

UNIVERSITATEA DIN BUCUREȘTI – FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
MASTER ÎN MANAGEMENTUL SERVICIILOR SOCIALE ȘI DE SĂNĂTATE

**PERSPECTIVE ACTUALE ASUPRA MATERNITĂȚII ÎN  
ROMÂNIA**

**Coordonator științific:** Profesor Dr. Maria Voinea

**Absolvent:** Daniela – Florentina Stavarachi (Pruteanu)

București

2005

## CUPRINS

I.	Introducere.....	2
II.	Asumarea maternității: împlinire sau risc?.....	4
III.	Perspectivă sociologică asupra natalității și fertilității în România.....	6
IV.	Aspecte legislative: protecția maternității la locurile de muncă.....	23
V.	Planificarea familială în România.....	29
VI.	Concluzii.....	42
VII.	Recomandări.....	43
VIII.	Note explicative.....	44
IX.	Anexă.....	45
X.	Bibliografie selectivă.....	46

## **PERSPECTIVE ACTUALE ASUPRA MATERNITĂȚII ÎN ROMÂNIA**

### **I. Introducere**

De ce „maternitatea în România”? În ceea ce mă privește, tema pe care am ales-o ca subiect al acestei disertații s-a legat multă vreme de stagiile de pregătire și de practică medicală, însă participarea la cursurile de master ale Facultății de Sociologie și Asistență Socială mi-a deschis și alte perspective în abordarea acestei teme, așa încât o conturare mai cuprinzătoare a reprezentat o etapă firească de evoluție.

Problematika maternității în general și a femeii însărcinate în particular este una complexă, ea reprezentând rezultatul multitudinii de factori sociali, demografici, culturali, medicali și instituționali care acționează concomitent și care exercită influențe directe sau indirecte asupra evoluției fenomenului.

Lucrarea de față își propune să analizeze câteva aspecte legate de maternitate în România, având în vedere trecerea de la politica pronatalistă a regimului comunist la cea neutralistă a perioadei de tranziție către economia de tip capitalist (vezi și Nota explicativă nr. 1). Imediat după evenimentele din 1989, cea mai importantă măsură legislativă în domeniu a fost liberalizarea avortului, fără însă ca această măsură să fie dublată de o preocupare intensă de prevenire a consecințelor acesteia. În ultimii ani, datorită scăderii dramatice a indicatorilor demografici de natalitate și fertilitate a apărut și necesitatea stimulării și sprijinirii creșterii demografice prin politici sociale, de altfel destul de timide, dar corelate cu posibilitățile economice actuale ale României. Aspecte legate de evoluția indicatorilor demografici, de inițiativele legislative și implicațiile socio – medicale ale maternității în România sunt comentate în cele ce urmează, ele constituind de altfel capitole distincte ale acestei lucrări, dar fără a avea pretenția unei abordări exhaustive a subiectului.

Fiecare capitol expune succesiv un anumit tip de perspectivă, atitudinea publică vis – à – vis de problema în cauză, precum și opinii personale, concluzii și recomandări.

În încheierea cuvântului introductiv, doresc să adresez mulțumiri celor care m-au sprijinit în realizarea acestei lucrări, profesorilor și în special doamnei Profesor Coordonator Maria Voinea, precum și personalului instituțiilor care mi-au pus la dispoziție materialele informative necesare: Institutul Național de Cercetare și Dezvoltare în Sănătate, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, Direcția de Sănătate Publică, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Rusescu”, Societatea de Educație Contraceptivă și Sexuală, Centrul de Informare al Uniunii Europene.

## II. Asumarea maternității: împlinire sau risc?

Transformările care au avut loc în România ultimelor două decenii au produs modificări la nivelul conștiinței colective în ceea ce privește asumarea maternității, rolul familiei în societate și semnificația aducerii pe lume a unui copil. Dacă în regimul comunist a avea copii era aproape o obligație, iar întemeierea unei familii presupunea obligatoriu întocmirea de acte de stare civilă, în zilele noastre sistemul acestor valori a suferit schimbări.

Pe lângă familia de tip tradițional, întemeiată în baza actelor de căsătorie, a apărut o nouă tendință spre așa – numita uniune consensuală sau „căsătoria deschisă”, un amestec între concubinaj și familia nucleară<sup>1</sup>. Vorbind despre acest tip de familie, Cristina Ștefan observă că el presupune toate drepturile și obligațiile care decurg din statutul unei familii organizate, dar urmărește explicit împlinirea și satisfacerea nevoilor de devenire a fiecăruia dintre membrii. În acest tip de conviețuire, maternitatea este văzută ca o măsură a împlinirii, o dovadă de maturitate, reprezentând de multe ori „pasul dintre a nu mai fi copil și a deveni părinte”.

Desigur, tipul dominant de familie în societatea de astăzi este cel de tip tradițional, în care rolurile sunt bine stabilite, iar dezvoltarea comportamentului social al individului parcurge etape distincte. Referindu-se la acest aspect, Maria Voinea<sup>2</sup> arată că individul stabilește în cadrul familiei primele contacte în înțelegerea noțiunilor de responsabilitate și raționalitate, primele confruntări cu situații supuse prescripțiilor, interdicțiilor, evaluărilor normelor și idealurilor grupului social larg. În acest context, devin esențiale valorile cuplului, ele fiind pentru o vreme modelul de urmat de către copil. Din acest punct de vedere, mama poate fi privită ca principalul factor care intervine în educația primară a copilului, iar asumarea acestui rol presupune o responsabilitate pentru care nu întotdeauna femeia este pregătită. Pe de altă parte intervin și aspectele de ordin financiar; decizia de a aduce pe lume un copil în contextul lipsei resurselor necesare întreținerii și îngrijirii lui optime se află „dincolo de rigorile

---

<sup>1</sup> Cristina Ștefan, *Datoria de existență. Aspecte privind maternitatea*, Editura Areafană, București, 1999, p. 34.

<sup>2</sup> Maria Voinea, *Sociologia familiei*, Universitatea București, București, 1993, p.62.

eticilor materne” și devine nefuncțională la nivelul societății în ansamblu (Cristina Ștefan, 1999: 28).

Pentru cazurile în care femeia își asumă nașterea și creșterea unui copil în pofida împotrivirii tuturor membrilor sferei relaționale a mamei, se folosește termenul de „maternitate haiducească” (Cristina Ștefan, 1999, p.16). Aceasta nu respectă regulile sociale, se impune de la sine dincolo de voințele oamenilor, iar mama nu beneficiază de sprijin emoțional sau material, uneori este alungată de acasă, frecvent copilul este nerecunoscut. Acesta este un caz tipic întâlnit în căminele de ocrotire a mamei și copilului.

Un alt caz aparte este familia monoparentală, definită din punct de vedere sociologic ca un grup social construit pe baza relațiilor de rudenie, între unul dintre părinți (părintele singur) și copilul sau copiii săi<sup>3</sup>.

Maria Voinea<sup>4</sup> observa că în România numărul copiilor născuți în afara căsătoriei a crescut de la 17% în 1990, la 23% în 1998. Desigur, această tendință se înscrie în linia generală a conceptelor moderne despre valorile familiei, multe din aceste familii rezultând în urma divorțurilor, numărul acestora fiind de asemenea în creștere. Asumarea maternității în acest caz presupune și acceptarea unor dificultăți de ordin material (existența unei singure surse de venit, dar a mai multor consumatori), a unor disfuncționalități biologice (sexualitate, restrângerea descendenței), precum și a deficiențe afective implicate de absența unui partener adult, a dragostei conjugale, frustrări apărute prin neconcordanța dintre nevoile crescute și resursele limitate (Cristina Ștefan, 2001, p.10).

Scurta prezentare a situațiilor anterioare ilustrează abordări diverse, aflate la intersecția dintre tradițional și modern, ale noțiunii de maternitate. Pe de o parte implicațiile psihologice și sociale, pe de altă parte rațiunile economice, pragmatice ale supraviețuirii, toate contribuie la conștientizarea experienței maternității între cele două extreme: împlinirea sufletească sau asumarea unui risc „haiducesc”.

<sup>3</sup> Cristina Ștefan, *Familia monoparentală*, Editura Areafană, București, 2001, p.7.

<sup>4</sup> Maria Voinea, *Familia tânără – particularități socio – demografice în perioada de tranziție*, în Zamfir Elena, Bădescu Ilie, Zamfir Cătălin (coord.), *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*, Editura Expert, București, 2000, p. 734.

### III. Perspective sociologice asupra natalității și fertilității în România

#### 1. Identificarea problemei sociale

Natalitatea și fertilitatea în România reprezintă un subiect care a suscitat un interes major atât înainte de 1989, cât și după, bineînțeles din puncte de vedere diferite. Dacă în 1966, prin interzicerea avortului s-a adoptat o politică pronatalistă<sup>5</sup>, decembrie 1989 a însemnat oarecum pentru România trecerea în cealaltă extremă, iar consecințele acestor decizii se vor resimți în continuare pe o perioadă lungă de timp. Cele două etape istorice nu pot fi însă văzute separat, deoarece a doua apare ca o reacție la ceea ce a însemnat prima. Per ansamblu ambele etape au concurat la apariția realității demografice și sociale de azi.

Natalitatea este un fenomen demografic, care exprimă, în esență, intensitatea nașterilor în cadrul unei populații privită în ansamblul său. Ea se exprimă de obicei cantitativ<sup>6</sup>, prin rata brută de natalitate, care se calculează raportând numărul de născuți vii într-o anumită perioadă la populația medie în perioada respectivă. Natalitatea și indicii asociați ei exprimă comportamentul populației în mod superficial, așa încât o mai bună acuratețe este dată de fertilitate. Rata de fertilitate generală se calculează raportând numărul de nou născuți vii la subpopulația care participă efectiv la producerea nașterilor, adică la numărul de femei de vârstă fertilă, între 15 și 49 de ani.

În literatura sociologică există studii care își propun analiza politicii reproducerii în contextul trecutului recent<sup>7</sup>, unul dintre cele mai elaborate și cu impact de până acum fiind cel al lui Gail Kligman, *Politica duplicității. Controlul reproducerii în România lui Ceaușescu*. Cazul românesc este văzut aici în același timp ca un model și o excepție al controlului statal asupra facultăților

<sup>5</sup> Reglementarea instituției avortului în România, accesibil pe Internet la adresa:

<http://www.primulpas.ro/org/avortul/legiro.html> pagini consultate în data de 11.07.2003

<sup>6</sup> Cătălin Zamfir, Lazăr Vlăsceanu, *Dicționar de sociologie urmat de indicatori demografici, economici, sociali și sociologici*, Editura Babel, București, 1993.

