

Politica pronatalistă în România comunistă, o cale de control al vieții private

[Pro-natalist politics in communist Romania, a way of controlling private life]

Oana MIRON

Abstract:

The radiography of the Communist Romania medical system, that I am interested to present along side this article, pays attention to the reality that the centralization principle, under the direct command of the state-party represented, equally, also a form of control over the entire medical activity. Implying a very rigorous ranking, as results from the normative documents of the time, it is questionable if the system functioned when patients came in contact with it, especially in conditions of shortage of human resources, technology and medical infrastructure, which has worsened over time and especially during the decade before the regime change. On the other side, the public centralization of the health system, proper to the Communist regime, it allowed not only control over it as such, but also over the privacy and individual decisions of citizens, reality that I illustrate by referring to the aberrant pronatalist policy of the Ceaușescu regime, initiated in 1966 and continued assiduously until 1989. A hyper-centralized but totally underperforming medical system has guaranteed, for 23 years, the abuse of privacy and the loss of thousands of human lives.

Keywords: *abuse of privacy, centralization, Communist Romania medical system, control, pronatalist policy*

Introducere

În România comunistă, politicile de sănătate publică erau construite din perspectiva controlului asupra populației și mai puțin din perspectiva grijii reale a sistemului față de sănătatea cetățenilor sau față de accesul acestora la serviciile medicale care, deși existau, erau văduvite de performanță din mai multe motive: aparatura medicală era una depășită funcțional în comparație cu cea din statele vest-europene și chiar cu cele situate în blocul estic, iar medicii se aflau într-o stare de captivitate sistemică, puțini fiind cei care, în condiții cu totul speciale, beneficiau de ceea ce am putea numi „green card” pentru a putea părăsi țara spre a participa la congresele de specialitate desfășurate în statele democratice. Fiind, practic, limitați la a interacționa doar cu colegii lor din spațiul dominat de URSS, majoritatea covârșitoare a medicilor români era vitregită de marile descoperiri ale domeniului, prin comparație cu ceea ce se întâmplă astăzi, când accesul la informația de specialitate, participările la congrese medicale, schimburile de experiență reprezintă facilități absolut normale, care permit nu doar profesionalizarea permanentă a resursei umane, ci asigură însăși evoluția oricărui sistem medical.

În acest articol voi arăta faptul că sistemul centralizat de sănătate al României comuniste era unul care avea o funcție de control societal prin intermediul politicilor abordate în deplină conformitate cu „sarcinile trasate” de partidul-stat și de către conducătorul acestuia. Voi lua ca exemplu politica pronatalistă a regimului dictatorial al lui Nicolae Ceaușescu pentru a evidenția maniera în care, dincolo de controlul societal specific centralismului comunist, s-a pus în mișcare un veritabil mecanism, „fundamentat” ideologic, al cărui scop era controlul vieții private și care a avut drept principale consecințe veritabile tragedii umane. În acest sens, explic funcționalitatea a

sistemului de sănătate din România comunistă, prin apel la cadrul juridic din epocă, după care voi recurge la o analiză a modului de aplicare a politicii pronataliste ca formă de intruziune în viața privată.

