ideal ar fi ca această analiză să fie efectuată de parlamentari și oficiali guvernamentali responsabili de elaborarea bugetelor.

Unele activități ale BSG presupun *crearea sistemelor și proceselor* care contribuie la determinarea măsurii în care programele și bugetele sunt sensibile la dimensiunea de gen astfel susținând promotorii egalității de gen. Societatea civilă poate milita pentru sisteme și procese sensibile la dimensiunea de gen, dar în final decizia de creare și implementare a acestora aparține guvernului și parlamentului.

De exemplu, o declarație de buget sensibilă la dimensiunea de gen reprezintă un *angajament scris* al guvernului în care se arată ce se întreprinde prin intermediul programelor și bugetelor la capitolul dimensiunea de gen. Faptul că guvernul prezintă o declarație de buget sensibilă la dimensiunea de gen nu înseamnă că guvernul are un BSG. Însă în procesul elaborării declarației de buget sensibilă la dimensiunea de gen, oficialii guvernamentali ar putea să observe lacunele existente în activitatea lor curentă. Ulterior, când parlamentarii și publicul vor citi declarația de buget sensibilă la dimensiunea de gen, vor vedea punctele forte și cele slabe și vor întreprinde măsuri specifice de promovare pentru soluționarea acestora.

Deoarece inițiativele BSG au diverse obiective, ele pot include un șir de activități diverse. Majoritatea inițiativelor BSG nu includ toate activitățile, chiar dacă o inițiativă, de obicei, trebuie să includă mai mult decât o singură activitate pentru a asigura succesul acesteia. Activitățile generale aferente BSG includ:

- Cercetare: de obicei este realizată de către cineva din afara guvernului și servește drept bază pentru promovare ulterioară.

- Promovare: de obicei este realizată de către cineva din afara guvernului, dar actorii din cadrul guvernului și parlamentului de asemenea ar trebui să militeze pentru BSG.
- Monitorizare: acesta este rolul cheie al parlamentului, însă guvernul trebuie să asigure monitorizarea ca parte componentă a funcțiilor sale de administrare, în timp ce societatea civilă va dori să monitorizeze implementarea bugetului.
- Instruire: instruirea poate implica toți actorii, însă trebuie organizate seminare separate funcție de nivelul cunoștințelor și poziția participanților.
- Informare: de obicei este orientată spre cei de la care vor juca un rol cheie, dar a căror suport este necesar. Astfel, campaniile de informare vor fi orientate spre publicul larg (pentru a obține suport în campaniile de promovare) și oficialii de rang înalt din guvern (pentru a promova lansarea activităților BSG în cadrul agențiilor pe care le reprezintă).
- Analiza și elaborarea politicilor: acesta este rolul guvernului. BSG este o formă de analiză a politicilor, iar unul din obiectivele inițiativelor BSG rezidă în instituționalizarea de guvern a BSG în activitățile cotidiene și anuale aferente bugetului.

După cum s-a menționat mai sus, în calitate de actori ai BSG pot apărea guvernul, parlamentul, societatea civilă, mediul academic și actorii internaționali cum ar fi donatorii și instituțiile financiare internaționale. În cadrul fiecărei din aceste categorii mai sunt sub-categorii. De exemplu, în cadrul guvernului, inițiativele BSG ar putea implica Ministerul Finanțelor, ministerele femeilor/de gen și alte ministere din sector. În ministerele de sector, activitățile BSG ar putea implica factorii de decizie din eșalonul de vârf, oficialii implicați în procesul de bugetare, elaboratorii de politici de nivel mediu și punctele focale de gen.

Cine va fi implicat într-o țară anume va depinde în mare parte de cine inițiază activitățile BSG, care sunt obiectivele urmărite, care sunt principalele probleme de gen în țară, punctele tari și slabe ale electoratului țării, atitudinea politică și de gen a electoratului precum și inițiativele existente de dezvoltare. Găsirea persoanelor potrivite și susținerea lor în vederea acumulării cunoștințelor și experienței în domeniu ar coincide cu obiectivul general al agențiilor ONU și a altor organizații de asigurare a caracterului de proprietate a țării asupra procesului de dezvoltare.

BOXA 24: ALEGÂND CINE AR TREBUI SĂ REALIZEZE CERCETAREA

Publicația care compilează analizele aferente BSG realizate în câteva țări din regiunea Andină reflectă punctele forte și cele slabe aferente implicării diferitor actori în calitate de cercetători. S-a constatat că chiar dacă consultanții externi elaborează documente de calitate înaltă, există limite aferente durabilității și impactului politic al acestei activități, deoarece guvernul și organizațiile societății civile percep cercetătorul ca venit „din afară”. Uneori calitatea cercetării realizate de ONG-uri este mai joasă, însă este considerat un produs mai durabil deoarece ONG-urile tind să continue activitatea în domeniu chiar și după stoparea finanțării. În Cuenca, unde unul din cercetători era un oficial din cadrul municipalității, proiectul a avut acces mai mare la informație. Însă această persoană nu dispunea de timp suficient pentru a se dedica proiectului din cauza altor responsabilități.

Referință: Andia-Perez, B., Beltran-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutierrez, M., Palan-Tamayo, Z. și Zabalaga-Estrada, C. „Bugetele sensibile la dimensiunea de gen în America Latină: responsabilitate pentru echitate și transparență”. Fondul Națiunilor Unite de Dezvoltare pentru Femei, 2004

www.idrc.ca/uploads/user-S/11281061151Gender-Sensitive_Budgets_in_Latin_America_Accountability_for_Equity_and_Transparency.pdf

BOXA 25: REPREZENTANȚII PUBLICI NU SUNT MEREU ADEPTII TRANSPARENȚEI

Mazdoor Kisan Shakti Sangathan (MKSS) este o organizație a țăranilor și lucrătorilor din Rajasthan Central, cel mai mare stat din India. Una din strategiile MKSS este de a organiza audieri publice în cadrul cărora localnicii analizează problema fondurilor de dezvoltare cheltuite de către proiectele sponsorizate de guvern în comunitățile lor. Până la audieri, MKSS colectează și compilează informație, iar apoi prin intermediul voluntarilor distribuie informația de la casă la casă pentru a vedea dacă informația diseminată corespunde cu informația pe care o dețin localnicii. După fiecare dezbateră publică, MKSS pregătește un raport oficial care este ulterior transmis oficialilor de stat din guvern, reprezentanților mass-media și altor grupuri implicate în campanie.

Cu toate că reprezentanții aleși în Rajasthan Central ar trebui să reprezinte cetățenii, aceștia nu sunt mereu mulțumiți de activitatea MKSS. În 2002, 300 de reprezentanți aleși de la sate au organizat o demonstrație în fața organului legislativ al statului cerând anularea legii cu privire la dreptul la informație. Ei argumentau demersul prin faptul că cetățenii folosesc această lege pentru a-i „hărțui”.

Însă guvernul de stat susține activitatea MKSS. A fost introdusă o cerință ca dezbaterile publice la nivel de sat să fie organizate anual. Ca parte a acestor dezbateri, localnicii din sat au votat o hotărâre de a verifica dacă proiectele de dezvoltare din satul lor au fost implementate cu succes.

Referință. Ramkumar, V. Studiu de Caz, partea 2: Mișcarea cu privire la dreptul de a cunoaște din India. Volumul cu privire la realizarea schimbărilor. Just Associates, 2002.

<http://www.justassociates.org/MKSS%20Case%20Study%20Section%20II.pdf>

ACCENTELE ACTIVITĂȚII BSG

Pe lângă diverși actori și diverse activități, inițiativele BSG pot avea și diverse accente. Unele se orientează spre procesul bugetar și participanții la diferite etape. Altele iau în considerație procesul bugetar prin prisma activităților care sunt cele mai potrivite la diverse etape, fără a fi preocupați prea mult de procesul participativ. Unele inițiative BSG pun accent pe bugetul național, iar altele analizează bugetele la nivel regional. Unele inițiative analizează bugetul total pentru un nivel anume, în timp ce altele examinează doar un sector separat (cum ar fi sănătatea) sau o problemă specifică (cum ar fi HIV/SIDA sau VBG) care ar putea implica părți din bugetul câtorva agenții diferite.

Când accentul este pus pe un sector, unele inițiative BSG examinează întregul buget al sectorului, iar altele se concentrează doar pe câteva programe. De exemplu, inițiativa BSG din Ruanda a examinat bugetele a patru ministere. În cadrul fiecărui minister, oficialii guvernamentali au identificat șase sub-programe pentru care s-au alocat sume mari de bani și le-au analizat prin prisma de gen. Această abordare a fost aleasă pentru a asigura ca activitatea BSG se concentrează asupra analizei modului de cheltuire a banilor și nu asupra analizei „puțintelului” care ar fi putut fi alocat pentru un proiect aferent dimensiunii de gen.

Accentul principal în activitatea aferentă BSG sunt bugetele publice. Totuși, într-un sector precum cel al sănătății, este important de înțeles și rolul prestatorilor de servicii ne-guvernamentali. Aceștia are putea include reprezentanți ai organizațiilor non-profit și a celor comerciale. Vor fi examinate capacitățile și calitatea serviciilor acordate de diferiți prestatori, beneficiarii acestor servicii, subvențiile acordate de guvern prestatorilor pentru serviciile oferite, modul de reglementare a activității acestora de către guvern, precum și taxele percepute pentru serviciile acordate de diferiți prestatori.

BOXA 26: LUAREA DECIZIILOR ÎNTR-UN SISTEM DESCENTRALIZAT

În 2000 Inițiativa Bugetului Femeilor din Africa de Sud a publicat un studiu care analiza colaborarea dintre guvernele naționale, provinciale și locale în procesele de elaborare de politici, întocmire a bugetelor și implementare a noilor politici aferente domeniului sănătate. Studiul a fost realizat la șase ani după finalizarea segregării rasiale, când încă se produceau la nivel de politici și structură a guvernului. În studiu s-a menționat că majoritatea schimbărilor au fost implementate prin structuri ce funcționau de sus în jos. Acest fapt are o dimensiune gen, deoarece persoanele „de jos” din structură sunt mai cu seamă femei, pe când bărbații sunt de obicei ocupați în eșaloanele în vârf.

Studiul examinează relațiile și drepturile atât în cadrul serviciilor medicale cât și cele dintre prestatorii și utilizatorii de servicii. Cercetarea încearcă să răspundă la așa întrebări cum ar fi: cine ia deciziile, în special cele aferente resurselor financiare; există oare transparență în procesul de luare a deciziilor; sunt oare persoanele de la toate nivelele apreciate și se țin cont de nivelul lor de cunoștințe și experiență.