<sup>7</sup> Gail Kligman, *Politica duplicității. Controlul reproducerii în România lui Ceaușescu*, traducere din engleză de Marilena Dumitrescu, Editura Humanitas, București, 2000.

reproductive ale femeii plecând de la factologia oferită de regimul Ceaușescu. Potrivit concluziilor acestui studiu, interzicerea avortului, în orice fel de societate, cazul românesc fiind deci un model de la care se poate învăța, are consecințe neintenționate extrem de nefaste asupra corpului social. Criminalizarea avortului determină rezistența uneori riscantă a populației prin practicarea avortului empiric ilegal sau a “turismului pentru avort” și duce la o discriminare în plus a femeilor sărace care nu dețin mijloacele pentru o contracepție sigură în condițiile în care dreptul la întreruperea de sarcină nu le este garantat. Mai mult decât atât și în mod paradoxal, excepționala violență a politicii pronataliste a Partidului Comunist Român a condus pe termen lung la scădere demografică, mortalitate maternă, mortalitate infantilă, copii cu handicapuri severe, femei mutilate fizic și psihic, suferință morală, iresponsabilitate și abandon parental. De aceea poate, în această privință, programele sociale realizate prin colaborare și în condiții de totală respectare a dreptului femeii la controlul propriei vieți și maternități sunt de departe preferabile politicilor coercitive. Ele trebuie însă văzute și prin prisma efectelor lor perverse negative, la care voi face câteva referiri în cele ce urmează.

## **2. Natura problemei**

Ultimele decenii au adus o schimbare a modelului european în ceea ce privește natalitatea și fertilitatea, în sensul că acestea au început încet să scadă și acest proces este încă în desfășurare. România nu face nici ea excepție de la regula europeană, însă cazul României este particular, existând o demarcație clară între ceea ce a însemnat politica pronatalistă a regimului politic precedent și ceea ce democrația de după 1989 a oferit acestei țări.

Un studiu comparativ între 28 de țări europene, efectuat în 2002 arată că din ce în ce mai multe familii preferă să aibă unul sau doi copii<sup>8</sup>. Diferența dintre valorile natalității și fertilității înregistrate în România înainte de momentul 1989 și cele din cei 6-7 ani de relativă bunăstare economică de după acesta ilustrează, cred, cel mai bine diferența între dimensiunea impusă

---

<sup>8</sup> Fahey, T., Spéder, *Fertility and family issues in an enlarged Europe*, accesibil pe Internet la adresa: [www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm](http://www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm), site consultat în 22.05.2004.



politic a familiei și dimensiunea ideală, dorită la nivel individual, a acesteia. Ulterior, instabilitatea economică făcându-se puternic simțită, a influențat destul de mult comportamentul reproductiv al populației. Cred că facilitarea accesului la metode moderne de planificare familială a însemnat pentru multe familii o alternativă la situația economică precară din România. Există însă modele diferite ale atitudinii femeilor sau cuplurilor față de dreptul de decide asupra numărului de copii și a momentului apariției acestora în cadrul familiei. Pe de o parte sunt familiile care au profitat de redobândirea legală a dreptului femeii de a decide dacă și când să aibă copii<sup>9</sup>, pe de altă parte sunt cele care fie nu vor să apeleze la această libertate din diverse motive (tradiție, religie), fie au un nivel educațional sau economic redus, care nu le permite accesul la o metodă sigură de planificare familială.

Deși decizia dimensiunii reduse a familiei este luată la nivel individual, în cadrul cuplului, nivelul scăzut al natalității și fertilității își pune amprenta la nivel macrosocial, fiind un fenomen indezirabil datorită consecințelor sale mai ales în plan economic, dar și în cel social și politic. Faptul că la nivel politic au început să se ia deja măsuri de protecție a familiei, în special a mamei și copilului, de încurajare a creșterii numărului de copii dintr-o familie, evidențiază cu certitudine că această problemă a trecut din faza de latență în faza de conștientizare și de încercare a soluționării ei. Concluzionând aceste aspecte, se poate afirma că nivelul scăzut al natalității și fertilității în România reprezintă o problemă socială, de natură structurală.

### 3. Cauzele problemei

Declinul natalității și fertilității reprezintă o problemă socială cu care se confruntă în prezent majoritatea țărilor europene, ea fiind o problemă de cauză structurală, care nu poate fi oprită, ci doar încetinită<sup>10</sup>. Fertilitatea este văzută la intersecția dintre nivelul macro și nivelul microsocial. Pe de o parte la nivel macro, fertilitatea scăzută este văzută ca un aspect cu consecințe

<sup>9</sup> Coralia Carp, *Implicațiile metodelor anticoncepționale și avortului în planificarea familială*, Teză de doctorat, Facultatea de Medicină „Carol Davila”, București, 1996.

<sup>10</sup> Cătălin Zamfir, Lazăr Vlăsceanu, *Dicționar de sociologie urmat de indicatori demografici, economici, sociali și sociologici*, Editura Babel, București, 1993.

demografice negative, care se răsfrâng asupra întregului context economic și social, iar pe de altă parte, la nivel individual, trebuie respectate deciziile luate la nivelul vieții private. Alegerea de a apela la planificarea familială trebuie respectată, indiferent de consecințele ei la nivel macrosocial. Iar pentru România, respectarea dreptului la viața privată reprezintă un subiect delicat, deoarece memoria colectivă păstrează amprenta unui regim comunist destructurant la nivel individual<sup>11</sup>.

Declinul modelului familial de fertilitate înaltă apare ca o consecință a interacțiunii complexe între mai mulți factori. Pe de o parte se identifică anumite cauze externe femeii sau cuplului (cauzele de natură economică), pe de altă parte există și cauze interne, care țin de caracteristici individuale (mentalități, educație, tradiții).

#### a) *Cauze externe*

Din punct de vedere al cauzelor de natură economică, discuția legată de relația între natalitate / fertilitate și factorul economic implică mai multe aspecte; se identifică astfel trei categorii de cupluri, la nivelul cărora se pot lua trei tipuri de decizii referitoare atitudinea față de problema fertilității. Deși referirile de mai jos sunt legate în special de cupluri, deoarece în majoritatea cazurilor o astfel de decizie se ia la nivelul unui cuplu, ele sunt valabile și în cazul femeilor care decid singure asupra acestei probleme. Pentru cuplurile care au un nivel al veniturilor foarte mare, nu se pune problema unei *constrângeri economice* care afectează negativ decizia de a avea un anumit număr de copii, ci mai degrabă a unui *model cultural* în vogă, legat strict de rațiuni de eficiență economică și de implicații juridice pe termen lung în relație directă cu averea acumulată. Pentru cuplurile care au un nivel mediu al veniturilor, factorul economic le *restricționează* posibilitatea de a avea un număr mai mare de copii, chiar dacă și-ar dori aceasta. La această categorie apare un puternic conflict între aspirații și posibilități, de natură să creeze insatisfacție și tensiuni în cadrul familiei<sup>12</sup>. O ultimă categorie de cupluri este

---

<sup>11</sup> Petre, Zoe, „Promovarea femeii sau despre destructurarea sexului feminin”, în Lucian Boia (sub direcția), *Miturile comunismului românesc*, Editura Nemira, București, 1998.

<sup>12</sup> Fahey, T., Spéder, *Fertility and family issues in an enlarged Europe*, accesibil pe Internet la adresa: [www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm](http://www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm), site consultat în 22.05.2004.

reprezentată de cele cu venituri foarte mici, la care se observă un fenomen invers, de creștere a fertilității, fenomen care este doar aparent paradoxal. Fiind în imposibilitatea de a-și satisface un minim necesar de nevoi, de obicei aceasta asociindu-se și cu un grad scăzut de educație, aceste cupluri au și un acces limitat la mijloacele de planificare familială, intrând astfel într-un cerc vicios. La această ultimă categorie se întâlnește cel mai slab control asupra propriilor acțiuni. Iată deci, că factorul economic poate sta la baza unor decizii individuale total diferite, dar al căror ansamblu este unitar, reflectând nivelurile în scădere ale natalității și fertilității.

În afara cauzelor de natură economică, nu sunt de neglijat nici presiunile socio-politice care se fac asupra femeii în zilele noastre, pentru ca aceasta să aibă pe lângă viața de familie și o carieră profesională. De altfel, aceasta pare să fie un vestigiu cultural al epocii comuniste, în care femeia trebuia să își păstreze atât funcția reproductivă, cât și pe cea productivă<sup>13</sup>. Pentru unele femei însă, aceasta nu constituie o presiune externă, ci o aspirație în viață, fapt care poate să declanșeze conflicte interne și un efort suplimentar de a se realiza pe ambele planuri.

#### *b) Cauze interne, individuale*

Dintre cauzele care țin de individ, se pare că cea mai importantă este educația (raportul Fundației Europene, 2004). De nivelul de educație depinde foarte mult atitudinea femeii vis – à – vis de numărul de copii pe care și-i dorește sau pe care îi poate avea, iar controlul asupra comportamentului de reproducere este cu atât mai riguros cu cât nivelul de educație este mai ridicat.

Există și familii care urmează un model de fertilitate ridicată, fiind influențate puternic de anumite valori culturale, tradiționale sau religioase, dar contribuția lor la numărul de nașteri este nesemnificativă per ansamblu. Mai mult chiar, dintre aceste familii cu fertilitate ridicată de multe ori se selectează familiile cu dificultăți financiare, generatoare de alte probleme sociale. Un caz particular este cel al familiilor de rromi, o analiză mai largă a acestui subiect fiind expusă în capitolul „Planificarea familială în România”.

---

<sup>13</sup> Massino, Jill, „Anonimatul femeii în estetica României ceaușiste”, în Alin Ciupală (editor), *Despre femei și istoria lor în România*, Editura Universității din București, București, 2004.