Centralizare și control

În România comunistă, legea stabilea că cei care făceau parte din personalul medical, medicii în mod special, trebuia „să fie militanți activi pentru asigurarea sănătății, să manifeste dragoste pentru om, dăruire și pasiune în realizarea obligațiilor ce le revin, să fie oricând la dispoziția cetățenilor, să aibă în întreaga lor activitate o înaltă ținută morală, să-și ridice permanent nivelul pregătirii profesionale”¹. Desigur, atribuțiile Ministerului Sănătății au suferit numeroase modificări în perioada 1966-1989, însă poate fi subliniat faptul că acte normative precum „precum *Decretul nr. 452/1969, Ordinul de ministru nr. 568 din 27 octombrie 1973* sau cel cu numărul 302/1982 au asigurat cadrul legal pentru o subordonare tot mai accentuată a actului medical față de politic”². Din analiza contextului legislativ din perioada comunistă, rezultă în mod cert faptul că Ministerul Sănătății avea rolul de conducător și coordonator al întregii activități sanitare de pe întreg cuprinsul țării, stabilea toate normele privind sănătatea publică, regulile stabilite având caracter obligatoriu atât pentru instituțiile din subordine, cât și pentru populație. În aceeași măsură, Ministerul Sănătății era „responsabil cu realizarea politicii partidului și statului în domeniul ocrotirii sănătății populației (...)”, dar trebuia să respecte, totodată, în toate acțiunile sale, „legile, decretele și hotărârile Consiliului de Miniștri care făceau referire la sănătatea publică”³. De aici transpare, în mod evident, subordonarea totală față de partidul-stat, implicit față de persoanele situate în poziții-cheie pe linie de partid. Astfel, conducerea Ministerului Sănătății era asigurată, mai întâi, de un „Colegiu al Ministerului”, conform *Legii nr. 452/1969*, sau de un „Consiliu de Conducere”, potrivit unui *Ordin de ministru din 1973*, însă prerogativele acestor instituții erau aceleași, respectiv de „organ deliberativ care hotăra în problemele generale privind activitatea Ministerului”⁴. Ministerul Sănătății, incluzând toate direcțiile și serviciile din subordine, urma fără echivoc politica de partid și de stat, sarcinile fiind trasate însă nu de specialiștii în politici de sănătate, ci de către liderii politici comuniști care făceau parte din structura Comitetului Politic Executiv al Comitetului Central al Partidului Comunist Român⁵.

Caracterul centralist, de subordonare și control față de partidul-stat era relevat și de *Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătății populației*, care indica, la Art. 9, că „înfiptuirea politicii partidului și statului în domeniul sanitar, aplicarea unitară a măsurilor privind asigurarea sănătății, organizarea, îndrumarea și controlul acestei activități se realizează de Consiliul Sanitar Superior și Ministerul Sănătății pe întreg teritoriul țării, precum și de consiliile populare în unitățile administrativ-teritoriale în care funcționează. În comune, orașe și municipii, răspunderea nemijlocită pentru aducerea la îndeplinire a tuturor măsurilor privind

¹ „Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătății populației”, publicată în *Buletinul Oficial nr. 53 din 10 iulie 1978*, emitent Marea Adunare Națională.

² Luciana M. Jinga, Florin S. Soare, Corina Doboș, Cristina Roman (coord.), **capitolul? Politica pronatalistă a regimului Ceaușescu. Instituții și practici**, Institutul de Investigare a Crimelor Comunismului și Memoria Exilului Românesc, vol. I, Editura Polirom, Iași, 2011, p. 25.

³ *Ibidem*, p. 26.

⁴ *Idem*, p. 27.

⁵ *Idem*, p. 30.

asistența medicală a populației și a colectivităților revine unităților sanitare teritoriale. Unitățile și personalul sanitar, organele de conducere sanitară au obligația să raporteze periodic, potrivit legii, organelor de conducere colectivă ale unităților socialiste, consiliilor populare comunale, orașenești, municipale și județene, altor organe de stat centrale și locale, asupra activității desfășurate, a evoluției stării de sănătate și a măsurilor ce se impun pentru continua îmbunătățire a acesteia”⁶.

Din perspectivă structural-funcțională, în cadrul Ministerului Sănătății existau mai multe direcții și servicii. Le voi prezenta în cele ce urmează.