Referință: Klugman, B și McIntyre, D. 2000. *De la politici prin bugete spre implementare: prestarea serviciilor de asistență medicală calitativă. Cape Town: Inițiativa Bugetului Femeilor.*

CICLUL BUGETAR ȘI OPORTUNITĂȚILE PENTRU INTERVENȚIE

De ce este important să înțelegem ciclul bugetar

Bugetele sunt instrumente politice. Diverși actori sunt implicați în procesul de elaborare a bugetelor și fiecare din ei va încerca să promoveze propria agendă. Unul din obiectivele multor inițiative BSG este de a promova participarea activă în procesul bugetar, mai cu seamă participarea oamenilor de rând din țară, cât și participarea parlamentarilor, în deosebi parlamentarilor-femei. O participare mai activă a parlamentarilor (femei), a grupurilor ce vizează sănătatea reproductivă cât și a altor grupuri ce promovează dimensiunea de gen ar putea ajuta la identificarea și abordarea problemelor de gen la o etapă timpurie.

Pentru inițiativele ce vizează sporirea nivelului de participare este esențial de a înțelege procesul bugetar existent și explora oportunitățile pentru o participare mai mare. Examinarea procesului bugetar (sau a ciclului bugetar) este utilă și pentru inițiativele BSG care au alte obiective, cu scopul de a vedea unde există oportunități de intervenție și pentru a evita abandonarea intervenției până a nu fi prea târziu iar unica opțiune disponibilă este critică.

Descrierile ciclului bugetar sunt destul de variate și depind în mare parte de cine le descrie. De exemplu, Ministerul Finanțelor va descrie un proces în care el joacă rolul principal, fără să menționeze alți actori care ar putea să joace sau chiar joacă un rol important. Actorii specifici vor fi diferiți de la țară la țară. De exemplu, în unele țări, Banca Mondială și Fondul Monetar Internațional au un rol important, chiar dacă acest aspect nu este reflectat în descrierile procesului bugetar oficial.

Pașii standard ai procesului bugetului național

Perioada când bugetul este prezentat în parlament este partea cea mai publică din proces. Totuși, această prezentare constituie doar un pas din întregul proces bugetar. În toate țările, procesul bugetului de nivel național va include următoarele etape:

- Estimarea de către Ministerul Finanțelor a venitului disponibil pentru anul care vine. Venitul disponibil reiese din situația macroeconomică a țării și indică venitul obținut din impozite, grant-uri,

împrumuturi și alte surse. Venitul disponibil, de rând cu decizia vizând deficitul bugetar stabilesc „plafonul” de resurse disponibile pentru cheltuieli.

- Trimiterea de către Ministerul Finanțelor a notelor metodologice către toate agențiile (de ex. ministere și alte instituții publice), solicitându-le să prezinte propuneri de buget pentru anul viitor. Notele metodologice, deseori, vor indica „plafonul” bugetar pentru fiecare agenție. În unele cazuri, note metodologice separate vor fi trimise pentru bugetul curent și cel de dezvoltare; Ministerul Finanțelor preluând de obicei dirijarea cheltuielilor curente, iar comisia de planificare sau un organ similar – dirijarea bugetului de dezvoltare.
- Pregătirea propunerilor de buget de către agenții și negocierile cu Ministerul Finanțelor (și probabil comisia de planificare sau agenția respectivă) pe marginea acestora.
- Examinarea de către cabinetul de miniștri a propunerii consolidate elaborate de către Ministerul finanțelor (și probabil de către comisia de planificare)
- Prezentarea și discutarea bugetului în parlament, urmat de adoptarea Legii cu privire la Buget.
- Implementarea programelor și proiectelor de către agențiile guvernamentale utilizând resursele financiare alocate.
- Auditul cheltuielilor de către Auditorul General.

Oportunități pentru participare

Majoritatea proceselor bugetare oferă oportunități limitate de participare. Chiar și oficialii ministerelor de resort deseori simt că au foarte puțin spațiu de manevră. Ei subliniază că „plafonarea” bugetului de către Ministerul Finanțelor rezultă în imposibilitatea de modificare ulterioară.. Se mai evidențiază și faptul că ponderea cea mai mare din resursele alocate reprezintă cheltuielile de retribuire a muncii funcționarilor publici existenți, și rămân foarte puține resurse „discreționare” care ar putea fi valorificate. Acest fapt este specific îndeosebi bugetului operațional.

Parlamentarii simt, de asemenea, că au prea puține oportunități de a influența cumva bugetele. Deseori ei văd bugetul pentru prima dată doar în ziua în care acesta este prezentat în parlament. Deoarece prea puțin timp rămâne până la începerea viitorului an bugetar, parlamentarii deseori nici nu intră în dezbateri aprinse pe marginea acestui bugetului. În multe țări sunt stabilite limite cu privire la tipurile de schimbări pe care le pot opera parlamentarii. În unele țări parlamentarii ori trebuie să accepte bugetul așa cum este prezentat, ori trebuie să-l respingă integral. Puține guverne acceptă respingerea întregului buget, căci acest lucru ar presupun și sfârșitul perioadei de guvernare a acestora! În alte țări parlamentarii pot opera modificări, dar numai dacă acestea nu schimbă partea cheltuielilor totale, sau nu modifică distribuția cheltuielilor între ministere.

De regulă, pentru societatea civilă există cele mai puține oportunități de intervenție. Uneori societatea civilă poate veni cu unele prezentări în cadrul dezbaterilor parlamentare pe marginea bugetului. În câteva țări, Ministerul Finanțelor se consultă cu grupurile cu interese specifice la elaborarea bugetului. Totuși, aceste grupuri cu interese specifice reprezintă mediul de afaceri sau alte grupuri și nu oamenii de rând.

Exemple de implicare a societății civile în procesul bugetar

În pofida celor prezentate mai sus, există posibilități de implicare care deja funcționează în unele țări și ar putea fi implementate și în altele, cum ar fi:

- În Uganda și Kenya, guvernul a creat grupuri de lucru sectoriale pentru diferite ministere. Aceste grupuri includ reprezentanți ai societății civile, inclusiv grupuri ale femeilor. Grupurile de lucru discută cu oficialii ministerului pe marginea politicilor și programelor care necesită finanțare apriori prezentării de către ministerul de resort ministerului finanțelor a propunerii de buget.
- În unele țări, fiecare comisie de resort din parlament organizează audieri pe marginea bugetului ministerului relevant. La aceste audieri sunt invitate persoanele interesate pentru a prezenta comentarii pe marginea bugetului. Uneori există și prevederi pentru prezentări în scris, care pot fi solicitate fie spontan fie prin invitație.
- În unele țări, Ministerul Finanțelor prezintă parlamentului cadrul fiscal general cu câteva luni până la sfârșitul anului bugetar. Acest cadru indică cadrul general al bugetului planificat pentru anul viitor – sau chiar pentru câțiva ani dacă guvernul dispune de un cadru de cheltuieli pe termen mediu (CCTM). Această prezentare permite parlamentarilor și reprezentanților societății civile să înceapă activitățile de promovare la o etapă timpurie. Dacă există un CCTM, activitatea de promovare se poate concentra pe ce ar trebui de schimbat în bugetele pentru anii viitori.
- În așa țări ca Uganda, India, Brazilia și Malawi, grupurile societății civile și cetățenii de rând au găsit modalități de monitorizare a procesului de cheltuire a banilor, de exemplu prin organizarea audierilor publice la care oficialii guvernamentali sunt trași la răspundere, prin realizarea diferitor cercetări și anchete și prin crearea comisiilor locale de monitorizare.

Ultimul exemplu (în special) ne arată că societatea civilă nu trebuie neapărat să aștepte să fie invitată la procesul dat și nici n-ar trebui să fie deznădăjduită dacă sistemul oficial nu oferă căi convenționale de implicare în proces. De fapt societatea civilă ar putea contribui prin colectarea eficientă de idei bune chiar și în afara procesului oficial - idei care ar putea fi preluate de cei care au un cuvânt de spus și un loc în cadrul sistemului oficial. Eficacitatea va depinde într-o anumită măsură de modul în care societatea civilă va formula mesajele pentru diferitele audiențe-țintă. Eficacitatea mai presupune ca acțiunile societății civile să fie întreprinse la momentul oportun al procesului bugetar, atunci când actorii-țintă vor fi dispuși să analizeze aceste probleme și vor avea posibilitatea să includă și argumentele societății civile.

PARTEA VENITURILOR

În acest capitol se analizează partea de venituri a bugetului. Activitatea de bugetare sensibilă la dimensiunea de gen s-a concentrat în special pe partea cheltuielilor și mai puțin pe cea a veniturilor, în special în țările în curs de dezvoltare. Totuși, în acest capitolul se evidențiază o serie de aspecte din partea veniturilor bugetului care ar trebui examinate dacă dorim să realizăm un buget sensibil la dimensiunea de gen în domeniul sănătății reproductive. Acest capitol începe cu o descriere succintă a principalelor surse de finanțare a sectorului sănătății. Ulterior urmează o analiză a taxelor de utilizator care sunt introduse ca parte a reformelor în sectorul sănătății. Sub-capitolele ulterioare analizează diferitele aspecte de finanțare a donatorilor care este considerată o sursă majoră de finanțare a sectorului sănătății în țările în curs de dezvoltare. În partea finală privind relațiile fiscale interguvernamentale se relatează problemele aferente fluxului de mijloace bănești între diferite nivele ale guvernului. Acest subiect este de o importanță deosebită în țările unde serviciile medicale sunt descentralizate.

FINANȚAREA SECTORULUI SĂNĂTĂȚII

Există un șir de probleme aferente „finanțării domeniului sănătății” sau modului de acumulare a veniturilor pentru a acoperi cheltuielile aferente serviciilor de asistență medicală. Proiectul „Drepturi și Reforme” cu privire la reforma din sectorul sănătății a investigat aceste probleme în Asia, Africa și America Latină. În calitate de mecanisme de bază pentru finanțarea sectorului sănătății s-au identificat următoarele: venituri din impozite, asigurarea medicală obligatorie, taxele de utilizator, asigurarea medicală privată (pentru profit) și fondurile comunității. Veniturile din impozite și asigurarea medicală obligatorie sunt surse „publice” de finanțare, în timp ce celelalte sunt surse private de finanțare. Pentru a complica problema am putea vorbi și despre finanțarea privată (de exemplu taxele de utilizator) pentru prestarea serviciilor de ocrotire a sănătății în sectorul public și finanțare publică (de exemplu, asigurarea socială) pentru prestarea serviciilor de ocrotire a sănătății în sectorul privat.