#### 4. Incidența problemei

Nivelul scăzut de natalitate și fertilitate nu este o caracteristică particulară a României. Statisticile arată că în general și celelalte țări europene se confruntă cu aceeași problemă. Faptul că acest complex de factori de care am amintit anterior acționează asupra evoluției indicatorilor demografici este o realitate, reflectată și în concluziile studiului Eurobarometer, din 2002, publicat în raportul Fundației Europene<sup>14</sup> în 2004. Acesta face o analiză comparativă între 28 de țări europene în ceea ce privește dimensiunile familiei, actuale și ideale, cauzele care au determinat apariția acestui fenomen, impactul asupra satisfacției personale, împărțirea responsabilităților în cadrul familiei, precum și măsurile politice de soluționare a problemei. A fost aplicat un chestionar femeilor cu vârsta cuprinsă între 40 și 64 de ani, acest segment de populație fiind considerat ca având fertilitatea încheiată și dimensiunile familiei fiind oarecum stabile. Din cele 232 de femei din România care au fost intervievate, 7,6% nu aveau copii, 75,8% aveau unul sau doi copii, restul de 16,7% având trei sau mai mulți copii, cu o valoare medie de 1,89 copii pe familie. Se observă astfel tendința clară de reducere a dimensiunii familiei prin scăderea numărului de copii, numărul optim fiind considerat de 1 sau maxim 2. Dacă facem o comparație cu datele recensământului populației din 1992, observăm că se păstrează linia generală de comportament al reproducerii. Astfel, în 1992, 1% din familii nu aveau copii, 81,2 % aveau 1 sau 2 copii, 17, 8% aveau 3 sau mai mulți copii. Față de aceste date, se observă o ușoară tendință de creștere a numărului de familii care nu au copii, în defavoarea procentului de familii cu unul sau doi copii, valorile rămânând destul de apropiate în ceea ce privește procentul de familii cu trei sau mai mulți copii.

Putem astfel concluziona că acest fenomen este unul generalizat, manifestându-se atât la nivel național, dar încadrându-se într-un cadru mult mai amplu, la nivel european.

---

<sup>14</sup> Fahey, T., Spéder, *Fertility and family issues in an enlarged Europe*, accesibil pe Internet la adresa: [www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm](http://www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm), site consultat în 22.05.2004.

## 5. Dinamica problemei sociale

Trecerea de la modelul familial cu fertilitate ridicată la cel cu fertilitate scăzută s-a făcut treptat, primele semne ale acestui declin în România, apărând după perioada interbelică. Studii<sup>15</sup> care s-au făcut referitor la acest aspect arată că „familia românească și-a redus continuu mărimea: conform recensămintelor, dacă în 1966 mărimea medie era 3,2 persoane, în 1977 - 3,16, în 1992 - 3,07. Acestea sunt valori mult mai mici decât cele interbelice”, iar acest lucru s-a produs prin scăderea numărului de copii ai familiei și nu prin trecerea de la familia extinsă la cea nucleară (Ghebrea, Georgeta). Dacă în perioada comunistă, controlul femeii asupra numărului de nașteri era puțin probabil, în vestita „epocă de aur” practicându-se „violul de partid și de stat” (Zoe Petre)<sup>16</sup>, în perioada de după 1989 se produce o scădere destul de abruptă a natalității și fertilității. Dacă, de pildă în 1986 rata fertilității era de 68,2‰ (Pop, Luana - Miruna)<sup>17</sup>, în perioada 1991-2002, statisticile Centrului de calcul, statistică sanitară și documentare medicală, furnizează datele prezentate în cele ce urmează.

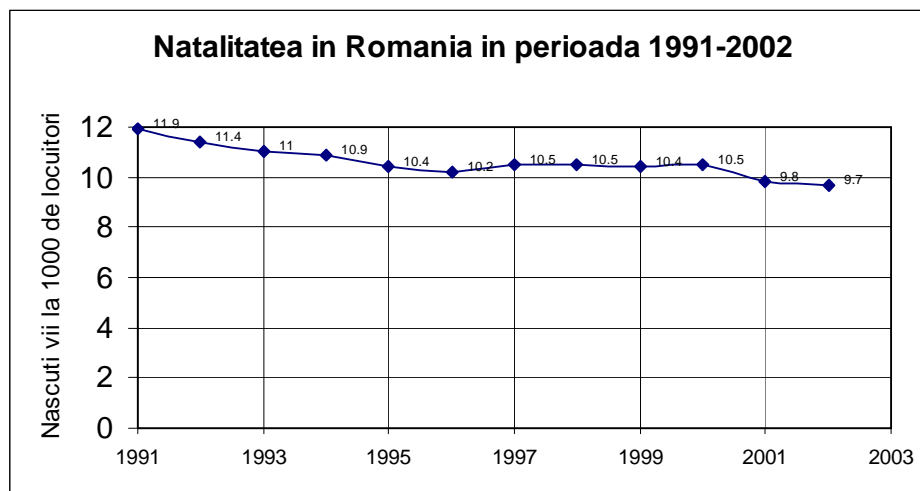
Natalitatea, de la 11, 9‰ în 1991, scade îngrijorător, atingând în 2002 valoarea minimă a perioadei analizate; indicele coboară, ca și în 2001 sub 10‰ (9,7‰). În anul 2002 continuă perioada de ușor regres, după perioada de reviriment din anii 1996-2000, când natalitatea a atins 10,4‰ – 10,5‰. Cele mai probabile cauze ale acestei evoluții sunt liberalizarea avorturilor și accesul la metodele moderne de planificare familială, degradarea continuă a nivelului de trai și dificultățile întâmpinate de tineri în formarea unei familii. În raport cu ariile geografice, se remarcă o heterogenitate a valorilor natalității. Astfel, în 2002, acestea variază de la un minim de 7,6‰ înregistrat în București, la 13,3‰, înregistrat în județul Vaslui. Partea de N-E a României

<sup>15</sup> Georgeta Ghebrea, *Regim social-politic și viață privată*, disponibil pe Internet la adresa: [www.unibuc.ro/eBooks/StiintePOL/ralu/1-2-2.htm](http://www.unibuc.ro/eBooks/StiintePOL/ralu/1-2-2.htm), site consultat în mai 2004.

<sup>16</sup> Zoe Petre, „Promovarea femeii sau despre destructurarea sexului feminin”, în Lucian Boia (sub direcția), *Miturile comunismului românesc*, Editura Nemira, București, 1998, p. 267.

<sup>17</sup> Luana - Miruna Pop (coordonator), *Dicționar de politici sociale*, Editura Expert, București, 2002.

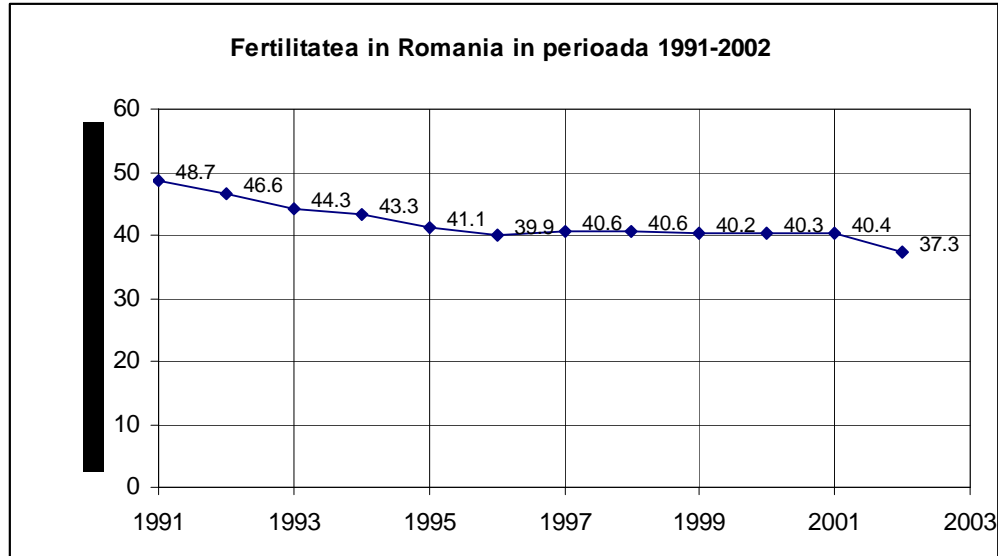
are populație cu natalitate ridicată, în timp ce partea de sud a țării este marcată de natalitate foarte scăzută.



Sursa: Centrul de calcul, statistică sanitară și documentare medicală<sup>18</sup>

În ceea ce privește fertilitatea feminină în România în perioada analizată (1991-2002), aceasta scade și ea constant, de la 48,7‰ în 1991 la 39,9‰ în 1996, după care se înregistrează o ușoară creștere fără însă a atinge valorile anterioare anului 1989, urmată din nou de o scădere până la 37,3‰ în 2002.

<sup>18</sup> Mihaela Antal, *Evoluția principalilor indicatori demografici în România în perioada 1991-2002*, Centrul de calcul, statistică sanitară și documentare medicală, București, 2003.



Sursa: Centrul de calcul, statistică sanitară și documentare medicală<sup>19</sup>

## 6. Consecințele problemei sociale

Adoptarea modelului fertilității scăzute este și va continua să fie o sursă continuă de diverse probleme, care se reflectă în cele două nivele pe care se structurează discuția, atât cel individual, dar mai ales la nivel social (micro și macrosocial).

La nivel individual, problemele apar în familiile cu mulți copii, la care sărăcirea este un deznodământ aproape sigur. Creșterea numărului de copii abandonati este tot o consecință nefastă a acestui comportament, abandonul reprezentând el însuși sursă de alte probleme sociale. Există și cazuri în care femeia aflată în dificultate recurge la soluții extreme cum ar fi avortul empiric, încă practicat, din păcate, sau, și mai grav, la pruncucidere. Exceptând ultimul caz, în care avem de a face cu o faptă penală, avortul empiric conduce la creșterea mortalității materne, indicator care arată pe de o parte nivelul socio-economic redus, iar pe de altă parte, grave lacune de educație sanitară a populației. Tot la nivel individual pot să apară și probleme de altă natură, în cadrul cuplurilor care, deși au mai puțini copii, au un ideal mai mare de fertilitate. Aici problemele sunt de ordin psihologic, pe de o parte creându-se

<sup>19</sup> Mihaela Antal, *Evoluția principalilor indicatori demografici în România în perioada 1991-2002*, Centrul de calcul, statistică sanitară și documentare medicală, București, 2003.

tensiuni și insatisfacții în cadrul cuplului, pe de altă parte poate apare o deficiență de socializare a copilului unic<sup>20</sup>.