Direcția Asistenței Medicale, în a cărei structură organizatorică intrau serviciul spitale și unități ambulatorii, cu atribuții specifice, în sensul în care „răspundea de reglementarea bunei desfășurări a activității de asistență medicală, analiza starea de sănătate a populației și mai coordona, între altele, organizarea stațiunilor balneoclimaterice, a laboratoarelor de radioterapie, precum și selecția bolnavilor pentru tratament medical în străinătate”⁷;

Direcția Coordonare, Control, Personal și Învățământ, ale cărei principale atribuții vizau „documentarea cu privire la eficacitatea diferitelor metode de management în domeniul sanitar și propunerea de norme pentru îmbunătățirea acestora; organizarea controlului asupra felului în care organele de conducere colectivă ale unităților sanitare din subordine, la nivel județean, respectau în activitatea lor hotărârile de partid, legile, decretele Consiliului de Miniștri, ordinele și instrucțiunile Ministerului (...)”⁸;

Comisiile de specialiști ale Ministerului Sănătății, care au început să funcționeze din 1973 și care, urmare a unui Ordin de ministru⁹, au ajuns la un număr total de 21. Principala responsabilitate a comisiilor de specialiști era „analiza, găsirea și punerea în practică a soluțiilor pentru rezolvarea anumitor probleme formulate de către Consiliul de Conducere, Biroul Executiv sau de către ministrul Sănătății, urmărind realizarea programelor de activitate stabilite pentru sectorul de activitate în care activau”¹⁰.

Direcțiile Sanitare Județene, instituite după procesul de reorganizare administrativ-teritorială a Republicii Socialiste România din 1968 și după ordinul de funcționare a Ministerului Sănătății din 1969. Acestea aveau o dublă subordonare (față de consiliile populare din perspectivă administrativ-financiară și față de Ministerul Sănătății din perspectiva activității medicale), misiunea lor esențială fiind „asigurarea conducerii tehnice și operative pentru toate sectoarele de ocrotire a sănătății de pe teritoriul județului respectiv sau al municipiului București, răspunzând de buna desfășurare a acesteia atât la nivelul orașului reședință de județ, cât și în restul teritoriului, acordând asistență comitetelor executive ale consiliilor populare ierarhic inferioare celui județean”¹¹. Practic, rețeaua sanitară din teritoriu era coordonată de Direcția Sanitară, aceasta având câte o filială în fiecare județ. Toate unitățile sanitare din rețeaua consiliilor populare de la nivel județean sau al municipiului București – centrele de igienă și medicină preventivă, spitalele (cu excepția spitalelor clinice subordonate direct Ministerului Sănătății), policlinicile, dispensarele, sanatoriile, preventoriile, creșele și leagănele de copii,

⁶ „Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătății populației”, publicată în *Buletinul Oficial nr. 53 din 10 iulie 1978*, emitent Marea Adunare Națională.

⁷ L. M. Jinga, F. S. Soare, C. Doboș, C. Roman (coord.), *op. cit.*, p. 33.

⁸ *Ibidem*.

⁹ Este vorba despre „Ordinul nr. 233 din 16 iunie 1980 privind constituirea și componența comisiilor de specialiști ale Ministerului Sănătății, precum și aprobarea normelor de funcționare ale acestor comisii” (Arhiva Ministerului Sănătății, fond Ordine Ministrul Sănătății, *Dosar 3/1980*, ff. 3-4).

¹⁰ L. M. Jinga, F. S. Soare, C. Doboș, C. Roman (coord.), *op. cit.*, p. 34.

¹¹ *Ibidem*, p. 35.

serviciile de recoltare și conservare a sângelui, serviciile de salvare, de aviația sanitară, medico-legale, de statistică sanitară și unitățile din sectorul farmaceutic – erau direct subordonate direcției respective, care le organiza, conducea, îndruma, coordona și controla întreaga activitate.