Venitul din impozite poate fi acumulat din impozitarea directă a venitului persoanelor fizice sau juridice, sau prin intermediul impozitelor indirecte cum ar fi impozitul din vânzări (inclusiv TVA), impozitul pe salariu, taxa vamală pe import și impozitul pe export. În țările în curs de dezvoltare, impozitele indirecte reprezintă de obicei o sursă mult mai importantă de venit decât impozitele directe, deoarece nu există suficiente persoane cu bani capabile să achite impozitele. În unele țări o parte a venitului provenit din impozitele speciale, cum ar fi cele pe țigări sau alcool, ar putea fi „rezervate” pentru sectorul sănătății. Deoarece bărbații mai mult probabil folosesc țigările și alcoolul decât femeile, acest fapt ar putea să constituie un transfer implicit de la bărbați la femei.

Asigurarea medicală obligatorie se realizează de obicei sub forma unui fond public creat de guvern. La mijlocul anilor 90, opt țări din regiunea africană situată la sud de Sahara au inițiat unele forme de asigurare medicală obligatorie, iar altele cinci state erau în proces de examinare. Tradițional, calitatea de membru la un astfel de fond este obligatorie pentru toate persoanele angajate oficial în câmpul muncii, contribuțiile fiind achitate atât de patron cât și de angajat. Valoarea contribuției de obicei depinde de ve-

nitul lucrătorului, iar beneficiile sunt aceleași pentru toți. Acesta rezultă în subvenționarea lucrătorilor cu salarii mai mici de către cei cu salarii mai mari. Totuși, deoarece femeile sunt mai puțin probabil angajate oficial în comparație cu bărbații, aceste mai puțin probabil vor beneficia de asigurarea medicală obligatorie. Unele femei sunt incluse în asigurările medicale obligatorii ca dependente a bărbaților angajați – contribuabili la fondul de asigurări medicale obligatorii. Cu toate acestea, în așa țări precum Senegal, un bărbat căsătorit nu poate fi încadrat în sistemul de asigurare ca dependent al soției care lucrează. În Algeria, soțul poate fi încadrat, iar copiii nu. În unele țări, lucrătorii sectorului informal pot alege să devină membri ai fondului.

Taxele de utilizator sunt aproape mereu sunt prezente în sectorul privat, deși uneori acestea pot fi achitate din asigurare sau alte fonduri. Taxele de utilizator sunt uneori percepute și pentru serviciile guvernamentale chiar dacă acestea nu acoperă costul total al serviciului prestat. Guvernele de obicei descriu acest fapt ca „repartizare a costului”. Taxele de utilizator descurajează oamenii –mai ales pe cei săraci – să beneficieze de servicii. Acest fapt este destul de veridic pentru serviciile de prevenire, unde necesitatea asistenței imediate nu este atât de evidentă. Astfel, de exemplu, femeile ar putea evita să meargă la examinări antenatale dacă vor exista taxe pentru aceste servicii.

În cazul serviciilor guvernamentale contra-plată, uneori există o schemă de excepții pentru anumite grupuri de persoane. Dar deseori astfel de scheme nu funcționează eficient. În primul rând, cei care sunt eligibili deseori nu cunosc regulile și astfel nu-și reclamă drepturile. În al doilea rând, prestatorii de servicii uneori încearcă să ofere cât mai puține scutiri posibile – mai ales în cazurile când instituția medicală poate păstra toți banii colectați din taxele de utilizator.

Schemele comerciale private de asigurare cum ar fi schemele de asistență medicală presupun achitarea primei de asigurare medicală de către individ sau uneori de către patronul acestuia/acesteia. Unele din aceste schemele cuprind toate tipurile de servicii medicale, pe când altele se răsfrâng doar asupra unor anumite tipuri ori țin de un anumit procent. Unele asigurări exclud unele costuri, de exemplu cele aferente contracepției. Schemele de asigurare privată uneori nu permit persoanelor cu anumite condiții specifice, cum ar fi purtători ai virusului HIV/SIDA să adere la astfel de scheme sau le impun costuri mai ridicate decât celorlalți membri.

Fondurile comunității cuprind membrii în baza gospodăriilor, unde gospodăriile achită o sumă fixă în fiecare lună care mai apoi oferă membrilor gospodăriei acces la o varietate de servicii medicale. Unele fonduri sunt organizate de guvern iar altele de organizații non-profit. Deseori cele mai sărace gospodării din comunitate nu sunt membri ai unor astfel de fonduri, deoarece nu-și pot permite achitarea cotizațiilor de membru, chiar dacă acestea sunt foarte mici.

Finanțarea din partea donatorilor reprezintă o altă sursă importantă de venituri pentru multe țări în curs de dezvoltare. Această sursă de finanțare trebuie examinată chiar dacă interesul principal ține de modalitatea în care guvernul își utilizează proprii săi bani. Asistența donatorilor poartă un caracter fungibil, adică un dolar sau un peso sau un șiling cheltuit pentru un scop anumit arată la fel ca și un dolar sau un peso sau un șiling care este cheltuit pentru un alt scop. Astfel o sporire a contribuțiilor donatorului pentru sectorul sănătății ar putea permite guvernului să aloce domeniului sănătății mai puțin din propriul venit. Și în mod similar, atunci când donatorul oferă resurse în mod specific pentru scopuri pe marginea egalității de gen, guvernul ar putea să ofere mai puțin pentru scopul dat. Dacă fondurile „economisite” prin prisma cheltuielilor donatorului într-un domeniu anumit sunt utilizate în mod productiv în alt domeniu,

o astfel de fungibilitate nu este neapărat o problemă. Întrebarea cheie care apare este aferentă situației când donatorul va suspenda finanțările.

Examinarea resurselor din partea donatorilor mai este importantă și din cauza influenței pe care o au donatorii și instituțiile financiare internaționale nu numai asupra modului de utilizare a resurselor lor, dar și asupra modului de cheltuire a guvernului în general.

Referință: Ravindran, T.K. Reformele de finanțare a sectorului sănătății în Asia și impactul asupra serviciilor medicale cu privire la sănătatea reproductivă și sexuală. Studiu pregătit pentru Inițiativa Drepturilor Sexuale și Reproductive în Reformele Medicinii, Proiectul „Sănătatea Femeilor”, Africa de Sud, 2003.

Mackintosh, M și Tibandebage, P. Reforma din viitorul apropiat în sectorul sănătății și genului: perspective analitice pe marginea experienței africane, Dimensiunea de gen și politicile sociale în contextul dezvoltării: mame, muncitori și cetățeni, ed. S. Razavi și S. Hassim. Basingstoke: Palgrave.

TAXELE DE UTILIZATOR

Taxe de utilizator pentru serviciile guvernamentale transformă aceste servicii din unele definite drept bunuri și drepturi publice în bunuri comercializate.

Adepții taxelor de utilizator afirmă că acestea generează mai mulți bani pentru sectorul sănătății, care permite astfel prestarea unui număr mai mare de servicii precum și a unor servicii mai calitative. Ei susțin că săracii ar putea fi scutiți de achitarea taxei pentru ca aceasta să nu devină o povară de nesoluționat. Promotorii taxelor de utilizator mai susțin că acordarea serviciilor cu plată va reduce numărul de persoane care solicită asistența medicală atunci când nu este de fapt necesar, astfel evitându-se supra-solicitarea serviciilor și ca rezultat resursele vor deveni disponibile pentru serviciile care sunt cu adevărat necesare.

Oponenții taxelor de utilizator atenționează asupra faptului că aceste plăți reprezintă de fapt o sursă infimă de bani. Ei argumentează că eforturile depuse pentru colectarea acestor bani și impactul negativ rezultat nu se merită. Taxele de utilizator ar putea mai cu seamă dăuna femeilor, deoarece ele mai puțin decât bărbații dețin controlul asupra modului de cheltuire a banilor gospodăriei. Scutirile de asemenea sunt limitate, deoarece nu sunt suficient cunoscute iar prestatorii de servicii contribuie ca lumea să nu poată beneficia de scutire.

Unele scutiri se bazează pe venit, adică sunt niște teste de „mijloace”. În țări ca Tanzania, așa maladii ca HIV/SIDA sau tuberculoza pot fi tratate fără plată, indiferent de statutul social al persoanei. În multe țări copiii nou-născuții, copiii în primul an de viață, femeile gravide și mamele ce alăptează beneficiază de servicii gratuite. Însă alte tipuri de servicii din domeniul sănătății reproductive, cum ar fi contracepția, nu se supun scutirilor.

BOXA 27: DOVEZILE IMPACTULUI TAXELOR DE UTILIZATOR PENTRU SERVICIILE MEDICALE ÎN AFRICA

- În Kenya, introducerea unei taxe mici pentru vizitele pacienților la centrele medicale a rezultat într-o reducere cu 52% a vizitelor de ambulatoriu.
- În trei spitale regionale publice din Tanzania, numărul vizitelor a scăzut cu 53% odată cu introducerea taxei de utilizator.
- În Nigeria, rata deceselor materne a crescut cu 56% iar nașterile în spital s-au redus cu 46% după introducerea taxelor de utilizator.

În Tanzania, un studiu efectuat de către Universitatea Duke a constatat că, cu cât mai mulți oameni erau testați, cu atât mai mulți aflau despre faptul că sunt HIV-pozitivi și cu atât mai mulți erau implicați în eforturile depuse pentru prevenire atunci când testele de diagnosticare a HIV erau disponibile fără plată. Universitatea a realizat un experiment împreună cu ONG-ul femeilor KIWAKKUKI în care au oferit teste HIV gratis, fără achitarea taxei standard de 1.000 șilingi tanzanieni. Pe parcursul experimentului, numărul persoanelor ce veneau la clinică pentru a face testul a crescut de la patru persoane pe zi până la 15 persoane pe zi. După realizarea acestui experiment, rezultatele au fost utilizate pentru a milita pentru obținerea resurselor financiare pentru ca KIWAKKUKI să continue să ofere teste gratis.

Referință: <http://usinfo.state.gov/xarchives/display.html?p=washfile-english&y=2006&m=January&x=20060131131831cmretrop0.3781549&t=livefeeds/wf-latest.html>

Pe parcursul anilor '90, Banca Mondială și-a schimbat politica orientându-se spre susținerea eliminării taxelor de utilizator pentru învățământul primar, dar a continuat să promoveze taxele de utilizator pentru serviciile medicale. Spre sfârșitul anului 2000, Banca Mondială a anunțat că nu va mai promova taxele de utilizator pentru asistența medicală de bază.