La nivel macrosocial, putem vorbi despre două aspecte: consecințele în plan național și cele pe plan european. După cum arată statisticile, există această heterogenitate a nivelului de natalitate și fertilitate pe diferite zone geografice ale României. În conformitate cu raportul *Aspecte privind dezvoltarea, populația și sănătatea reproducerii la nivel național*<sup>21</sup>, publicat în 2003, polarizarea natalității ridicate în nord-estul României și a îmbătrânirii populației mai accentuată în sud, conduce la o rată de dependență demografică extrem de mare în ambele zone. Acest fapt, corelat cu resursele financiare limitate din pensii și salarii, concentrate în special în urban, conduce la probleme sociale majore în Moldova și Muntenia, comparativ cu București, Ilfov, Transilvania, Banat și Dobrogea. La aceste zone clar delimitate ca zone cu cele mai mari probleme de populație și dezvoltare se adaugă zone restrânse din centrul Transilvaniei, unde, probabil datorită condițiilor mai grele din Apuseni dar și unei tradiții de migrație externă, populația este destul de îmbătrânită demografic, iar acest fenomen de îmbătrânire se va accentua lent după 2005, când generațiile mici, născute după 1990, vor intra în categoria 15-59 de ani (populația activă). Pentru evitarea apariției unor confuzii, este necesară explicația termenilor folosiți: rata de dependență demografică reprezintă numărul de tineri și vârstnici care se află sub sau peste limita de vârstă aptă de muncă raportat la 100 sau la 1.000 de persoane în vârstă aptă de muncă<sup>22</sup>.

Celălalt aspect privește consecințele asupra integrării europene. Dat fiind nivelul scăzut al fertilității în România, dar la un nivel comparabil cu multe țări europene, integrarea României în Uniunea Europeană nu ar produce o modificare semnificativă a ratei totale a fertilității. Această observație apare în

---

<sup>20</sup> Georgeta Ghebreă, *Regim social-politic și viață privată*, disponibil pe Internet la adresa: [www.unibuc.ro/eBooks/StiintePOL/ralu/1-2-2.htm](http://www.unibuc.ro/eBooks/StiintePOL/ralu/1-2-2.htm), site consultat în mai 2004.

<sup>21</sup> Marian Preda (coordonator), *Aspecte privind dezvoltarea, populația și sănătatea reproducerii la nivel național și studii de caz*, UNFPA, București, 2003.

<sup>22</sup> Luana - Miruna Pop (coordonator), *Dicționar de politici sociale*, Editura Expert, București, 2002.



contextul în care Europa lărgită își analizează perspectivele economice pe plan mondial, dar mai ales față de SUA (Fahey, Spéder, 2004).

### **7. Atitudinea publică față de problema socială**

În condițiile în care nivelul socio-economic redus din țara noastră influențează în mare măsură comportamentul reproductiv al populației, necesitatea unor politici sociale care să vină în sprijinul familiei a fost pe deplin resimțită. Au fost luate măsuri legislative de protecție a maternității la locul de muncă<sup>23</sup>, de acordare a unor indemnizații pentru creșterea și îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani sau în cazul copilului cu handicap, până la 3 ani, precum și de acordare a concediului de maternitate sau de paternitate, respectându-se astfel alegerea fiecărei familii în ceea ce privește împărțirea responsabilităților față de copil. Aceste măsuri de susținere au stârnit reacții diverse din partea populației. Totuși, studiul publicat de Fundația Europeană în 2004, relevă faptul că politicile sociale cu cea mai mare popularitate în România vizează acordarea concediului plătit de îngrijire pentru copil, a alocației de stat pentru copii și asigurarea gratuității educației minime obligatorii a copilului. Cele mai recente dezbateri privitor la aceste măsuri s-au purtat pe tema modificării legii 19/2000, referitoare la acordarea pensiilor și altor drepturi de asigurări sociale, prin aprobarea OUG nr. 9/2003. Au fost declanșate chiar și manifestări de protest<sup>24</sup> desfășurate în București, la sfârșitul anului 2003, manifestări care au fost organizate de Asociația Femeilor din România, iar principalele nemulțumiri exprimate vis – à - vis de adoptarea acestei OUG au fost: mărirea duratei de contribuție la sistemul asigurărilor sociale și de sănătate de la 6 luni la 10 luni anterioare nașterii copilului, discriminarea femeilor din mediul rural, deoarece persoanele care desfășoară activități agricole nu erau menționate la asigurările sociale și plafonarea superioară a cuantumului indemnizației la 85 % din salariul mediu brut prognozat anual prin legea bugetului asigurărilor sociale de stat (pentru

---

<sup>23</sup> Legea nr. 25 din 5 martie 2004 pentru aprobarea ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă în *Monitorul Oficial* nr. 214 din 11 martie 2004.

<sup>24</sup> Știri, *Marș de protest împotriva OUG nr. 9 / 2003*, accesibil la adresa: <http://www.parinti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=167>, vizitată în iunie 2004.

anul 2004 salariul mediu brut a fost stabilit la 7.682.000 lei, ceea ce înseamnă că indemnizația lunară de creștere a copilului este de 6.529.700 lei). Această ultimă nemulțumire este explicată printr-un dublu dezavantaj: pentru femeile care obțin venituri mai mici decât salariul mediu pe economie se creează o dependență față de sistemul asigurărilor sociale, la sfârșitul perioadei de activitate a acestei ordonanțe existând pericolul abandonului, iar pentru femeile care obțin venituri peste nivelul salariului mediu pe economie, această măsură reprezintă clar un dezavantaj, ele urmând să primească o indemnizație mai mică decât 85 % din venitul lor și deci neproportional cu sumele vărsate la bugetul asigurărilor sociale. Pe de altă parte, măsura are un caracter politic populist, nefiind cert un rezultat pozitiv în sensul stimulării natalității. În plus, faptul că multe persoane au un nivel de salarizare mai mic decât cuantumul acestei indemnizații, produce și un efect pervers negativ, încurajând femeile să părăsească locul de muncă pe întreaga perioadă de 2 ani de zile ai concediului, cu toate consecințele ce decurg de aici (deprofesionalizare, reinserție deficitară, privarea de socializare, etc.).

Cu toate acestea, nevoia de redresare a indicatorilor demografici devine o problemă din ce în ce mai acută, iar semnalele de alarmă au început să se facă auzite. Unul dintre acestea este și studiul "*Anul 2050: Va ajunge populația României la mai puțin de 16 milioane de locuitori?*", a cărui autor este Profesor Vasile Ghețău, studiul fiind elaborat sub egida Centrului de Cercetări Demografice Vladimir Trebici din cadrul Institutului Național de Cercetări Economice - Academia Română și a UNFPA (Fondul Națiunilor Unite pentru Populație) și a fost lansat în 24 octombrie 2004, la București<sup>25</sup>. Studiul atrage atenția asupra riscului de prăbușire a indicatorilor de fertilitate și durată medie de viață, valori care au început să scadă din 1989, iar continuarea declinului ar duce la o scădere dramatică a populației, astfel încât România ar avea o populație de 14 milioane de locuitori în 2050. "Creșterea fertilității nu este o opțiune, este condiția indispensabilă pentru redresarea situației demografice actuale și pentru împiedicarea depopulării masive a țării", a menționat Profesorul Vasile Ghețău cu ocazia lansării acestui studiu.

---

<sup>25</sup> Studiu populație, *Noutăți*, accesibil la adresa: <http://www.unfpa.ro/noutati/studiupop>, site consultat în decembrie 2004.

### 8. Niveluri de teoretizare ale problemei sociale

Dintre cele trei mari categorii de analiză teoretică<sup>26</sup> – interacționismul simbolic, funcționalismul și teoria conflictului – cea care explică cel mai bine problema scăderii natalității și fertilității este cea a funcționalismului. Din această perspectivă, societatea este alcătuită din segmente care interacționează, fiind în relație de interdependență, iar de buna funcționare a fiecărui segment depinde funcționarea întregului sistem. Astfel, aplicând această teorie la problema ratelor scăzute de natalitate și fertilitate, putem afirma că segmentele care pun în funcție sistemul sunt reprezentate de familii sau de cupluri, care la un moment dat al vieții lor hotărăsc sau nu să aibă copii, contribuind astfel la funcția reproductivă, funcție de bază în cadrul societății. În momentul în care foarte multe din aceste cupluri adoptă un model nou, și anume acela al fertilității joase, acest lucru se va răsfrânge asupra întregului sistem, iar ceea ce inițial părea un fenomen izolat, devine regulă în cadrul sistemului. Altfel spus, se trece de la faza latentă în *faza de conștientizare* a problemei respective. Faptul că ratele de natalitate și fertilitate au început de mult să scadă, iar acest proces este încă în desfășurare, sugerează că acest lucru a apărut ca o soluție la o necesitate prezentă în societate. Astfel, în momentul în care s-a conștientizat faptul că familiile cu mulți copii întâmpină multe dificultăți în creșterea și educația acestor copii, iar acest lucru judecat în termeni de cost și eficacitate nu mai este rentabil, soluția adoptată de noile generații de cupluri a fost aceea de a opta pentru modelul fertilității scăzute, indiferent de consecințele acestei acțiuni individuale asupra societății ca ansamblu. La nivel de societate însă, acest comportament a început deja să producă unele disfuncționalități, legate de îmbătrânirea demografică a populației, de perturbarea pieței de muncă și a puterii economice a unor anumite zone geografice și altele, mai puțin evidente, ele fiind în perioada de latență și urmând probabil să treacă în faza de conștientizare, dacă soluțiile propuse nu vor fi eficiente.

Un alt nivel de teoretizare ar fi cel din perspectiva feminismului (vezi și Nota explicativă nr. 3). Unii analiști consideră că această mișcare care a

---

<sup>26</sup> H. A. Widdison, (editor), *Social Problems 1997 / 1998*, Dushkin / McGraw Hill, Guilford.

contribuit la emanciparea femeii a produs și anumite presiuni suplimentare, multe femei confruntându-se cu problema armonizării vieții de familie cu cea profesională. Din acest punct de vedere, la nivel individual ar putea apărea conflicte psihologice între presiunile sociale de a-și construi o carieră profesională, eventual de succes, și obligația morală de a fi mamă<sup>27</sup>.