Așa cum am specificat deja, principala atribuție a Direcției Sanitare Județene era cea de a asigura conducerea tehnică și operativă a rețelei din subordine, însă în sfera sa de competență intra „toată sfera de îngrijire medicală, de la activitatea sanitară antiepidemică și până la asigurarea educației sanitare și rezolvarea problemelor economico-financiare”¹². Totodată, Direcțiile Sanitare Județene efectuau activități de control al activității medico-sanitare și asupra unor unități de profil care erau subordonate la nivel central unui alt minister, cu excepția celui al Sănătății. Nu mai puțin, acestea atribuia sarcini instituțiilor din subordine, trasându-le obiectivele pe termen scurt și lung, supravegheau respectarea normelor de prescriere și eliberare a medicamentelor și, foarte important – un aspect ce conducea la politizarea selecției resurselor umane și la controlul exercitat asupra cadrelor medicale –, „dispuneau sau își dădeau acordul la angajarea, transferarea sau desfacerea contractelor de muncă ale personalului medico-sanitar în vederea respectării normelor «deontologice» de către întreg personalul medico-sanitar”¹³. În ceea ce privește conducerea acestor direcții, ea era asigurată, pentru fiecare în parte, de un director numit de Consiliul Popular cu acordul Ministerului Sănătății, care era ajutat de un corp de îndrumare și control format din medici inspectori.

Un nou decret, care viza „stabilirea normelor unitare de structură pentru unitățile sanitare”, a fost emis în 1973 de către Consiliul de Stat al Republicii Socialiste România¹⁴. Potrivit acestuia, „activitatea de ocrotire a sănătății se organizează pe următoarele tipuri de unități: spitale și spitale clinice; sanatorii și preventorii; institute și centre medicale; creșe și leagăne de copii; oficii farmaceutice; direcții sanitare județene și Direcția sanitară a municipiului București”.

După cum se observă, nicio abatere de la direcția centralistă; dimpotrivă, principiul fondator al acestei formule de organizare era cel al „uniformizării”. Era, de asemenea, implicată ierarhizarea, specificându-se că spitalele pot fi republicane (subordonate Ministerului Sănătății), spitale departamentale (subordonate Ministerului Apărării Naționale, Ministerului de Interne sau Ministerului Transporturilor și Telecomunicațiilor), spitale județene (aflate în subordinea comitetelor executive ale consiliilor populare respective și a Ministerului Sănătății), spitale municipale sau orășenești (subordonate comitetelor executive ale consiliilor populare respective) și spitale comunale (aflate în subordinea comitetelor executive ale consiliilor populare județene). În ceea ce privește normele de structură ale unităților sanitare, acestea erau stabilite „în funcție de volumul, complexitatea, importanța și specificul activității”¹⁵. Ca atare, normele reglementau structura activității medicale (care cuprindea secții cu paturi, laboratoare medicale, laboratoare de cercetare, dispensare, policlinici, stații județene de salvare, laboratoare județene de medicină legală, centre județene sanitare antiepidemice și centre județene de recoltare și conservare a sângelui), a activității farmaceutice (farmacii, unități tehnico-medicale, depozite de medicamente și aparatură medicală), a activităților auxiliare (adică ateliere de întreținere și reparare a aparaturii medicale, instalațiilor și utilajelor) și a celei funcționale (însemnând birouri și servicii).

¹² *Idem.*

¹³ *Ibidem*, p. 36.

¹⁴ „Decret privind stabilirea normelor unitare de structură pentru unitățile sanitare”, în *Buletinul Oficial al Republicii Socialiste România*, partea I, anul IX, nr. 68, 14 mai 1973, pp. 2-5, *apud* Constantin Bărbulescu, Elena Bărbulescu, Mihai Croitor, Alexandru Onojescu (coord.), *Documente privind politica sanitară în România (1965-1989)*, Editura MEGA, Cluj-Napoca, 2010, p. 321.

¹⁵ *Ibidem*, p. 323.