Referință: Braam, T. Impactul reformei din sectorul sănătății asupra serviciilor medicale cu privire la sănătatea sexuală și reproductivă din Africa. Studiu pregătit pentru Drepturi și Reforme, 2005. www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms

FINANȚAREA DIN PARTEA DONATORILOR

Cadrul multianual de finanțare al UNFPA menționează că Programul de Acțiuni ICPD a estimat pentru anul 2005 o sumă de 18.5 miliarde de dolari pentru implementarea programelor de bază în domeniul sănătății reproductive, și pentru colectarea și analiza datelor de bază. O sumă mai mare ar fi necesară pentru consolidarea sistemelor de sănătate, asistenței obstetricale de urgență, tratamentului și îngrijirii în caz de HIV/SIDA. Programul de Acțiuni ICPD a estimat că cel puțin o treime din această sumă ori 6.1 miliarde de dolari în 2005 ar trebui să vină din surse externe.

Cadrul multianual de finanțare al UNFPA menționează că pentru realizarea agendei ICPD, organizația trebuie să se concentreze pe modul de intercalare a problemelor ce țin de sănătatea reproductivă și chestiunile aferente în cadrul abordărilor de bază utilizate de donatorii majori. Aceste abordări includ pentru finanțare SRS-urile, ODM-urile cât și abordările sectoriale.

Această remarcă din cadrul multianual de finanțare este foarte importantă, deoarece pe parcursul anilor finanțarea donatorilor s-a transferat de la finanțarea proiectelor la alte modalități de finanțare. La moment, cele mai principale modalități de finanțare sunt următoarele:

- **Abordarea sectorială**, care presupune elaborarea unei politici sectoriale comprehensive, a unei strategii, a unui cadru de cheltuieli precum și a unui cadru de management, planificare și raportare. Donatorii participă la elaborarea politicii, strategiilor și cadrului și-și plasează banii într-un „fond comun” care va fi utilizat pentru a finanța toate cele menționate.
- **Fond comun sau fonduri de coșuri comune** care presupune contribuția diferitor donatori într-un cont comun rezervat unor scopuri anumite, de obicei în cadrul unui anumit sector. Utilizarea fondurilor se face cu acordul comun al guvernului și donatorilor.
- **Suport direct la buget** care presupune contribuția donatorilor pentru un program guvernamental, cum ar fi reducerea sărăciei, ajustarea fiscală, reforma procesului bugetar sau reforma unui sector anumit. Diferența dintre această formă și alte forme de susținere din partea donatorilor rezidă în faptul că banii devin o parte a fondurilor publice generale și sunt administrați prin intermediul sistemelor bugetare generale.

Abordarea sectorială reprezintă o cale de asigurare de către donatori că resursele alocate vor fi utilizate pentru soluționarea problemelor aferente domeniului sănătate, îndeosebi în cazurile când problemele acestui sector nu sunt o prioritate în programul de cheltuieli al guvernului și nu există alocări suficiente din buget pentru soluționarea acestora. În 2005, UNFPA a participat în abordări sectoriale în 27 de țări și în fonduri comune în șapte țări.

Summit-ul Mondial din septembrie 2005 a aprobat **Declarația de la Paris privind eficiența asistenței** care solicita donatorilor să majoreze resursele alocate pentru asistență. Declarația a definit patru principii pentru o nouă abordare față de asistența donatorilor și anume (a) proprietatea țării, (b) ralierea asistenței la planurile și bugetele țării, (c) armonizarea acțiunilor donatorului cu cele ale altor donatori și (d) responsabilitatea mutuală atât a donatorilor cât și a țărilor-recipient. Deși aceste principii au foarte multe aspecte pozitive, această abordare ascunde și un pericol vizând dimensiunea de gen – ori ralierea la bugetele țării ar presupune și incapacitatea donatorului de a contribui precum în trecut la compensarea punctelor slabe în modul de abordare a problemelor de gen de către țară.

Deseori donatorii alocă anumite resurse cu anumite **condiții**. Forma condițiilor depinde într-o oarecare măsură de modalitate. De exemplu, atunci când sunt oferite împrumuturi sau suport general la buget, condiția ar putea fi ca deficitul fiscal (diferența dintre cheltuieli și venit) să fie redusă ori ca un anumit procent din cheltuielile publice să fie alocat sectoarelor sociale. Chiar dacă condițiile impuse nu se referă direct la serviciile medicale ele pot oricum un impact. De exemplu, reducerea deficitului poate fi realizată prin reducerea resurselor financiare alocate pentru prestarea serviciilor medicale sau prin introducerea taxelor de utilizator. Atunci când donatorii oferă suport sectorial, condiția ar putea fi ca o cotă anumită din venitul guvernului să fie alocat acelui sector ori să fie introduse taxe de utilizator, ori anumite instituții sau servicii să fie privatizate. Consecințele acestor condiții sunt deseori mai ușor de identificat decât cele aferente suportului general al bugetului.

Referințe: Declarația de la Paris privind eficacitatea asistenței. <http://www.aidharmonization.org/ah-wh/secondary-pages/Paris2005#declaration>

UNIFEM. Promovând egalitatea de gen în cadrul noilor modalități de asistență și parteneriat. UNIFEM, martie 2006 http://unifem.org/resources/item_detail.php?ProductIDş64

ABORDAREA SECTORIALĂ (AS)

Abordările sectoriale reprezintă o cale de asigurare de către donatori că resursele alocate vor fi utilizate pentru soluționarea problemelor aferente domeniului sănătate, îndeosebi în cazurile când problemele acestui sector nu sunt o prioritate în programul de cheltuieli al guvernului și nu există alocări suficiente din buget pentru soluționarea acestora. Abordările sectoriale sunt menite și pentru îmbunătățirea managementului financiar, îmbunătățirea eficienței și reducerea dublărilor, precum și reducerea birocrăției și cerințelor de raportare. Deoarece există o singură strategie coordonată, și rezultatele ar trebui să fie mai bune.

Programul sectorial spre finanțare este de obicei elaborat de Ministerul Sănătății de comun cu donatorii și probabil cu alți actori cheie, cum ar fi persoane și grupuri de persoane din țară. Unul din punctele slabe ale unor abordări sectoriale aferente sectorului sănătății este faptul că ONG-urile nu sunt implicate, în pofida rolului cheie pe care-l dețin în procesul de prestare a serviciilor medicale. De obicei, unul dintre donatori își asumă rolul de „lider” pentru o anumită abordare sectorială. UNFPA a dirijat câteva abordări sectoriale din sectorul sănătății.

Abordările sectoriale oferă câteva oportunități pentru UNFPA, SR și promotorii dimensiunii de gen:

- Există potențialul de a influența abordarea națională vizând SR și dimensiunea de gen, în schimbul abordării unui singur proiect.
- Există posibilitatea de a spori vizibilitatea problemelor aferente SR și dimensiunii de gen în rândurile oficialilor din sector și donatorilor.
- Există oportunitatea de a aborda problemele mai vaste din cadrul sistemului care împiedică progresul în direcția realizării obiectivului vizând serviciile medicale de sănătate reproductivă pentru toți.
- Există oportunitatea de a garanta alocarea resurselor financiare pentru linii bugetare speciale, cum ar fi contraceptive.

Totuși, abordările sectoriale implică și anumite provocări. În primul rând este vorba de nivelul de implicare a donatorilor. Aproape întotdeauna există donatori –deseori Agenția SUA pentru dezvoltare internațională și Agenția Japoneză pentru Cooperare Internațională – care refuză să devină parte a abordărilor sectoriale și continuă să finanțeze anumite programe și proiecte selectate de ei. Chiar și donatorii care contribuie la AS deseori alocă resurse financiare în același sector concomitent, însă prin alte „modalități”. Metaforic vorbind, ei nu țin ouăle într-un singur coș. O altă problemă ține de faptul că deseori, sume semnificative din resursele financiare ale AS nu sunt alocate prin sistemul public. O astfel de finanțare în afara bugetului pare să contravină ideea unui plan coordonat.

Deseori există și probleme „tranzitorii” deoarece țările trec de la finanțarea verticală (de proiect) la finanțarea prin prisma unui fond comun. Aceste probleme tind să afecteze programele verticale care vizează maladii precum tuberculoza, malaria și HIV/SIDA și cel mai probabil vor afecta mai mult pe cei săraci decât pe cei bogați. Deși, în general, donatorii sunt mulțumiți de trecerea la abordările sectoriale. Guvernele pot fi mai indecise. De fapt, AS tind să ofere donatorilor chiar mai multe drepturi decât înainte, astfel aceștia au posibilitatea să influențeze tot programul sectorial și nu doar unele părți ale acestuia.

În final, AS ar putea provoca anumite probleme când se încearcă soluționarea problemelor trans-sectoriale, cum ar fi violența împotriva femeilor, deoarece acestea pun accent pe un singur sector doar. Acest

fapt reprezintă un punct foarte slab, deoarece dimensiunea de gen deseori este intercalată în câteva sectoare.

Unele AS contribuie la majorarea alocărilor financiare pentru asistența medicală primară și nu doar pe cea curativă, precum și pentru o arie de cuprindere și utilizare mai bună. Acestea sunt niște realizări bune din perspectiva echității și probabil și din perspectiva dimensiunii de gen. Totuși, abordările sectoriale rezultă și în reducerea alocărilor financiare pentru prestatorii de servicii ne-guvernamentali. Acesta este un factor negativ pentru cei săraci care deseori contează doar pe ONG-uri în problemele aferente accesului la serviciile medicale de bază.

Referințe: Institutul HLSP. Abordările sectoriale: un document de resurse pentru personalul UNFPA, Elaborat pentru UNFPA, Regatul Unit. HLSP, 2005.

Ravindran, T.K.S. și Maceira, D. Reformele aferente finanțării sectorului sănătății. Reforme sectoriale în domeniul sănătății sexuale și reproductive: sunt oare reformele corecte?, ed. T.K.S. Ravindran și H. de Pinho. Parktown: Proiectul „Sănătatea femeilor”, 2005.

UNFPA. Eficacitatea în mediul nou de asistență: ghidarea agendei ICPD; probleme și recomandări de la atelierul de lucru al UNFPA cu privire la AS și suportul la buget, 8-10 iunie 2005, Geneva, UNFPA, 2005.

INIȚIATIVE SPECIALE ALE DONATORILOR PE MARGINEA HIV/SIDA

Pandemia SIDA a lansat o serie de inițiative internaționale de finanțare menite să acorde asistență celor mai afectate țări. Acest capitol rezumă aspectele principale ale celor mai cunoscute inițiative și, în special, aria de cuprindere ale acestora, cum ar fi tipul activităților finanțate și țările incluse. În rezumat se mai prezintă și unele critici pe marginea unor aspecte concrete ale unor inițiative.