### 9. Factori facilitatori și inhibitori ai problemei

Fertilitatea este fenomenul demografic cel mai intens studiat, deoarece el surprinde elementul cel mai dinamic al mișcării populației, și anume nașterile. Referitor la factorii care influențează scăderea fertilității, Zamfir<sup>28</sup> identifică factorii macrosociale care au făcut ca o descendență numeroasă să nu mai fie necesară și profitabilă nici la nivel individual, nici la nivel de societate, conștientizarea faptului că familiile pot să-și controleze fertilitatea, îndepărtarea opreliștilor de natură religioasă, juridică sau morală care se aflau în fața acestui control, perfecționarea mijloacelor de planificare familială. Studii mai recente arată că principalii factori care favorizează scăderea fertilității sunt motivele economice, mediul de instabilitate economică, presiunile sociale și politice care se fac asupra femeilor pentru ca ele să aibă și o carieră profesională, conflictul între proiectele pe termen lung și cele pe termen scurt ale fiecărei familii. Aparent paradoxal, tot factorii economici pot acționa și ca factori facilitatori ai creșterii fertilității în unele situații. Lipsa mijloacelor materiale poate de asemenea să conducă la limitarea accesului la o metodă sigură de planificare familială, ceea ce evident duce la creșterea mai mult sau mai puțin dorită a numărului de membri ai familiei.

Pe lângă rațiunile economice, care apar ca presiuni externe exercitate asupra familiei, există și o altă categorie de factori care poate influența rata fertilității, și anume deciziile cuplurilor cu doi copii de a mai avea încă unul sau doi copii. Se pare că un comportament orientat în această direcție

---

<sup>27</sup> Fahey, T., Spéder, *Fertility and family issues in an enlarged Europe*, accesibil pe Internet la adresa: [www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm](http://www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm), site consultat în 22.05.2004.

<sup>28</sup> Cătălin Zamfir, Lazăr Vlăsceanu, *Dicționar de sociologie urmat de indicatori demografici, economici, sociali și sociologici*, Editura Babel, București, 1993.

influențează destul de mult rata de fertilitate, față de decizia unor cupluri de a nu avea deloc copii, proporția acestora din urmă fiind destul de mică.

S-a remarcat și faptul că factori precum vârsta medie la prima naștere sau proporția de femei care decid să își crească singure copiii nu au o influență semnificativă asupra acestei probleme.

#### **10. Tipuri de soluții, măsuri de prevenire și tratare și modalități de implementare a acestora**

O problemă de tipul celei aflate în discuție este foarte greu de soluționat având în vedere multitudinea de factori care contribuie la apariția ei, factori care nu sunt ușor de controlat. După cum aminteam, pe lângă factorii economici, care de multe ori dictează regula jocului, mai există și acea dilemă referitoare la stabilirea unui echilibru între nevoile care apar la nivel de societate și cele care apar la nivel de individ. Este corect să se adopte soluții pronataliste impuse prin voință politică sau este necesar să se respecte dreptul la viața privată și libertatea individului de a decide? Experiența pe care o are România în ceea ce privește politica pronatalistă este suficientă pentru ca ea să nu mai poată reprezenta o soluție viabilă în contextul actualului regim democratic.

Din acest motiv, politicile de susținere a familiei sau cuplului în general, și a femeilor în special, ar trebui să reprezinte o soluție care să aducă un echilibru între cele două direcții. Măsuri de creșterea nivelului de trai, a nivelului economic și a calității vieții sunt de natură să influențeze pozitiv, atât direct cât și indirect, comportamentul demografic al populației.

C. Zamfir<sup>29</sup> arată că deși declinul modelului familial de fertilitate înaltă este o problemă care nu dispare, dar care poate fi controlată, scăderea populației poate fi contracarată prin scăderea mortalității sau prin creșterea migrației.

Pe lângă acestea, politici sociale de tipul acordării concediului plătit de maternitate, a alocațiilor pentru copii, a sprijinirii familiilor în educarea copiilor, a asigurării accesului populației la îngrijiri primare de sănătate ar trebui să

<sup>29</sup> Cătălin Zamfir, Lazăr Vlăsceanu, *Dicționar de sociologie urmat de indicatori demografici, economici, sociali și sociologici*, Editura Babel, București, 1993, p.454.

constituie o prioritate. În același timp, statul nu trebuie să creeze dependență față de sistemul asigurărilor sociale, mai ales într-o țară ca România, unde este adânc înrădăcinată ideea că statul are obligația să ofere în mod *continuu și gratuit* soluții la orice problemă, chiar dacă aceasta nu privește societatea în ansamblu. Acordarea unui concediu de maternitate de 2 ani de zile, cu o indemnizație mare comparativ cu nivelul veniturilor în România, pare mai degrabă o măsură de acest tip, generatoare de dependență. Faptul că aceste indemnizații nu se plătesc de la bugetul de stat, ci din fondul asigurărilor sociale și de sănătate, poate deveni și aceasta o problemă cu implicații în alte domenii (creează impas în acordarea de pensii, șomaj și alte drepturi sociale care se acordă tot din acest fond).

Probabil că o măsură potrivită ar fi ca acordarea celui de-al doilea an de concediu de maternitate să fie condiționat de participarea la un proces educativ de genul cursurilor de perfecționare, de reciclare, astfel încât femeia scoasă din mediul ei de activitate să nu fie pusă în situația unei reinsertii profesionale și sociale greu sau imposibil de realizat la sfârșitul celor doi ani de absență din viața profesională.

După cum am mai afirmat, factorul care trebuie controlat cel mai bine este cel economic, deoarece el influențează cel mai mult toți ceilalți factori implicați. Creșterea economică, a nivelului de trai și a calității vieții vor aduce cu siguranță o îmbunătățire a sănătății populației, sănătatea femeii și a copilului reprezentând componente fundamentale pentru dezvoltarea umană. Un comportament sexual și reproductiv sănătos are un impact semnificativ asupra sănătății generațiilor următoare. Deși începând cu anul 1989, rata mortalității materne a scăzut foarte mult, ajungând de la 170 de decese materne / 100.000 nașteri cu făt viu în 1989 la 22 decese materne / 100.000 nașteri cu făt viu în 2002, acest indicator are încă o valoare ridicată<sup>30</sup>, ceea ce denotă că măsuri în acest domeniu ar mai fi necesare și ar avea impact semnificativ asupra scăderii acestor valori.

Măsurile care privesc în special sănătatea femeii ar trebui să se orienteze și spre politici de susținere a modernizării serviciilor de sănătate

---

<sup>30</sup> Marian Preda (coordonator), *Aspecte privind dezvoltarea, populația și sănătatea reproducerii la nivel național și studii de caz*, UNFPA, București, 2003.

maternă, a intervențiilor prenatale bazate pe cost și eficacitate, a modernizării practicilor utilizate la naștere, promovării alimentației naturale a sugarului, testării confidențiale și consilierii pentru bolile cu transmitere sexuală și tratarea acestora, serviciilor de medicină preventivă<sup>31</sup>.

Nu trebuie neglijat nici faptul că există și zone cu familii care au în continuare un model de fertilitate foarte ridicat, iar aceasta contribuie mai degrabă la apariția unor alte probleme sociale. Pentru aceste cazuri, oricât de paradoxal ar părea, trebuie luate măsuri de ordin educativ și sanitar de scădere a natalității și fertilității. Acestea trebuie să vizeze implementarea unor programe de educație sexuală și de planificare familială, prin implicarea activă a autorităților centrale și locale din domeniul serviciilor de sănătate, a ONG locale și încurajarea parteneriatului public - privat. Este important ca metodele de planificare familială predominante să fie cele moderne, cunoscut fiind faptul că pentru o perioadă foarte lungă de timp avortul a constituit singura sau cea mai importantă metodă de eliminare a unei sarcini nedorite. Riscul pentru aceste zone este ca, prin lipsa unor măsuri adecvate, să crească mortalitatea maternă prin avort (provocat empiric) sau mortalitatea infantilă, prin neacordarea unor îngrijiri adecvate copiilor, probleme care sunt departe de a contribui la atingerea obiectivului propus.

Concluzionând, este evident faptul că cel puțin în cazul României, se simte nevoia aplicării unor politici sociale mai ferme de susținere a familiei, de stimulare a creșterii nivelului economic și a calității vieții, politici care să nu fie de natură să creeze dependență față de sistemul de asigurări sociale, ci care să implice activ individul în rezolvarea propriilor probleme.

---

<sup>31</sup> Dan Enăchescu, *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei centrale și de răsărit*, Editura Infomedica, 1998.

#### **IV. Aspecte legislative: protecția maternității la locurile de muncă**

Trecerea de la regimul de tip socialist la cel de tip capitalist în România a adus multe schimbări, iar perioada de tranziție între cele două regimuri se caracterizează prin tatonări, succese și eșecuri, toate de natură să genereze instabilitate politică și economică. În aceste condiții și sistemul legislativ întâmpină probleme în realizarea reformei, însă tendința de a se alinia standardelor europene este evidentă, chiar dacă ritmul în care se desfășoară activitatea își pune amprenta asupra realizării acestor obiective, de altfel bine intenționate.

În vederea îndeplinirii obligațiilor asumate prin Documentul de poziție pentru negocierea aderării României la Uniunea Europeană, în cadrul Capitolului 13 – *Politica socială și ocuparea forței de muncă*, a fost realizată reglementarea legislativă privind protecția maternității la locurile de muncă, materializată prin ordonanța de urgență nr. 96 din 2003<sup>32</sup>, și aprobată cu modificări și completări prin legea nr. 25 din 5 martie 2004<sup>33</sup>.

Ordonanța nr. 96 din 2003 reglementează măsurile de protecție socială pentru salariate gravide și mame, lăuze sau care alăptează, de cetățenie română ori a unui stat membru al Uniunii Europene și din Spațiul Economic European, care au raporturi de muncă sau raporturi de serviciu cu un angajator, precum și pentru cetățeni ai altor state și apatrizi, care au, conform legii, domiciliul sau reședința în România, dacă fac parte din categoriile de salariate menționate anterior.

Ordonanța definește termenii de protecția maternității, locul de muncă, salariața gravidă, salariața care a născut recent, salariața care alăptează, dispensa pentru consultații prenatale, concediul postnatal obligatoriu și concediul de risc maternal.

---

<sup>32</sup> *Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă*, publicată în *Monitorul Oficial* nr. 750 din 27.10.2003.