Așa cum se poate observa, sistemul medical din România comunistă funcționa pe baza unei viziuni centralizat-ierarhice, ceea ce asigura un control total al partidului-stat asupra întregii activități medicale, ca și asupra personalului administrativ implicat. Întrebarea care apare este dacă acest sistem era realmente funcțional atunci când pacienții intrau în contact cu el. Pentru a răspunde acestei întrebări și pentru a exemplifica maniera în care centralizarea serviciilor medicale a asigurat conducătorilor regimului comunist nu doar controlul asupra sistemului ca atare, și ci și, prin acesta, o nepermisă intruziune în viața privată a cetățenilor (ce a determinat inclusiv pierderea de vieți omenești) voi exemplifica, în următorul capitol, prin raportare la politica pronatalistă a regimului Ceaușescu.

Centralism și controlul vieții private. Politica pronatalistă

Decretul nr. 770, publicat la 1 octombrie 1966 și adoptat cu scopul creșterii demografice, a provocat în cele din urmă o traumă națională: întrucât întreruperile de sarcină erau interzise, iar femeile nu beneficiau de consiliere maritală și de planificare familială (incluzând aici metodele de contracepție), multe dintre acestea ajungeau să recurgă la avorturi ilegale care duceau, în multe cazuri, la deces: „Între 1966 și 1989, 9 452 de femei au fost înregistrate în statisticile privind mortalitatea maternă. Însă acest număr reprezintă o subestimare a mortalității materne pentru că nu include și numărul femeilor care nu au apelat la asistență medicală pentru complicațiile apărute la efectuarea avortului”. De exemplu, în 1989 s-au înregistrat 169,9 decese materne la 100.000 de nașteri, ceea ce reprezenta „un număr de zece ori mai mare decât ceea ce fusese înregistrat până atunci în Europa. Dintre acestea, 87% erau cauzate de întreruperile de sarcină”¹⁶.

Centralizarea proiectului pronatalist a reprezentat, fără putință de tăgadă, un plan foarte bine pus la punct și care a manifestat interesul direct al dictatorului Nicolae Ceaușescu, fapt dovedit și de faptul că, în 1984, Comitetul Politic Executiv al Comitetului Central al Partidului Comunist Român a emis o nouă hotărâre relativă la acest tipar al politicii demografice impus începând cu 1966. În preambulul acesteia se prevedea faptul că, „în conformitate cu prevederile Programului partidului de făurire a societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintare a României spre comunism, cu sarcinile și indicațiile tovarășului Nicolae Ceaușescu, Secretarul General al Partidului Comunist Român, președintele Republicii Socialiste România, creșterea natalității, asigurarea unui spor corespunzător al populației, întărirea familiei trebuie să constituie obiective prioritare pentru dezvoltarea națiunii noastre socialiste și asigurarea progresului economic și social al țării, pentru păstrarea vigoriei și tinereții întregului popor (sic!)”¹⁷. În textul acestui document se insista asupra faptului că, deși „s-au realizat progrese însemnate” în ceea ce privește creșterea natalității din perspectiva politicii generale din domeniul sănătății, sunt încă prezente „serioase lipsuri”. Acestea din urmă erau trecute atât în sarcina Ministerului Sănătății, cât și în aceea a autorităților locale sanitare și administrative: „(...) în activitatea consiliilor populare, a Ministerului Sănătății, direcțiilor sanitare județene și a municipiului București se manifestă grave deficiențe în ceea ce privește înfăptuirea politicii partidului și statului nostru în domeniul întăririi familiei și al creșterii natalității. Trebuie spus, de asemenea, că nici comitetele

¹⁶ *Raport final al Comisiei Prezidențiale pentru Analiza Dictaturii Comuniste din România*, Editura Humanitas, București, 2006, p. 510.