Programul HIV-SIDA al Băncii Mondiale pentru mai multe țări din Africa (MAP)

În 2002, Banca Mondială a inițiat programul său HIV/SIDA pentru mai multe țări din Africa (MAP). Scopul pentru primii cinci ani consta în crearea mecanismelor instituționale, dezvoltarea capacității de implementare a unor programe de scară largă în domeniul prevenirii, asistenței, tratării și cercetării precum și modernizarea programelor existente. Banca a alocat 500 milioane de dolari pentru MAP în luna septembrie 2000 și o tranșă de 500 milioane de dolari în februarie 2002. Către sfârșitul anului 2003, proiectele MAP au fost aprobate pentru 24 de țări.

O evaluare a MAP desfășurată la începutul anului 2004 a relevat că „programul MAP reprezintă de fapt o realizare majoră atât în ce privește conceptul și design-ul programului cât și măsurile întreprinse în cadrul acestuia”. Totuși, au existat și unele puncte slabe, unul din care vizează leadership-ul politic. Consiliile naționale pentru HIV/SIDA (CNS) nu și-au asumat rolul de lider, după cum se spera. Unele țări nu au alocat cele 5% de contribuție națională.

În al doilea rând, odată cu lansarea MAP, au apărut multe alte inițiative majore de finanțare, cum ar fi Fondul Global, PEPFAR SUA și fundațiile private cum ar fi Fundația Gates. Totuși, unii donatori nu utilizau structura obișnuită. De exemplu, Fondul Global utiliza un mecanism separat de coordonare a țărilor pentru prezentarea propunerilor de finanțare. Unele din fonduri vizează doar tratamentul și neglijează alte aspecte ale activității de îngrijire.

În al treilea rând, procesul de aprobare a programelor de comunitate deseori rezultă în tergiversări și chiar cazuri de corupție. În al patrulea rând, deși programul vizează acțiuni „multi-sectoriale”, multe agenții guvernamentale se concentrează pe programe pentru proprii lor angajați și nu pentru membrii publicului larg. În al cincilea rând, deși MAP expune necesitatea de ajustare a programului la particularitățile unei anumite țări, proiectele erau destul de similare de la țară la țară la diverse etape ale epidemiei. Și ultima, dar nu în ultimul rând, doar într-o singură țară din cele șase vizitate de echipa de evaluare, partenerii au menționat dimensiunea de gen.

Referință: Banca Mondială. Revizuirea interimară a programului HIV/SIDA pentru mai multe țări din Africa. Banca Mondială, 2004. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,contentMDK:20450745~menuPK:717173~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html>

Cele Trei Principii

La 25 aprilie 2004, UNAIDS, Regatul Unit și Statele Unite au găzduit o întrunire de nivel înalt la care donatorii au re-declarat angajamentul de a fortifica răspunsurile naționale împotriva SIDA care sunt organizate de către țările afectate. Donatorii au aprobat „Cele Trei” principii care au fost percepute ca fiind principii care ar contribui la utilizarea rapidă, eficace și eficientă a resurselor și anume:

- Un cadru aprobat de acțiune HIV/SIDA pentru a coordona activitatea tuturor partenerilor.
- O autoritate națională de coordonare SIDA, cu un mandat multi-sectorial.
- Un sistem de monitorizare și evaluare la nivel de țară.

Cele trei principii nu vizează alocarea unor resurse adiționale, ci modul de asigurare a utilizării cât mai eficace a banilor deja disponibili din partea donatorilor.

În 2005, inițiativa Celor Trei Principii acordă asistență pentru 12 țări considerate ca înregistrând un nivel critic în procesul de epidemie, sau un nivel critic în ce privește elaborarea și organizarea reacției de răspuns la situația creată. Cele 12 țări au fost: Etiopia, Haiti, India, Indonezia, Kenya, Malawi, Mali, Mozambic, Tanzania, Ucraina, Vietnam și Zambia.

Referință: http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/three_ones.asp

Fondul global pentru HIV/SIDA, tuberculoză și malarie (GFATM)

În aprilie 2001, la Sesiunea Specială a Adunării Generale a ONU cu privire la HIV/SIDA, Secretarul General al ONU, Kofi Annan a venit cu apelul de a „ține piept” pandemiei. Curând după acest eveniment, Grupul celor opt au decis să creeze Fondul Global ca un parteneriat public-privat independent și internațional pentru a colecta bani pentru lupta împotriva SIDA, tuberculozei și malariei. GFATM a fost lansat în anul 2002. Principiul „public-privat” funcționează atât în procesul de oferire cât și în cel de primire a resurselor, deoarece Fondul acceptă solicitări de țară atât din partea agențiilor guvernamentale și ne-guvernamentale cât și din partea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA. Cadrul GFATM stipulează că propunerile sunt finanțate în baza „celor mai adecvate standarde științifice și tehnice care țin cont de realitățile și prioritățile locale”.

În primele două „runde” de finanțare, Fondul a aprobat finanțarea pentru 160 programe HIV, tuberculoză și malarie în 85 de țări din întreaga lume. Către mijlocul anului 2002, GFATM a colectat mai bine de 2

miliarde de dolari, dar încă mai avea un deficit de 1.6 miliarde de dolari – resurse necesare pentru cea de-a treia rundă.

Donatorii susțin că banii pentru Fondul Global sunt ceva adițional la finanțarea deja existentă pentru sectorul asistenței medicale. În realitate, lucrurile nu întotdeauna stau chiar așa.

Dintr-o perspectivă globală, un audit al GFATM prin prisma de gen ar putea implica o examinare a propunerilor aprobate și celor refuzate dintr-o singură sau din mai multe runde, pentru a stabili în ce măsură aceste proiecte consideră problemele de gen și cele ale femeilor. La nivel de țară, o evaluare a politicilor prin prisma de gen ar putea clarifica cum sunt utilizate resursele financiare pentru abordarea problemelor de gen și cum acestea se potrivesc cu strategia națională pentru combaterea HIV/SIDA.

Referință: www.theglobalfund.org

Planul de urgență al Președintelui pentru reducerea SIDA (PEPFAR)

În ianuarie 2003, Președintele SUA a anunțat o alocare de 15 miliarde de dolari SUA pentru o perioadă de cinci ani pentru combaterea pandemiei HIV/SIDA în afara Statelor Unite. El a menționat că banii PEPFAR vor fi direcționați spre cele mai afectate țări din Africa și regiunea Caraibilor. Congresul a aprobat planul și finanțarea în mai 2003. Congresul a menționat ca resursele date vor viza mai cu seamă „necesitățile familiilor cu copii (inclusiv prevenirea transmiterii de la mamă la făt), femeilor, persoanelor tinere și copiilor (cum ar fi minorii fără îngrijitori și orfanii)”. Concomitent, doar bugetul SUA pentru 2005 alocat în acest scop constituia 17.5 miliarde dolari SUA.

Congresul a menționat că mai mult de jumătate (55%) din banii PEPFAR sunt meniți pentru tratament (mai cu seamă pentru anti-retrovirale), 15% pentru îngrijirea paliativă, 20% pentru prevenire și 10% pentru ajutorarea orfanilor și copiilor vulnerabili. Cel puțin o treime din banii pentru prevenire urmau să fie utilizați pentru promovarea abstenenței înainte de căsătorie.

Apriori lansării PEPFAR, Guvernul SUA deja acorda resurse financiare pentru combaterea SIDA prin intermediul fondurilor bilaterale de la țară la țară. Această finanțare devenise parte componentă a PEPFAR. În total, suma de 5 miliarde de dolari SUA din cadrul PEPFAR ar reprezenta continuarea finanțărilor lansate anterior, suma de 9 miliarde de dolari SUA ar reprezenta noua finanțare și 1 miliard de dolari SUA ar fi oferit Fondului Global.

Președintele Bush și Congresul au anunțat alocarea a 15 milioane de dolari SUA. Totuși, bugetarea se face anual, nu pentru o perioadă de cinci ani, astfel suma finală ar putea fi mai mare sau mai mică decât 15 miliarde de dolari. În 2004, Bush a propus alocarea a 1.9 miliarde dolari SUA pentru combaterea HIV/SIDA, tuberculozei și malariei, iar Congresul a mărit această sumă până la 2 miliarde dolari SUA.

14 țări au fost selectate drept țări-țintă pentru PEPFAR: Botsvana, Coasta de Fildeș, Etiopia, Guyana, Haiti, Kenya, Mozambic, Namibia, Nigeria, Ruanda, Africa de Sud, Tanzania, Uganda și Zambia. În 2004 Congresul a decis includerea Vietnamului. PEPFAR oferă unele finanțări pentru combaterea HIV/SIDA și în alte țări.

Atât Președintele Bush cât și Congresul au fixat sarcini-țintă pentru PEPFAR – de exemplu, numărul de persoane care urmează să primească ART. În prima perioadă, țintele urmărite nu au fost atinse, în parte din cauză că banii au fost transferați prea târziu. Pentru perioadele ulterioare, cifrele indică că PEPFAR

a reușit să înregistreze succese în unele țări. Totuși, cifrele ne-ar putea duce în eroare. De exemplu, cifrele raportate includ o treime din toate cifrele Fondului Global în baza faptului precum că o treime din banii Fondului Global vine din partea SUA. În unele țări, cum ar fi Botsvana, persoanele care primesc tratament sunt raportate ca primind asistență sub egida PEPFAR, cu toate că PEPFAR a venit cu o contribuție minimă la aceste programe.

PEPFAR va oferi doar resurse financiare pentru medicamentele care au fost aprobate de către agențiile de reglementare din SUA, Canada, Japonia și Europa de Vest. Se menționează că nu este suficientă doar precertificarea calității medicamentelor de către Organizația Mondială a Sănătății. Documentele PEPFAR stipulează că banii pot fi utilizați și pentru procurarea produselor generice (care de obicei sunt mai ieftine), dar majoritatea medicamentelor generice dispun doar de pre-calificarea din partea OMS.

În mai 2005, guvernul Braziliei a refuzat recepționarea a 40 milioane de dolari SUA din fondurile PEPFAR, deoarece PEPFAR stipulează că nu va acorda asistență nici unei organizații care nu luptă împotriva prostituției și traficului de sex. Guvernul Braziliei a menționat că conformarea cu această regulă, le-ar împiedica să ofere ajutor lucrătorilor din industria sexului pentru propria protecție și protejarea clienților lor.

Organizațiile nu sunt obligate să publice detalii cu privire la utilizarea banilor primiți din PEPFAR. PEPFAR a publicat careva date, dar fără prea multe detalii.