<sup>33</sup> *Legea nr. 25 din 5 martie 2004 pentru aprobarea ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă*, publicată în *Monitorul Oficial* nr. 214 din 11 martie 2004.



Actul normativ stabilește obligațiile reciproce pe care trebuie să le îndeplinească angajatorul și salariații care solicită măsuri de protecție a sănătății sale, a fătului sau a copilului său, precum și sancțiuni pentru persoanele vinovate de încălcarea prevederilor acestui act normativ.

În cele ce urmează voi prezenta pe scurt conținutul acestui act normativ. Prin prevederile stipulate în această ordonanță, angajatorul este obligat să prevină expunerea salariatelor care sunt gravide, care au născut recent sau care alăptează la riscuri ce le pot afecta sănătatea și securitatea, să nu constrângă aceste categorii de salariați să efectueze o muncă dăunătoare sănătății sau stării lor de graviditate ori copilului nou-născut, după caz, să efectueze anual o evaluare riscurilor specifice de expunere la agenți, procedee și condiții de muncă pentru categoriile de salariați menționate. Această evaluare trebuie realizată împreună cu medicul de medicina muncii și cu reprezentanți ai inspectoratului teritorial de muncă pe a cărui rază își desfășoară activitatea, iar rezultatele evaluării să fie aduse la cunoștință sindicatului sau reprezentanților salariaților în decurs de 5 zile de la realizarea raportului. În condițiile în care salariații gravide, care au născut recent sau care alăptează își desfășoară activitatea în condiții de risc pentru sănătatea ei sau a fătului / copilului, angajatorul are obligația să modifice condițiile sau orarul de muncă, să o repartizeze în alt loc de muncă fără riscuri, cu menținerea veniturilor salariale, iar dacă aceste variante nu pot constitui o alternativă, situația trebuie rezolvată prin acordarea concediului de risc maternal, de maxim 120 de zile, cu plata indemnizației de risc maternal din bugetul asigurărilor sociale de stat. De asemenea, angajatorul este obligat la păstrarea confidențialității vis – à - vis de starea de graviditate a salariații care anunță în scris aceasta, pe perioada în care sarcina nu este evidentă. Salariații gravide au dreptul la o dispensă pentru consultații prenatale, în limita a maximum 16 ore pe lună, dacă investigațiile se pot efectua numai în timpul programului de lucru, fără diminuarea drepturilor salariale. În cazul salariatelor care alăptează, angajatorul are obligația de a le acorda două pauze pentru alăptat, de câte o oră fiecare, timp în care este inclusă deplasarea dus-întors de la locul de muncă la locul în care se află copilul, iar la cererea salariații aceste pauze pot fi înlocuite cu scurtarea programului de lucru cu două ore, fără afectarea drepturilor salariale. Angajatorul nu are

dreptul de a obliga aceste salariate la efectuarea de ore de muncă pe timp de noapte. Pentru încălcarea prevederilor acestei ordonanțe de urgență au fost stabilite amenzi contravenționale, între 25.000.000 lei și 100.000.000 lei, iar constatarea acestor contravenții și aplicarea amenzilor corespunzătoare se fac, după caz, de către reprezentanți ai inspectoratelor teritoriale de muncă sau ai Agenției Naționale a Funcționarilor Publici, personalul împuternicit al caselor județene de pensii și ai casei de pensii a municipiului București, precum și de către personalul împuternicit al direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București.

Actul normativ mai conține și două anexe, lista minimală a agenților, procedeele și condițiilor de muncă susceptibile să prezinte un risc specific de expunere la care se face referire în articolul 5 (privitor la evaluarea anuală a riscurilor) și lista minimală a agenților, procedeele și condițiilor de muncă la care se face referire în articolul 14 (privitor la condițiile în care nu pot fi obligate să muncească salariatele gravide sau cele care alăptează).

Prin măsurile specifice de protecție a sănătății și securității salariatelor gravide și mame la locurile de muncă, acest act normativ aduce unele completări cadrului legislativ existent. Cel mai important aspect reglementat de ordonanță<sup>34</sup> este cel al obligațiilor angajatorului față de categoriile de salariate anterior menționate și faptul că nerespectarea acestor prevederi legale atrage după sine sancțiuni. Până la intrarea în vigoare a acestor reglementări, sistemul legislativ permitea producerea de abuzuri în acest domeniu, abuzuri cu consecințe grave nu numai asupra drepturilor sociale ale individului, dar mai ales asupra sănătății mamei și fătului sau copilului, după caz. Ceea ce nu poate fi reglementat prin această ordonanță este însă protecția gravidelor, a femeilor care au născut recent sau care alăptează în cazul destul de des întâlnit al muncii fără acte legale, al „muncii la negru”. Acceptarea unor asemenea condiții de muncă implică asumarea de către aceste femei a tuturor riscurilor care decurg din lipsa protecției oferită de lege, însă, în condițiile în care nivelul socio-economic este destul de scăzut, nu de puține ori aceste compromisuri sunt făcute. Desigur, există alte norme

---

<sup>34</sup> Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96 / 2003 privind protecția maternității la locurile de muncă în *Monitorul Oficial* nr. 750 din 27.10.2003.

legislative privind acest aspect, dar cel mai probabil ele nu sunt suficient de eficiente, din moment ce acest fenomen este încă unul foarte răspândit. Se așteaptă ca modificările legislației privind reducerea fiscalității<sup>35</sup> propuse de noul guvern să aibă ca efect scăderea evaziunii fiscale și a tentației angajatorilor de a eluda sistemul de impozitare prin angajări fără forme legale.

Un aspect care mi se pare deosebit privește definirea terminologiei. Astfel, din punct de vedere legal, salariața gravidă este salariața care își anunță în scris angajatorul asupra stării sale fiziologice de graviditate și anexează un document medical eliberat de medicul de familie sau de medicul specialist care să îi ateste această stare, iar în cazul în care salariața nu anunță în scris angajatorul, acesta este exonerat de obligațiile prevăzute în ordonanța de urgență. Astfel, o stare fiziologică nedeclarată este, din punct de vedere legal, ca și inexistentă și toate consecințele pe care le implică acest fapt trebuie suportate ca atare. Din aceste motive aspectul nu trebuie neglijat, iar necesitatea informării salariațelor cu privire la acest lucru devine esențială. În acest sens o responsabilitate deosebită o au sindicatele sau reprezentanții salariaților, după caz, ei fiind cei care ar trebui să explice că, deși aparent un fapt banal și logic, el nu trebuie pierdut din vedere, având implicații practice importante. În practică se întâlnește destul de frecvent situația în care salariața care află că este însărcinată amână momentul în care își informează angajatorul asupra stării sale, de teama concedierii. Această atitudine însă este total în defavoarea angajatei gravide, deoarece tocmai această informare scrisă a angajatorului este singura procedură care blochează practic orice inițiativă de concediere a salariaței respective.

O altă noutate față de măsurile existente până acum o reprezintă obligativitatea efectuării concediului postnatal de lăuzie, de 42 de zile, măsură care vizează în special aspectele medicale ale problemei, știindu-se faptul că evitarea eforturilor fizice în această perioadă din viața femeii este foarte importantă pentru menținerea sănătății și evitarea unor complicații ginecologice cu efecte pe termen lung. Oarecum tot legat de sfera medicală

---

<sup>35</sup> Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 138 din 29 decembrie 2004 pentru modificarea și completarea legii nr. 571 / 2003 privind Codul Fiscal, în *Monitorul Oficial* nr. 1281 din 30 decembrie 2004.

este și prevederea conform căreia angajatorul este obligat să păstreze confidențialitatea informației privind starea de graviditate a femeii, până în momentul în care sarcina devine vizibilă. Acesta este un aspect etic care nu trebuie neglijat, el vizând respectarea dreptului la viața privată, fiind în cazul României și un subiect delicat, dacă ne gândim la abuzurile care s-au făcut în această zonă în timpul regimului comunist.

O altă problemă care ar putea fi discutată vis – à – vis de prevederile acestei ordonanțe este cea referitoare la acordarea a două pauze pentru alăptat, de câte o oră fiecare, timp care include și deplasarea până la locul în care se află copilul, iar în cazul în care mama solicită, aceste pauze pot fi înlocuite cu reducerea programului normal de lucru cu două ore, fără afectarea drepturilor salariale. Pentru marile aglomerări urbane aceste măsuri ar putea fi ineficiente, deoarece distanțele între locul de muncă și locul în care se află copilul pot fi foarte mari, neexistând posibilitatea efectuării unei deplasări dus-întors în decursul unei ore. În ceea ce privește cealaltă variantă, a scurtării programului de lucru, ea poate fi rezonabilă în măsura în care copilul are vârsta de peste patru luni și s-a început diversificarea alimentației, astfel încât una sau două mese de lapte să poată fi înlocuite cu alte tipuri de alimente. În aceste cazuri, tentația de a renunța la alimentația naturală a sugarului este foarte mare, iar costurile plătite atât de sugar (afectarea sănătății), cât și de familie (înlocuirea alimentației naturale cu administrarea de lapte praf este într-adevăr costisitoare!) sunt pe măsura acestei alegeri. Desigur că această situație nu se referă decât la o parte din salariale care beneficiază de protecția maternității la locurile de muncă, însă o soluție ar trebui găsită în special pentru locurile de muncă în care aceste situații sunt inerente. Și mă refer aici în mod special la măsuri legislative de stimulare a unor angajatori de a amenaja spații speciale destinate alăptării în cadrul unității respective, mai ales în cazul unităților în care forța de muncă este predominant formată din femei. Existența unui astfel de loc în care să poată fi lăsați copiii până la sfârșitul programului normal de lucru are efecte pozitive și asupra eficienței procesului de muncă, mamele fiind mai puțin concentrate asupra felului în care trebuie să își adapteze orarul pentru a putea să ajungă să își hrănească copilul și să revină la timp la serviciu.