¹⁷ „Hotărârea Comitetului Politic Executiv al C.C. al P.C.R. cu privire la creșterea răspunderii organelor și organizațiilor de partid, organelor de stat și cadrelor medico-sanitare în înfăptuirea politicii demografice și asigurarea unui spor corespunzător al populației”, în *Buletinul Oficial al Republicii Socialiste România*, partea I, anul XX, nr. 18, 3 martie 1984, p. 3-5, *apud* C. Bărbulescu, E. Bărbulescu, M. Croitor, Al. Onojescu (coord.), *op. cit.*, p. 564.

județene de partid, celelalte organe și organizații de partid nu au acționat cum trebuie în această privință; ele nu au exercitat un control exigent și permanent asupra activității desfășurate de organele sanitare privind sporirea indicelui de natalitate, celelalte fenomene demografice”¹⁸. Rezultatele concrete identificate de partid-ul stat indicau faptul că, spre deosebire de anul 1975, când fuseseră înregistrați 19,7 născuți vii la 1 000 de locuitor, natalitatea fusese, în 1983, de 14,3 la mie. Totodată, se constata că, în același an, numărul avorturilor crescuse la cifra de 421.386, în vreme ce numărul copiilor nou-născuți fusese de 321.498, ceea ce însemna o medie de 1 311 întreruperi de sarcină la 1 000 de copii născuți vii. Din această perspectivă, organul de conducere a PCR aprecia că „practica întreruperilor de sarcini reprezintă o acțiune antinațională și antisocială, ea împiedicând dezvoltarea normală a poporului nostru (...)”, cerința în această direcție fiind clară: „(...) să se acționeze cu cea mai mare fermitate – în spiritul legilor și reglementărilor legii – pentru combaterea și lichidarea ei”¹⁹. Hotărârea reda, totodată, preocuparea directă a lui Nicolae Ceaușescu pentru ca, în perioada următoare, natalitatea să crească „la 19-20 la mie de locuitori”, în acest sens fiind trasate „indicații și orientări” ce implicau toate instituțiile vizate, dub directa supraveghere și în coordonarea partidului-stat.

Se poate găsi o oarecare justificare a acestei abordări ideologice și nu doar ideologice, deoarece capacitatea de proiecție a puterii unui stat depinde și de numărul populației, atât în conturarea politicilor de vecinătate cât și în cadrul reprezentării statului la nivelul instituțiilor internaționale la care acesta este parte (România făcea parte din Tratatul de la Varșovia, ONU și CAER). Faptul că Ceaușescu a dorit ca România să aibă o populație numeroasă nu este un lucru condamnabil în sine, fapt la care se adăuga și proiectarea continuității în abordarea asigurărilor sociale din partea statului, în condițiile în care sistemul de pensii era asigurat de numărul de angajați contribuitori la sistemul de stat. Partea negativă a acestui plan constă în faptul că nu a fost gândit ca unul flexibil, care să țină cont de realitățile din teren și să ofere acele stimulente pentru ca această politică să fie decisă de cetățean, în principal de femeile care deveneau mame, și nu de aplicarea cu forța a unor restricții. Politicile pronataliste aplicate de regimul Ceaușescu au fost unice la nivel planetar. Inclusiv, Israelul sau Statele Unite ale Americii au avut și chiar încă au o politică cu restricții în privința avortului, deși nimeni nu ar putea contesta vreodată caracterul democratic al acestora. Astfel de decizii sunt justificate și din rațiuni de stat, însă ele țin cont și sunt flexibile existând multe excepții de la regulă, excepții ce țin cont de fiecare caz în parte, sănătatea cetățeanului fiind pe primul plan.

Decretul nr. 770/1966 a fost, în cele din urmă, modificat în 1985²⁰, când art. 2 a ajuns să prevadă șase cazuri distincte în care întreruperile de sarcină erau permise: „a) sarcina pune viața femeii într-o stare de pericol care nu poate fi înlăturat printr-un alt mijloc; b) unul din părinți suferă de o boală gravă, care se transmite ereditar, sau care determină malformațiuni congenitale grave; c) femeia însărcinată prezintă invalidități grave, fizice, psihice sau senzoriale; d) femeia este în vârstă de peste 45 de ani; e) femeia a născut patru copii și îi are în îngrijire; f) sarcina este urmarea unui viol sau a unui incest”²¹. Mai mult, acordul pentru o întrerupere de sarcină trebuia obținut de la o comisie medicală constituită în mod special pentru acest scop, iar cazurile dovedite de practicare a chiuretajelor ilegale intrau sub incidența penală a pedepsei cu

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Idem.*

²⁰ Prin „Decret al Consiliului de Stat privind modificarea articolului 2 din Decretul nr. 770/1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii”, *Buletinul Oficial al Republicii Socialiste România*, partea I, anul XXI, nr. 76, 26 decembrie 1985, p. 7, *apud* C. Bărbulescu, E. Bărbulescu, M. Croitor, Al. Onojescu (coord.), *op.cit.*, p. 582.