Referință: <http://www.avert.org/pepfar.htm>

BOXA 28: CONDIȚIILE PEPFAR IMPUN COSTURI CARE NU SUNT NECESARE

Grupul Unit al Societății Civile de Monitorizare din Africa de Sud reunește diverse ONG-uri ce se ocupă de monitorizarea distribuirii ARV în țară. ONG-urile conlucrează cu donatorii și oficialii guvernamentali prietenoși. La întrunirea din noiembrie 2005, Grupul a fost informat că resursele financiare din partea PEPFAR au fost alocate cu două condiții – (a) organizația-recipient trebuie să prezinte o declarație semnată precum că nu susține activitățile din industria sexului și (b) fondurile pot fi folosite doar numai pentru medicamente aprobate de către Autoritatea Federală cu privire la Medicamente din SUA. La întrunire s-a decis de a solicita PEPFAR să permită achiziționarea medicamentelor aprobate de Consiliul de Control al Medicamentelor din Africa de Sud, deoarece Consiliul a aprobat și produse generice care sunt cu mult mai ieftine decât medicamentele aprobate de către SUA.

Referință: www.hst.org.za

Inițiativa 3 x 5 a Organizației Mondiale a Sănătății

De Ziua Mondială pentru combaterea SIDA din decembrie 2003, OMS și UNAIDS au lansat un plan de oferire a tratamentului anti-retroviral pentru trei milioane de persoane din țările în curs de dezvoltare și tranziție până la sfârșitul anului 2005. Această inițiativă a devenit cunoscută sub numele de „3 x 5”.

OMS și UNAIDS au hotărât să se axeze pe anti-retrovirale, deoarece aceste medicamente pot schimba HIV/SIDA dintr-o sentință la moarte într-o maladie cronică care poate fi ținută sub control. Totuși, deși tratamentul ARV a ajutat țările dezvoltate să realizeze o reducere de 70% a deceselor cauzate de HIV/SIDA, țările în curs de dezvoltare și tranziție nu au reușit să atingă astfel de rezultate.

Inițiativa 3 x 5 se întemeiază pe 5 piloni:

- instrumente standardizate și simplificate pentru livrarea AVR;
- un serviciu care să asigure o furnizare sigură a metodelor de diagnosticare și tratament;
- identificarea, diseminarea și aplicarea rapidă a noilor cunoștințe și strategii;
- suport rapid și durabil pentru țări;
- conducere, parteneriat și promovare globală.

OMS a estimat că pentru distribuirea ARV la 3 milioane de persoane din țările în curs de dezvoltare, este necesar de instruit circa 100,000 lucrători medicali profesioniști și neprofesioniști și de elaborat și dezvoltat sistemele, infrastructura și standardele medicale. În 2005, OMS a estimat că pentru atingerea acestui scop mai erau necesare 5.5 miliarde de dolari SUA.

Referință: <http://www.who.int/3by5/about/en>

Fundația William J Clinton pentru inițiative HIV/SIDA

Fundația Clinton plasează HIV/SIDA în centrul atenției sale. Fondurile sunt alocate țărilor pentru a le oferi suport pentru planificarea și implementarea programelor integrate de scară largă în domeniul îngrijirii, tratamentului și prevenirii. Descrierile inițiativelor în cauză sugerează că accentul de bază în cadrul activităților programelor integrate se pune pe aprovizionarea cu ARV.

Fundația a oferit resurse financiare următoarelor țări: Lesotho, Mozambic, Ruanda, Africa de Sud, Tanzania, China, India, Organizația Statelor din regiunea Caraibilor de Est, Bahamas, Republica Dominicană, Haiti și Jamaica.

Referință: <http://www.clintonfoundation.org/programs-hs-ai.htm>

Fundația Melinda și Bill Gates

Asistența acordată de fundația Gates vizează în special prevenirea transmiterii virusului și nu îngrijirea medicală. Fundația alocă resurse financiare pentru:

- elaborarea unor vaccine anti-HIV eficiente, sigure și accesibile;
- elaborarea remediilor antimicrobiene în forma unor unguente sau creme care ar putea fi folosite în scop de prevenire a infecțiilor cu transmitere sexuală;
- extinderea accesului la instrumentele existente de prevenire a HIV;
- campanii de susținere a unei abordări bazate pe știință de înfruntare a epidemiei.

Printre altele, Fundația a alocat 200 milioane de dolari pentru inițiativa de combatere a SIDA din India, Avahan, care lucrează atât cu grupurile de risc înalt, cât și cu întreaga populație. Fundația a mai contribuit la crearea unui Grup de Lucru pentru prevenirea HIV la nivel global care întrunește aproape 50 de experți în domeniul SIDA pentru a discuta politicile și practicile de prevenire a virusului HIV.

Referință: http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri_Diseases/HIVAIDS/default.htm

BOXA 29: ASIGURAREA BENEFICIULUI FEMEILOR

Centrul pentru Sănătate și Echitate de Gen a propus o listă de întrebări de verificare pentru a asigura accesul echitabil al femeilor la medicamentele livrate în baza inițiativelor finanțate de către SUA, după cum urmează:

- de asigurat ca criteriile de eligibilitate să reflecte atât vulnerabilitățile de ordin socio-economic cât și cele bio-medicale;
- de asigurat ca criteriile de eligibilitate să nu considere graviditatea drept factor discriminatoriu;
- de asigurat ca criteriile și procesele pentru extinderea accesului să fie transparente;
- de stabilit prețuri echitabile pentru medicamente;
- de asigurat ca programele de aderare la medicamente să fie sensibile la dimensiunea de gen;
- de asigurat dezvoltarea și îmbunătățirea sistemelor de asistență medicală primară;
- de investit în calitatea serviciilor de asistență medicală și de depus eforturi pentru eliminarea discriminării în sistemul de asistență medicală;
- de extins serviciile de consiliere sensibile la dimensiunea de gen ca parte componentă a programelor de tratament și prevenire;
- de asigurat echitatea în accesul la terapia ARV prin intermediul unor mecanisme mai sensibile de finanțare a sănătății;
- de abordat inegalitățile de gen în cadrul politicilor și colectivului de personal în sectorul sănătății;
- de asigurat ca serviciile de terapie ARV să fie prestate drept parte dintr-un sistem de asistență medicală integrat și comprehensiv;
- de asigurat ca toate femeile, fetele și băieții adolescenți să aibă acces la servicii complexe în sănătatea reproducerii și sexuală precum și educație, inclusiv eforturi pentru abordarea violenței în bază de gen;
- de asigurat accesul la tehnologiile de prevenire controlate de femei.

Documentul mai prezintă și rezultatele fiecăreia din aceste întrebări. Deși unele din aceste întrebări ar putea necesita alocări speciale sau adiționale de bani, este mai simplu să se insiste asupra utilizării alocațiilor existente într-un mod sensibil la dimensiunea de gen.

Centrul pentru Sănătate și Echitate de Gen. Genul, SIDA și terapiile ARV: asigurarea accesului echitabil pentru femei la medicamentele din cadrul Inițiativelor de Tratament finanțate de SUA. Takoma Park, MD: Centrul pentru Sănătate și Echitate de Gen, 2004.

GLOBAL GAG RULE - „REGULA CĂLUȘULUI MONDIAL”

Regula Călușului Mondial a fost anunțată pentru prima dată de către Administrația Președintelui Reagan la Conferința Internațională a ONU pentru Populație desfășurată în Mexico City în 1984. Anume din aceste motive, această politica mai este uneori numită și Politica Mexico City. Regula Călușului Mondial stipulează că ONG-urile din alte țări care primesc resurse financiare pentru planificarea familiei de la Agenția SUA pentru Dezvoltare Internațională (USAID) nu pot utiliza aceste fonduri pentru oferirea serviciilor de avort (legal sau ilegal), pentru a face lobby guvernelor lor pentru reforma legii cu privire la avorturi sau pentru a oferi instruire, servicii de consiliere sau referire vizând avorturile. Această politică nu împiedică grupurile cointeresate să facă lobby pentru legi mai stricte împotriva avorturilor. În 1993, printr-

un ordin executiv Administrația Clinton a pus capăt Regulii Călușului Mondial. Dar la 22 ianuarie 2001, în prima zi de activitate în calitate de președinte, George Bush a re-instituit Regula Călușului Mondial.

Regula Călușului Mondial este o regulă deosebit de serioasă, deoarece ONG-urile care sunt limitate de regulă deseori sunt unicii prestatori de servicii medicale în localitățile rurale îndepărtate. Regula Călușului Mondial nu împiedică în mod explicit ONG-urile să presteze servicii de întrerupere a sarcinii pentru a salva viața sau îngrijire medicală în perioada de după avort, dacă acestea sunt legale în țară. Totuși, deseori ONG-urile încetează să mai presteze aceste servicii, din teama stopării finanțării parvenite de la USAID doar din cauza activităților legate de avorturi. Alți donatorii bilaterali ar putea fi și ei afectați deoarece ONG-urile pe care le finanțează nu pot activa în cadrul proiectelor cu privire la avorturi, dacă aceste ONG-uri primesc bani și din partea USAID.

Către 2003, ONG-uri din cel puțin 56 de țări au fost afectate de această regulă. Regula Călușului Mondial restricționează și dreptul lor la exprimare și participare publică. Această politică mai împiedică prestatorii de servicii să se conforme principiilor de etică în ce privește oferirea gamei deplene de servicii și informații disponibile. Drept rezultat a Regulii Călușului Mondial, în Etiopia, Kenya, Zambia și România – și probabil în multe alte țări – unele comunități au fost lăsate fără de prestatori de asistență medicală. În alte țări, organizațiile de planificare a familiei au pierdut rezervele de contraceptive din partea USAID, inclusiv prezervative. În Kenya, Marie Stopes International a închis o clinică de sănătate reproductivă într-o provincie cu cea mai înaltă rată de incidență a HIV/SIDA pe motiv de criză de finanțare rezultată din aplicarea acestei reguli.

În august 2003, Președintele Bush a emis un ordin executiv ce stipula că fondurile globale pentru SIDA ale SUA vor fi scutite de incidența Regulii Călușului Mondial. Totuși, în noiembrie 2005, oficialii guvernului SUA au indicat că Președintele Bush a planificat să extindă incidența Regulii Călușului Mondial asupra celor ce au primit finanțări din partea PEPFAR. *The Washington Post* l-a avertizat pe Bush că „va trebui să sacrifice o parte din pachetul SIDA pe altarul politicilor controversate cu privire la avorturi... lăsând considerațiunile politice interne să umbrească accentul pe activitatea de urgență în curs de derulare”. Cu toate acestea, Regula Călușului Mondial a fost inclusă ca criteriu de eligibilitate pentru fondurile PEPFAR în Kenya și probabil și în alte țări.