Concluzionând, adoptarea acestei ordonanțe de urgență reprezintă un progres în reglementarea relațiilor de muncă și a protecției sociale a salariatelor care sunt gravide, care alăptează sau care au născut recent. Aceste prevederi sunt necesare cu atât mai mult cu cât ele nu se regăsesc în alte acte normative în vigoare, iar lipsa lor a fost resimțită pe măsura trecerii spre economia de tip capitalist, care a determinat și modificarea relațiilor de muncă între angajat și angajator. Pot fi aduse însă și unele îmbunătățiri, care privesc cadrul legislativ în ansamblu. Pe de o parte se resimte nevoia adoptării unor norme legislative capabile să diminueze fenomenul muncii fără acte legale, astfel încât de aceste măsuri de protecție a maternității să poată beneficia un număr mai mare de persoane aflate pe piața muncii. Pe de altă parte, o influență pozitivă atât asupra angajatorilor, cât și asupra salariatelor în cauză ar avea adoptarea unor măsuri legislative de stimulare a angajatorilor din anumite unități să amenajeze spații în care să poată fi lăsați copiii pe parcursul orelor de lucru, astfel încât sugarii să poată fi corect alimentați, respectând orele de masă și tipul de alimentație. Aceste măsuri legislative ar trebui să se refere la o politică fiscală mai permisivă, în sensul deducerii unor cheltuieli din impozitul pe venit pentru angajatorii care iau măsuri suplimentare în acest sens. De altfel, în unele țări funcționează deja sisteme de încurajare a inițiativei proaspetelor mămici de a reveni cât mai curând în mediul lor profesional, fără ca acest lucru să afecteze regimul normal de alimentație al sugarului, prin înființarea acestor creșe și grădinițe pentru copiii salariatelor.

Acordarea unui concediu de 2 ani pentru creșterea copilului este totuși o măsură legislativă îndrăzneță, dacă ne gândim la situația economică a României. Celelalte țări europene au hotărât o durată mult mai mică a acestui concediu, tocmai pentru a evita pierderile financiare rezultate din plata indemnizației de maternitate pe o durată atât de mare. Probabil că odată cu redresarea economică și creșterea nivelului salariilor, o parte a acestei probleme va dispărea, nefiind rentabilă hotărârea de a nu profesa timp de 2 ani în schimbul primirii unei indemnizații mai mici decât potențialul venit rezultat în urma desfășurării activității profesionale.

## V. Planificarea familială în România

Planificarea familială este un concept fundamentat în 1968 (vezi și nota explicativă nr. 2), și „reprezintă determinarea conștientă, liberă, de către cuplu a numărului de copii și a eșalonării în timp a nașterilor, ținând seama de modelele și valorile existente în societate.” (V. Trebici, 1979). De-a lungul anilor au fost îmbunătățite atât metodele de planificare familială, cât și strategiile de aplicare a acestora. Trebici sesiza că „exercitarea planificării familiale presupune trei condiții: cunoaștere, atitudine și practicare, în sensul că trebuie să existe o informare adecvată, urmată de o motivație pentru adoptarea deciziei de a avea un număr de copii, precum și disponibilitatea mijloacelor de a putea pune în practică o asemenea decizie”<sup>36</sup>.

Una din cele mai importante conferințe pe tema sănătății reproducerii, vizând mai ales planificarea familială a fost cea de la Cairo, Egipt, în 1994. La această conferință s-au stabilit anumite obiective și standarde ale dezvoltării populației, dintre care cele mai importante sunt: asigurarea unor informații cuprinzătoare și practice asupra serviciilor de sănătatea reproducerii, astfel încât acestea să poată fi accesibile și acceptabile pentru toți utilizatorii, să sprijine deciziile voluntare care privesc reglarea fertilității, fie că este vorba de dorința de a avea un copil, fie că este vorba de planificarea familială, precum și să întâmpine nevoile privitoare la sănătatea reproducerii, aflate în continuă schimbare pe parcursul vieții, astfel încât să fie de folos în circumstanțe diferite și în comunități diverse.<sup>37</sup>

Atât la conferința de la Cairo, cât și cea care a urmat acesteia și care s-a desfășurat la Beijing<sup>38</sup>, a fost subliniat faptul că relațiile de gen au un impact semnificativ asupra comportamentului reproductiv și a sănătății sexuale. Astfel, relația de egalitate între bărbați și femei în ceea ce privește sexualitatea și reproducerea trebuie să fie bazată pe respect reciproc, consimțământ și asumarea responsabilității consecințelor comportamentului

<sup>36</sup> Vladimir Trebici, *Demografia*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1979.

<sup>37</sup> IPPF, *Charter on Sexual and Reproductive Rights*, Banson Production, Londra, 1996.

<sup>38</sup> IPPF, *Vision 2000*, Banson Production, Londra, 1996, p. 11.

sexual. Pentru ca aceste deziderate să poată fi îndeplinite, de importanță majoră este recunoașterea dreptului femeii de a decide asupra formelor de reglare a fertilității, iar acest drept ar trebui susținut, protejat și respectat.

După liberalizarea prin decret a avortului în decembrie 1989<sup>39</sup> România a trecut printr-o perioadă destul de tulbură, în care politicile demografice aproape au lipsit, iar mijloacele moderne de planificare familială nu numai că au fost inaccesibile ca informație, dar nu au fost nici disponibile pe piață. În acest sens, un raport al UNFPA România<sup>40</sup>, din 1995, face o scurtă descriere a situației momentului în ceea ce privește planificarea familială: contraceptivele erau disponibile în farmacii, unități spitalicești și clinici, dar femeile fie nu puteau obține, fie nu își permiteau măsuri de tipul pilule sau dispozitive intrauterine sau erau refractare la ideea de a tolera efectele secundare sau inconvenientele metodelor de barieră. De asemeni, raportul subliniază că populația tânără avea puține cunoștințe despre contracepție, cele mai cunoscute metode fiind prezervativul și metoda calendarului, iar avortul este menționat ca metoda preferată de reglare a fertilității, fiind însoțit de o rată mare a mortalității infantile și a deceselor materne.

De altfel, neglijarea aspectului privind sănătatea reproducerii este pusă în evidență și de faptul că, deși din 1989 în România se instaura un regim democratic care ar fi permis introducerea și aplicarea măsurilor de planificare familială, prima conferință pe această temă are loc abia în 1996. La această conferință<sup>41</sup> au fost identificate principalele probleme privind asigurarea sistemului de indicatori și a monitorizării programelor, legate în special de gradul redus de informatizare al sistemului, de lipsa de standardizare a indicatorilor statistici, a definițiilor și metodologiei, toate acestea având ca rezultat apariția unor date statistice cu credibilitate redusă. În ceea ce privește

---

<sup>39</sup> Decret – Lege nr. 1 din 26 decembrie 1989 al Consiliului Frontului Salvării Naționale pentru abrogarea Decretului nr. 770 din 1966 privind reglementarea întreruperii cursului sarcinii, publicat în MOR nr. 4 din 27 decembrie 1989

<sup>40</sup> UNFPA, *Family Planning and Reproductive Health in CEE / NIS*, Oficiul Regional al OMS pentru Europa, Copenhaga, Danemarca, 1995.

<sup>41</sup> *Prima conferință națională asupra sănătății reproducerii în România, Poiana Brașov, 21 – 23 noiembrie 1996* (colectiv), Ministerul Sănătății, Direcția de Ocrotire a mamei și copilului, Unitatea de Planificare Familială și Educație Sexuală.

sănătatea reproducerii, câțiva indicatori erau totuși relevanți: mortalitatea maternă ridicată, incidență crescută a avorturilor, incidență crescută a sarcinilor nedorite la adolescente, precum și creșteri alarmante ale răspândirii bolilor cu transmitere sexuală, ale infertilității secundare și ale cancerului de col uterin.

În această situație, România avea de combătut multe probleme logistice, dar și de mentalitate, care apăruseră ca rezultat al condițiilor sociale și politice de până în acel moment. În ceea ce privește planificarea familială, aceasta trebuia reorientată de la mijloacele de prevenție secundară (metodele aplicate în vederea *întreruperii sarcinii* nedorite: avortul) către cele de prevenție primară (metodele aplicate în vederea *evitării apariției unei sarcini nedorite*: metodele contraceptive).

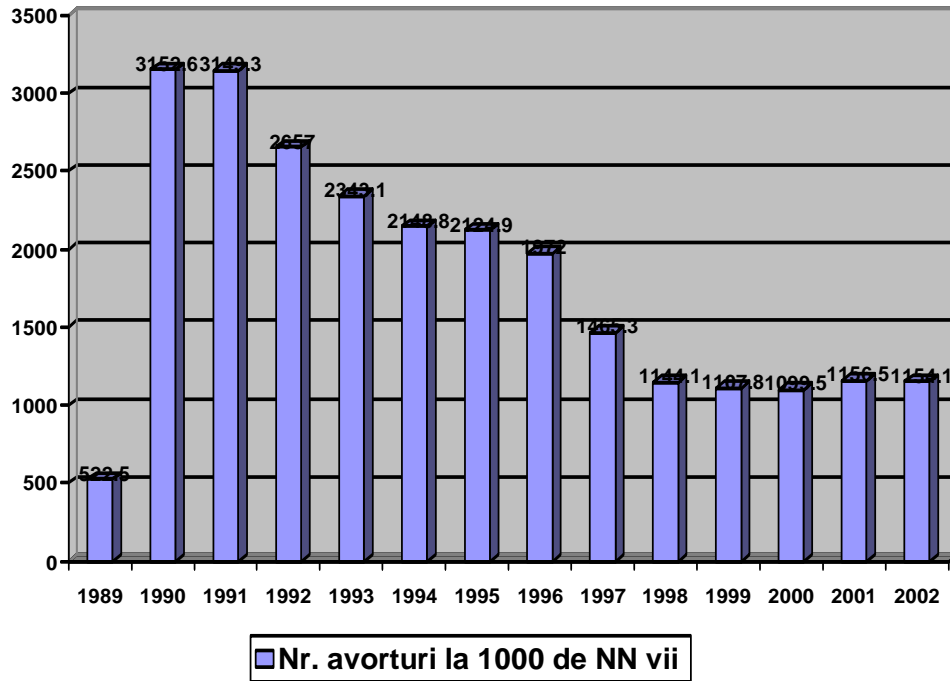
O statistică mai recentă<sup>42</sup> privind situația avorturilor arată totuși o ameliorare a indicatorilor după depășirea momentului 1989. Liberalizarea avorturilor a dus la creșterea bruscă a numărului de avorturi raportat la 1.000 de nou – născuți vii, de la 522,5 în 1989 la 3152,6 în 1990. Deși are valori foarte ridicate, acest indicator scade constant după 1991 atingând în 2002 1.154,1 la 1.000 nou – născuți vii, în creștere față de 2000 (1.099,5 la 1.000 nou – născuți vii). Această creștere trebuie legată de scăderea numărului de nou – născuți și de raportarea avorturilor din rețeaua particulară, solicitată expres din 2001 de către Ministerul Sănătății. Graficul următor oferă o imagine sintetică a datelor prezentate.