²¹ C. Bărbulescu, E. Bărbulescu, M. Croitor, Al. Onojescu (coord.), *op. cit.*, p. 11.

închisoarea. Politica pronatalistă a regimului comunist a cunoscut reformulări constante, un exemplu în acest sens fiind adoptarea *Decretului privind indemnizația de naștere*, în cuantum de o mie de lei neimpozabili, care „se scorda mamei pentru fiecare copil născut, începând cu cel de-al treilea copil”²².

Decretul nr. 770/1966 a însemnat o intruziune brutală a regimului lui Nicolae Ceaușescu în viața cetățenilor, aceasta afectând nu doar femeile, ci și intimitatea proprie vieții de familie. Așa cum corect s-a subliniat, „în numele principiului ideologic al egalității socialiste, această politică demografică a sfârșit prin a afecta toți cetățenii cu vârste peste 25 de ani, bărbați și femei, indiferent de statutul lor marital și/sau reproductiv. Tuturor persoanelor fără copii – inclusiv celor sterile – li se reținea un impozit lunar. Politicile demografice ce vizau reproducerea umană au constituit literalmente «corpul politic» al României, un corp – în sensul politic al sintagmei – profund abuzat de către un regim care își declara neîncetat «profunda umanitate» și grija paternalistă față de cetățeni, în contextul formării omului nou”²³.

Dar grija „paternalistă” nu s-a tradus și prin asistența medicală decentă pentru mame și pentru copiii numiți, ulterior, „decreței”: în maternități femeile așteptau și câte trei în pat ca să nască, iar nou-născuții împărțeau și ei, câte trei-patru, același pătuț. Așadar, infrastructura medicală nu a reprezentat o prioritate în încercarea de a îndeplini și chiar depăși idealul lui Ceaușescu de a conduce o țară cu o populație foarte numeroasă. Sub prioritatea centralizării și a controlului exercitate de partidul-stat pentru a pune în practică voința conducătorului său, viața privată și viața ca atare erau pur și simplu periclitate.

Concluzii

Principiul centralizării etatiste, sub conducerea directă a partidului-stat, care a stat la baza funcționării sistemului de sănătate a însemnat o formă de control asupra întregii activități medicale. Implicând o foarte riguroasă ierarhizare, așa cum rezultă din documentele normative ale epocii, e discutabil dacă sistemul a funcționat atunci când pacienții intrau în contact cu el, mai cu seamă în condițiile penuriei de resursă umană, de tehnologie și de infrastructură medicală care s-a acutizat în timp și mai cu seamă pe parcursul decadei de dinaintea schimbării de regim.

Centralizarea publică a sistemului de sănătate specifică regimului comunist a permis nu doar controlul asupra acestuia ca atare, ci și asupra vieții private și deciziilor individuale ale cetățenilor, realitate pe care am ilustrat-o prin trimitere la aberanta politică pronatalistă a regimului Ceaușescu, inițiată în 1966 și continuată cu asiduitate până în 1989. Un sistem medical hipercentralizat, dar neperformant, a girat, vreme de 23 de ani, abuzul la adresa vieții private a indivizilor și pierderea a mii de vieți omenești.