Oficialii guvernamentali au menționat că în calitate de compromis, agențiile ar putea să primească fondurile din pachetul SIDA, dacă vor separa completamente activitatea de planificare a familiei de activitatea vizând SIDA. Acest fapt ar împiedica clinicile să trateze maladiile aferente SIDA și cele ce țin de sănătatea reproductivă în aceeași clădire - un factor care va afecta în special femeile, deoarece acestea vor trebui să găsească mai mulți bani și timp pentru a vizita două instituții diferite pentru diversele necesități proprii precum și necesitățile celor cărora le poartă de grijă. Clinicile separate pentru SIDA vor spori incidența stigmatizării, deoarece cei care vor vizita aceste clinici vor fi cu ușurință depistați ca fiind persoane cu SIDA sau HIV.

La începutul anului 2006, Departamentul Regatului Unit pentru Dezvoltare Internațională (DFID) a anunțat contribuția sa de 3 milioane de lire sterline pentru noul fond, Programul Global pentru Avorturi fără Risc. Acest fond se va utiliza pentru scopuri specifice de sporire a accesului la serviciile de avort fără risc și va oferi suport grupurilor care au fost nevoite să reducă finanțarea pentru serviciile sănătății reproductive din cauza Regulii Călușului Mondial.

Referințe: AWID. Clark, C., Sprenger, E., Veneklasen, L., Duran, L.A. și Kerr, J. Unde-s banii pentru drepturile femeilor? Evaluarea resurselor și rolului donatorilor în promovarea drepturilor și suportului pentru organizațiile cu privire la drepturile femeilor. Asociația Drepturilor Femeilor în Dezvoltare, 2005.

Stevens, A. „Bush extinde Regula Călușului Mondial asupra Fondurilor SIDA”. Noutățile electronice ale femeilor, Washington Lookout. 10 noiembrie 2005. <http://www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/1233>.

DFID. Guvernul Regatului Unit anunță despre suportul pentru combaterea amenințărilor pentru sănătatea femeilor în țările în curs de dezvoltare. Comunicatul de presă al DFID, 6 februarie 2006.

<http://www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/reproductive-health060206.asp>

RELAȚII FISCALE INTERGUVERNAMENTALE

Relațiile fiscale interguvernamentale reprezintă un termen utilizat pentru descrierea circulației banilor între diferitele nivele ale guvernului, cum ar fi nivelul național, provincial sau de stat, precum și diverse nivele ale autorităților publice locale. Relațiile fiscale interguvernamentale examinează nu doar câți bani sunt colectați de către fiecare nivel, dar și cine decide câți bani sunt alocați pentru diferite unități la fiecare nivel și cine ia deciziile cu privire la modul de utilizare a banilor la fiecare nivel.

Tendința generală relatează că transferurile de cele mai deseori se efectuează de la nivelul guvernului național la nivelele inferioare, deoarece guvernul național de obicei dispune de mai multe drepturi în ce privește colectarea venitului decât nivelele inferioare. Acesta este un factor bun, deoarece permite guvernului național să redistribuie resursele de la domeniile cu o situație financiară mai bună spre cele mai sărace și cu mai puține servicii.

Transferurile sunt de două tipuri principale: necondiționate și condiționate. Transferurile necondiționate reprezintă plăți de sume unice spre nivelul mai inferior, care poate decide cum să utilizeze banii primiți. Transferurile condiționate pot fi folosite doar pentru scopurile specificate de către nivelul care efectuează transferul.

În ambele tipuri de transferuri pot exista probleme de gen. În multe țări, suma transferului necondiționat este calculată în conformitate cu o formulă. Variabilele utilizate în formulă pot să favorizeze unul din genuri în mod implicit sau explicit. Un exemplu de formulă favorizând în mod explicit femeile este formula utilizată în Africa de Sud în mijlocul anilor 90 pentru a determina totalul sumei unice transferată fiecărei provincii. Această formulă ia în considerație numărul de femei și copii mici din provincie, deoarece aceste grupe sunt cunoscute drept grupuri care cel mai probabil au nevoie de servicii medicale decât alte grupe. Un exemplu de favorizare implicită ține de ponderea cu care este marcat componentul aferent sectorului sănătății din formulă din cauza necesității mai sporite pentru astfel de servicii din partea femeilor.

Problemele de gen sunt și mai clare în cadrul granturilor condiționate, în care nivelul care oferă banii specifică mai exact pentru ce trebuie să fie cheltuiți banii.

Atât în cazul transferurilor condiționate cât și în cazul transferurilor necondiționate, suma alocată nu este neapărat suficientă pentru a acoperi necesitatea dintr-o localitate anumită. Acest fapt rezultă în „mandate” nefinanțate sau subfinanțate în cadrul cărora nivelul mai inferior al guvernului își asumă responsabilitatea pentru realizarea funcției incluse în mandatul său, dar nu dispune de resurse suficiente pentru a presta servicii în mod adecvat. În cazul alocațiilor calculate în baza unor formule, suma alocată

pentru o localitate anumită – dacă variabilele formulei sunt alese corect – ar putea să reflecte necesitatea relativă a localității respective în comparație cu alte localități. Totuși, suma totală ar putea să nu fie suficientă pentru a satisface necesitatea absolută. În alte cazuri, alocații egale sunt oferite tuturor localităților. Aceste alocații „egale”, totuși nu prea par a fi „echitabile”, deoarece nivelul de necesitate de obicei diferă între localități.

BOXA 30: FLEXIBILITATEA LIMITATĂ ÎN PROCESUL DE LUARE A DECIZIILOR

În studiul pe marginea BSG din Villa El Salvador în Peru, cercetătorii au constatat că până-n 2002, 70% din transferurile guvernului central către autoritățile locale au constituit cheltuieli pentru investiții. Oficialii au interpretat „investiția” ca fiind infrastructură. Cercetătorii BSG au adus argumente conform cărora investițiile în capacitățile umane sau îmbunătățirea accesului la servicii ar trebui și ele percepute drept „investiție”.

Referință: Andia-Perez, B., Beltran-Barco, A., Coello-Cremades, R., Guiátierrez, M., Palan-Tamayo, Z. și Zabalaga-Estrada, C. „Bugetele sensibile la dimensiunea de gen în America Latină: responsabilitate pentru echitate și transparență”. Fondul Națiunilor Unite de Dezvoltare pentru Femei, 2004 www.idrc.ca/uploads/user-S/11281061151Gender-Sensitive_Budgets_in_Latin_America-Accountability_for_Equity_and_Transparency.pdf

Acest capitol analizează importanța statisticii în activitatea BSG. Capitolul aduce argumente că lipsa unor date statistice adecvate nu ar trebui să împiedice lansarea și implementarea BSG. Cele ce urmează ne sugerează diverse metode creative în ce privește activitatea cu statistica disponibilă la moment precum și încurajarea consolidării statisticilor pe viitor.

UTILIZAREA STATISTICII ÎN BSG

O problemă des întâlnită în lucrările aferente BSG se referă la lipsa de date statistice de gen. Statistica de gen include date dezagregate pe sex precum și date importante din perspectiva de gen (cum ar fi VBGM sau mortalitatea maternă) care ar putea reprezenta un singur sex. De cele mai dese ori lipsesc sau sunt deja învechite datele cu privire la utilizarea timpului. Acest fapt împiedică efectuarea măsurărilor cantitative vizând impactul politicilor guvernamentale și a bugetelor aferente asupra activității neremunerate de îngrijire desfășurată de femei și bărbați.

Lipsa unor date statistice dezagregate pe sex nu ar trebui să constituie un impediment pentru activitatea BSG. Totuși, disponibilitatea unor date statistice adecvate sunt de un mare folos pentru activitatea BSG la diferite etape ale procesului, de la descrierea inițială a situației ce urmează a fi abordată, până la monitorizarea și evaluarea finală.

Un aspect al BSG s-ar putea astfel concentra pe explorarea datelor existente, contribuind astfel la generarea de date noi. Referindu-ne la generarea de date noi – aceasta ar putea implica așa activități ca realizarea unor sondaje de o singură dată. Ba chiar mai mult, această activitate ar putea include și crearea de sisteme care ar genera continuu date cu privire la gen, în special, indicatorii de produs care în mod ideal ar trebui să fie generați de un sistem administrativ, deoarece acești indicatori trebuie să fie disponibili mai rapid decât datele dintr-o cercetare. Acest fapt este foarte important, deoarece indicatorii de produs trebuie să se refere la anul în care banii au fost efectiv cheltuiți, adică anul bugetar care tocmai s-a terminat. În cazul indicatorilor de rezultat, rapiditatea nu este atât de importantă, deoarece rezultatele de obicei nu se manifestă instantaneu și de obicei nu se referă la o activitate sau program specific.

În general, este mai ușor de folosit indicatori standard, deoarece datele pentru acești indicatori sunt deseori disponibile și publicul va înțelege argumentele expuse dacă vom folosi concepte bine-cunoscute. Totuși, indicatorii standard nu trebuie acceptați fără examinare prealabilă. De exemplu, multe țări și organizații măsoară ratele de răspândire a contraceptivelor doar în baza informației cu privire la numărul femeilor căsătorite de vârstă reproductivă (de obicei cu vârsta cuprinsă între 15 și 45 de ani). Astfel se presupune că sexul este practicat doar de către cuplurile căsătorite și numai de către persoane de vârstă reproductivă. Acesta ar presupune că problemele de ordin moral și legal contravin înțelegerii situației reale din țară și a nevoilor reale ale persoanelor acestei țări.

La etapa de promovare, BSG trebuie să fie îndeosebi de precaute cu modul de utilizare a datelor statistice. Uneori promotorii ideii BSG caută cifrele cele mai mari și cele mai șocante pentru a le utiliza ca mijloc de convingere a oamenilor despre necesitatea de a cheltui mai mulți bani. Această tactică ar putea

fi periculoasă, dacă oponenții pot demonstra că unele din cifrele prezentate nu sunt corecte, toate argumentele invocate ar putea fi puse sub semnul întrebării.