Politicile pronataliste nu sunt condamnabile în sine, ele fiind aplicat și în state cu democrații consolidate. Privind realitatea demografică din țările UE, apar o serie de întrebări: cum rămâne cu latura benefică a politicilor permissive în privința avortului și supraîncărcarea sistemului de asistență socială și de sănătate a unei populații îmbătrânite în multe dintre statele Uniunii Europene (Germania și Italia fiind cele mai afectate)? ce se întâmplă în România, unde ca urmare a scăderii drastice a natalității în anii ‘90, sistemul de pensii se apropie de colaps? Un vechi adagiu spune că „nimeni nu întinerește”, iar în anii ce vin UE va trebui să facă față acestei probleme. Vârsta medie în UE este în prezent de 39 de ani, dar până în 2050 ar putea ajunge la 49 de ani, ceea ce va însemna mai mulți pensionari și mai puține brațe de muncă. Deputații PE studiază în mod serios problema, iar Comisia pentru ocuparea forței de muncă lucrează în

²² *Ibidem*, p. 50.

²³ *Raport final al Comisiei Prezidențiale pentru Analiza Dictaturii Comuniste din România*, ed. cit., p. 509.

prezent la un raport privind demografia. Există o problemă și în plan geo-politic: dacă la începutul secolului al XIX-lea populația Europei reprezenta 15% din populația planetei, până în 2050 va reprezenta numai 5%, ca urmare a creșterii populației în alte regiuni ale lumii și a scăderii populației în Europa.

O politică pronatalistă aplicată în maniera specifică regimului totalitar nu trebuie să compromită însăși ideea de politică pronatalistă, ci să genereze ameliorări ale acesteia. Oricâte calcule și-ar face un stat, în orice regim politic, el nu are voie să-și reducă cetățenii la rolul de vietăți reproducătoare. Decizia pentru apariția copiilor trebuie să aparțină indivizilor, nu statului.

BIBLIOGRAFIE

1. Lucrări

BĂRBULESCU, Constantin, Elena BĂRBULESCU, Mihai CROITOR, Alexandru ONOJESCU (coord.), *Documente privind politica sanitară în România (1965-1989)*, Editura MEGA, Cluj-Napoca, 2010.

JINGA, Luciana M., Florin S. SOARE, Corina DOBO, Cristina Roman (coord.), *Politica pronatalistă a regimului Ceaușescu. Instituții și practici*, Institutul de Investigare a Crimelor Comunismului și Memoria Exilului Românesc, vol. I, Editura Polirom, Iași, 2011.

***, *Raport final al Comisiei Prezidențiale pentru Analiza Dictaturii Comuniste din România*, Editura Humanitas, București, 2006.

2. Legislație

„Decret privind stabilirea normelor unitare de structură pentru unitățile sanitare”, în *Buletinul Oficial al Republicii Socialiste România*, Partea I, anul IX, nr. 68, 14 mai 1973, pp. 2-5.

„Decret al Consiliului de Stat privind modificarea articolului 2 din Decretul nr. 770/1966 pentru reglementarea întreruperii cursului sarcinii”, *Buletinul Oficial al Republicii Socialiste România*, partea I, anul XXI, nr. 76, 26 decembrie 1985, p. 7.

„Hotărârea Comitetului Politic Executiv al C.C. al P.C.R. cu privire la creșterea răspunderii organelor și organizațiilor de partid, organelor de stat și cadrelor medico-sanitare în îndeplinirea politicii demografice și asigurarea unui spor corespunzător al populației”, în *Buletinul Oficial al Republicii Socialiste România*, Partea I, anul XX, nr. 18, 3 martie 1984.

„Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătății populației”, publicată în *Buletinul Oficial* nr. 53 din 10 iulie 1978, emitent Marea Adunare Națională.

„Ordinul nr. 233 din 16 iunie 1980 privind constituirea și componența comisiilor de specialiști ale Ministerului Sănătății, precum și aprobarea normelor de funcționare ale acestor comisii” (Arhiva Ministerului Sănătății, fond Ordine Ministrul Sănătății, dosar 3/1980, ff. 3-4).