Dezagregarea cifrelor bugetului

În sfârșit ar trebui să spunem ceva și despre dezagregarea datelor în cadrul principalelor cifre din buget. Analistii BSG sunt deseori frustrați de faptul că informația din buget este prezentată astfel încât este foarte dificil, sau chiar imposibil, de a separa alocațiile de care sunt interesați. De exemplu, este puțin probabil să poți găsi în cadrul bugetului poliției o linie bugetară separată aferentă interdicțiilor de violență domestică, deoarece același personal din cadrul poliției care s-a ocupat de cazurile de interdicție de violență domestică s-a mai ocupat și cu multe alte cazuri și probleme și în majoritatea cazurilor au folosit și aceleași oficii. În mod similar, dacă ești cointerestat să afli cât este alocat pentru persoanele care apelează la serviciile medicale în caz de HIV/SIDA, ai putea găsi poate unele alocări separate pentru anumite articole, cum ar fi antiretrovirale, testele sau campaniile de informare, însă cheltuielile care sunt menite pentru personal, materiale și alte chestii necesare pentru a trata pe cei care suferă de această infecție nu vor fi separate de cheltuielile utilizate pentru tratarea altor boli. Această ordine de idei este într-adevăr reală, deoarece cum am menționat și mai sus, serviciile HIV/SIDA sunt integrate cu serviciile SR și cu serviciile de asistență medicală primară. În astfel de cazuri, solicitarea unei linii separate în buget ar putea fi contrar întregului mod de organizare și ar fi mai bine de evitat așa încercări.

Faptul că nu există o linie bugetară separată nu înseamnă că nu putem monitoriza dacă guvernul utilizează bugetul pentru a aborda problemele noastre prioritare. Pentru a examina utilizarea resurselor este de ajuns de a cere indicatorii de produs și cei de rezultat care se referă la problema prioritară investigată. De exemplu, în cazul interdicțiilor, am putea cere indicatorul care arată câte femei au primit asistență; în ceea ce privește HIV/SIDA – am putea cere indicatorii aferenți diferitor tipuri de testare, tratament sau îngrijire oferită.

BOXA 31: METODE CREATIVE DE INVESTIGARE A VIOLENȚEI ÎN BAZĂ DE GEN

Uneori elaboratorii de politici justifică lipsa de politici sau bugete pentru probleme specifice prin prisma argumentelor ce indică că astfel de politici sau bugete ar afecta un număr mic de persoane și astfel nu sunt prioritare. Acest fel de argument poate fi invocat în cazul unor astfel de probleme cum ar fi violența în bază de gen, deoarece este o problemă „ascunsă” și este dificil de evaluat o astfel de problemă. Argumentarea utilizată de BSG pentru astfel de probleme poate fi consolidată dacă s-ar găsi metode creative de a genera date incontestabile.

Reprezentanții instituțiilor guvernamentale și ne-guvernamentale de cercetare din Africa de Sud colaborează în cadrul unui studiu național cu privire la omorul femeilor. Ei utilizează datele colectate de la morgă pentru a estima rata națională de omor a femeilor și a factorilor asociați cu omorul. După identificarea cazurilor, cercetătorii interviuează ofițerii de poliție care au investigat aceste cazuri. Detaliile mai sunt înregistrate și din rapoartele pe dosarul deschis precum și rapoartele de autopsie. Interviuurile cu poliția permite cercetătorilor să identifice cazurile când femeile au fost omorâte de partenerul intim – de exemplu de actualul sau fostul prieten sau partener, sau același partener de sex.

Datele pentru anul 1999 arată că 8.8 femei din 100,000 de femei de la 14 ani în sus au fost omorâte de partenerii intimi. Femeile ucise de partenerii intimi erau de obicei mai tinere decât restul femeilor omorâte, pe când criminalii în cazul omorurilor intime ale femeilor erau de obicei mai în vârstă. Sentința de judecată anunțată pentru criminalii-partenerii intimi în cazul uciderii femeilor era de o durată mai mică decât sentințele pentru criminalii non-intimi. 2% din femeile-victime erau însărcinate și 15% au fost violate.

Adițional la cele constatate, cercetătorii au mai depistat și unele nepotriviri în cadrul sistemului polițienesc, de judecată și alte sisteme implicate în cazurile date. Aceste constatări se utilizează în activitatea curentă de propagare.

Referință: <http://www.mrc.ac.za/gender/projects.htm#femicide>

MODELELE DEMOGRAFICE ȘI CONSECINȚELE ACESTORA ASUPRA BUGETELOR

Statistica demografică și statistica populației reprezintă probleme-cheie pentru UNFPA. În majoritatea țărilor, recensământul populației este sursa cea mai importantă de date pentru estimarea tendințelor pe termen lung în rândul populației. Analistii recensământului ne pot prezenta un șir de constatări și modele care au implicații asupra bugetului. Problema corelațiilor de sex este analizată în continuare. În unele țări în curs de dezvoltare mai există și un proces continuu numit „îmbătrânirea populației”. Mulți definesc termenul dat drept o proporție mai mare de persoane în etate în rândul populației. Acest fapt are implicație de gen conform următoarelor: (a) majoritatea persoanelor în etate sunt femeii și (b) mai cu seamă femeile (mai tinere și cele de vârstă medie) sunt cele care au grijă de persoanele în etate. Totuși, noțiunea de îmbătrânire a populației are un înțeles mai larg. Acest termen mai implică și faptul că proporția de copii în cadrul populației va fi mai mică, iar proporția adulților mai tineri și de vârstă medie va fi mai mare. Aceasta presupune și reducerea alocațiilor bugetare pentru educație și majorare a alocațiilor pentru sănătate și alte scopuri. În țările cu epidemie de HIV/SIDA există un alt model – există o disproportionalitate în ce privește numărul de persoane în grupele de vârstă productivă și reproductivă.

Recensământul populației este realizat de obicei o dată la zece ani sau, în cel mai bun caz, o dată la cinci ani. Adicional, recensământul tinde să includă cât mai puține întrebări pentru a nu lungi interviul cu fiecare gospodărie din țară. Multe țări realizează cercetări periodice în domeniul demografiei și sănătății (CDS) pentru a prezenta mai multă informație în perioadele dintre recensăminte.

Majoritatea cercetărilor în domeniul demografiei și sănătății sunt susținute de Marco International și se bazează pe chestionare și metode standard. Totuși, țările pot schimba întrucâtva chestionarul pentru ca acesta să corespundă necesităților specifice și pentru a investiga anumite probleme. În Africa de Sud, CDS din 1999 a cuprins întrebări adiționale care se vizau persoana care lua deciziile la nivel de gospodărie.

BOXA 32: EXAMINAREA CORELAȚIILOR DE SEX ȘI SEMNIFICAȚIA ACESTORA

Corelațiile de sex determină numărul de bărbați ce revine unei femei din numărul total al locuitorilor unei țări. Din punct de vedere biologic se pare că se nasc mai mulți băieți decât fete, dar ratele mortalități neonatale și infantile printre băieți sunt mai mari decât în cazul fetițelor. Din punct de vedere biologic, durata de viață a femeilor este mai mare decât a bărbaților.

Unde nu se găsesc asemenea standarde, cum ar fi în cazul unor țări din Asia de Sud, există anumite motive pentru aceasta. Un motiv ar fi impactul inegalității de gen – de exemplu, țările în care femeile însărcinate întrerup sarcina dacă fătul este de gen feminin ca urmare a preferinței pentru băieți; femeile și fetele au parte de o alimentație și asistență medicală mai proastă în comparație cu băieții și bărbații; și unde ratele mortalității materne sunt foarte mari. Un alt motiv ar putea fi și faptul că instrumente precum cercetările și recensămintele utilizate pentru obținerea datelor statistice cu privire la populație tind să subevalueze numărul femeilor din cauza prejudecăților persoanelor care iau interviul și a respondenților. Deși motivele invocate evidențiază anumite probleme, acestea presupun diferite modalități de abordare și au consecințe bugetare diferite.

Datele statistice ne arată că pe parcursul ultimilor ani corelația de sex la naștere a sporit în favoarea genului masculin, ce pare să indice o rată mai mare de întrerupere a sarcinii când fătul este de genul feminin. În aprilie 2001 ONG-urile din India au depus o reclamație la Curtea Supremă de Justiție împotriva guvernului central și de stat, prin care solicitau prezentarea rapoartelor pe marginea măsurilor întreprinse pentru soluționarea acestei probleme. Drept rezultat, Ministerul Sănătății și Bunăstării a introdus testul de diagnostic pre-natal și a convins guvernul de stat să penalizeze persoanele vinovate de feticid. Guvernul, agențiile internaționale, ONG-urile și mass-media au creat o rețea de sensibilizare a publicului larg despre această problemă.

Referință: Zaman, W. și Chaudhury, R.H. „Sensibilizarea recensământului populației la dimensiunea de gen în Asia de Sud și de Vest” documente colectate. Kathmandu: Echipa de Țară UNFPA pentru Asia de Sud și de Vest, 2004,

CONCLUZII

După cum s-a menționat de la bun început, nu există un singur model de BSG. Dimpotrivă, BSG reprezintă o perspectivă și metodă utilizată la abordarea integrată a dimensiunii de gen care răspunde la următoarea întrebare: „Care este impactul bugetelor publice asupra femeilor și bărbaților, fetelor și băieților”?

Acest pachet de resurse reprezintă o compilare de materiale și idei dintr-un șir de domenii privind o serie de diverse probleme. Doar o anumită parte din aceste materiale și idei ar putea fi relevantă pentru o anumită inițiativă dintr-o anumită țară. Ca urmare, acest pachet de resurse este conceput ca un instrument care va contribui la soluționarea unor probleme și lansarea unor idei de către Echipele de Țară ale UNFPA vizând utilizarea BSG în procesul de promovare a egalității de gen.

Editare și tipar:
Casa Editorial-Poligrafică „Bons Offices”

ISBN 978-9975-80-023-5

Traducerea și reeditarea acestui studiu au fost realizate cu susținerea Agenției Internaționale Suedeze de Cooperare în Dezvoltare (Sida) în cadrul programului UNIFEM "Promovarea egalității de gen în politicile și programele naționale de dezvoltare".



Oficiul Regional UNIFEM pentru CSI
Casa ONU, str. Tole bi 67,
Almaty, 480091, Kazakhstan

Tel.: +7 (3272) 58-26-43
Fax: +7 (3272) 58-26-45
e-mail: root@unifemcis.org
Pagina Web: www.unifemcis.org

Oficiul Programului UNIFEM în Moldova
Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului
str. Vasile Alecsandri 1
Chisinau, MD - 2009, Republica Moldova

Tel.: +373 22 280775
Fax.: +373 22 721490
Pagina Web: www.un.md/UNIFEM



Oficiul Central SIDA
Str. Valhallavägen 199,
105 25, Stockholm, Suedia
Recepția SIDA este la etajul 1

Recepție: + 46 8 698 50 00
Fax: +46 8 20 88 64
E-mail: sida@sida.se