---

<sup>42</sup> Mihaela Antal, *Evoluția principalilor indicatori demografici în România în perioada 1991-2002*, Centrul de calcul, statistică sanitară și documentare medicală, București, 2003.



## PERSPECTIVE ACTUALE ASUPRA MATERNITĂȚII ÎN ROMÂNIA



Una din cele mai importante măsuri adoptate de Ministerul Sănătății a fost **programul național de sănătate a copilului și familiei**. Acesta urmărește îmbunătățirea stării de sănătate a femeii, copilului și familiei, având ca obiective generale reducerea mortalității materne prin avort cu 5% până în 2005 față de anul 2001 și reducerea mortalității infantile cu 6,5% până în anul 2005. Evaluările care urmează a fi deci făcute anul acesta vor decide dacă programul și-a îndeplinit cu succes aceste obiective. Programul conține 19 intervenții, dintre care 10 se adresează predominant promovării sănătății copilului, 8 se adresează predominant sănătății reproducerii, existând și o intervenție dedicată dezvoltării sistemului de mediatori sanitari comunitari din cadrul comunităților de rromi.

Intervenția 1 a acestui program își propune creșterea accesului la servicii de sănătatea reproducerii și cuprinde programul național de planificare familială (obiectivul 1/1) și promovarea metodelor moderne de contracepție (obiectivul 1/2).

Obiectivul general al programului național de planificare familială<sup>43</sup> este reprezentat de reducerea ratei avorturilor și a complicațiilor acestora prin creșterea accesului la servicii de planificare familială și a utilizării metodelor moderne de contracepție, în special la nivelul asistenței primare din mediul rural. Ca obiective specifice, programul își propune: creșterea accesului și utilizării metodelor moderne de contracepție, creșterea adresabilității populației la cabinetele de planificare familială, creșterea numărului de unități furnizoare de servicii de planificare familială în asistența primară, în special în mediul rural și îmbunătățirea gradului de pregătire profesională a personalului medical în domeniul planificării familiale și sănătății reproducerii, prin elaborarea unei curicule unitare pentru pregătirea de bază.

Activitățile care se desfășoară în cadrul programului sunt reprezentate de: asigurarea de contraceptive gratuite și / sau la prețuri reduse pentru categoriile vulnerabile, implementarea unui sistem informațional – logistic pentru programul național de planificare familială, instruirea și perfecționarea personalului medical din asistența primară și de specialitate, îmbunătățirea comunicării național – local – furnizori.

Sursele de finanțare a acestui program sunt reprezentate de bugetul de stat, prin licitație națională centralizată pentru distribuția gratuită sau prin mecanism local pentru distribuția contraceptivelor cu plată, donații și / sau sponsorizări și fondul asigurărilor sociale de sănătate ( numai pentru unele contraceptive orale și injectabile care sunt incluse în lista medicamentelor compensate). Structurile organizatorice implicate în acest program sunt instituția coordonatoare reprezentată de Ministerul Sănătății prin Direcția generală de asistență medicală, Serviciul „Asistența mamei și copilului”, coordonarea tehnică este asigurată de Centrul de Planificare Familială “Profesor Dr. Panait Sârbu”, iar managementul de program este realizat de Unitatea de Management a Programelor de Sănătate a Femeii, Copilului și Familiei din cadrul Institutului de Ocrotire a Mamei și Copilului.

Populația țintă a acestui program este reprezentată de populația feminină de vârstă fertilă, numărând 5.817.000 femei de vârstă fertilă

---

<sup>43</sup> Ministerul Sănătății și Familiei, *Programul 3 de sănătate a copilului și familiei. Norme tehnice*, s.l., 2002.

conform anuarului statistic din 1999, din care în mediul rural 45%, adică aproximativ 2.618.000 de femei de vârstă fertilă. În 2002, obiectivul urmărit a fost ca de acest program să beneficieze 35% din totalul populației țintă, adică aproximativ 2.035.000 femei de vârstă fertilă. Categoriile eligibile pentru contraceptive gratuite sunt reprezentate de: femei aflate în șomaj, eleve, studente, beneficiare de ajutor social, persoane cu domiciliul în mediul rural, femei care efectuează un avort la cerere într-o unitate sanitară publică, alte persoane fără venituri care dovedesc cu acte aceasta sau dau o declarație pe propria răspundere în acest sens.

Impactul medical și social așteptat în urma implementării acestui program este reprezentat de reducerea numărului de sarcini nedorite, scăderea numărului de avorturi și a patologiei induse de acestea, reducerea incidenței cancerului genito - mamar și a infecțiilor transmise pe cale sexuală, precum și scăderea indirectă a numărului de copii abandonți și instituționalizați.

Monitorizarea și evaluarea acestui program are în vedere o serie de indicatori fizici (numărul de persoane din cadrul asistenței medicale instruite în furnizarea serviciilor de planificare familială, numărul de formulare tipărite, numărul de puncte de furnizare de servicii de planificare familială), indicatori de rezultate (numărul de unități de contraceptive distribuite pe fiecare metodă, gratuit și cu plată, numărul de cupluri protejate, numărul de consultații de planificare familială acordate în cabinetele de planificare familială) și indicatori de eficiență (cost mediu pe persoană instruită, cost mediu pe cuplu protejat).

Urmează ca o analiză amănunțită a acestui program să fie realizată în acest an și să se constate dacă obiectivele urmărite au fost îndeplinite. Cel puțin la nivel de rezultate preliminare impactul programului a fost considerat favorabil, astfel încât Ministerul Sănătății a aprobat continuarea sa și în acest an<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Comunicat de presă al Ministerului Sănătății din 7.01.2005, accesibil pe Internet la adresa: [http://www.ms.ro/a\\_ms/ms.asp](http://www.ms.ro/a_ms/ms.asp), consultată în ianuarie 2005.

Tot în cadrul acestui amplu program este inclusă și rezolvarea unor probleme de sănătate a reproducerii specifice comunităților de etnici rromi, prin intervenția numărul 18 a programului.

*Este planificarea familială o necesitate în comunitățile de rromi?*

În urma recensământului din 2002<sup>45</sup>, numărul minoritarilor de etnie rromă din România a fost stabilit la 535.140, dintre care 271.266 bărbați și 263.874 femei (vezi anexa). Deși opinia generală a reprezentanților organizațiilor nonguvernamentale rrome este că aceste cifre sunt subestimate, în cele ce urmează analiza datelor va fi făcută folosind statistica oficială.

Caracteristicile privind tradiția, religia, cultura și stilul de viață ale populației de etnie rromă sunt destul de diferite față de cele ale populației majoritare, ceea ce creează uneori cadrul unor conflicte și o sursă de discriminare și excluziune.

În cele ce urmează voi face câteva referiri la anumite aspecte ale stării de sănătate și la accesul la serviciile de sănătate, în special în ceea ce privește relația între necesitatea și posibilitatea de a face planificare familială în cadrul comunităților de rromi.

Conștientizarea existenței unor probleme legate de sănătate și de accesul la sănătate al populației de etnie rromă a dus la necesitatea cercetării cauzelor apariției acestor probleme. Câteva dintre acestea au fost identificate și se încearcă soluții pentru rezolvarea lor.

Cele mai importante cauze ale restricționării accesului rromilor la sistemul de sănătate sunt reprezentate de introducerea sistemului de asigurări sociale și creșterea prețurilor la medicamente, aspecte evidențiate și de Planul Național Anti - Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale<sup>46</sup>. Faptul că multe persoane de etnie rromă nu au acte de identitate restricționează accesul la serviciile de sănătate, iar nivelul scăzut al veniturilor adâncește și mai mult această problemă. Nu numai lipsa actelor de identitate, ci și absența unei adrese legale sau existența unei adrese legale care nu corespunde cu

---

<sup>45</sup> Recensământ 2002, *Programul de publicații*, disponibil la [www.recensamant.ro](http://www.recensamant.ro).

<sup>46</sup> *Planul național anti – sărăcie și promovare a incluziunii sociale*, Guvernul României, iulie, 2002, capitolul 14.

adresa reală<sup>47</sup> reprezintă piedici în accesarea serviciilor sociale și de sănătate.

Un interes deosebit este manifestat față de accesul la asigurarea sănătății reproducerii. În același document citat anterior se remarcă faptul că accesul limitat la serviciile moderne de planificare familială are consecințe negative nu numai asupra *incidenței ridicate a nașterilor nedorite*, care duce la *creșterea fertilității*, văzută ca sursă de adâncire a sărăciei, dar și asupra *creșterii ratei avorturilor*, inclusiv a celor empirice. Lipsa de urmărire medicală a femeii gravide și a copiilor, datorate faptului că nu sunt înscrși pe listele nici unui medic de familie, duce la *creșterea ratei morbidității și mortalității infantile*. Nu este deloc de neglijat nici aspectul legat de *creșterea ratei de abandon al copiilor*, aflat în corelație pe de o parte cu resursele financiare limitate, iar pe de altă parte cu faptul că, prin lipsa de planificare familială crește numărul copiilor nedorți.

Revenind la rezultatele statistice ale recensământului din martie 2002, observăm că din totalul de 263.874 persoane de sex feminin de etnie romă, 137.775 sunt femeile aflate în perioada de vârstă fertilă (15-49 de ani), ceea ce reprezintă un procent de 52,21%. Pe de altă parte, numeroase studii ne indică o natalitate crescută; există un număr mediu de copii de 5,1 / femeie<sup>48</sup>, adică de aproape 3 ori mai mare față de media pe țară (1,8 copii / femeie)<sup>49</sup>, medie în care este cuprinsă și populația de rome. De asemenea, alte studii<sup>50</sup> arată că și indicatorii de fertilitate au valori ridicate: vârsta de începere a fertilității pentru fete este de 15 ani, iar vârsta la prima naștere este în medie de 18,5 ani.

În Planul Național Anti - Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale se face o analiză a motivației neutilizării contracepției. Citând un studiu al Institutului de Cercetare a Calității Vieții, realizat în 1998, documentul consemnează că un procent semnificativ (22,2%) dintre femeile rome cu

<sup>47</sup> Elena Zamfir, Marian Preda, *Diagnoza problemelor sociale comunitare – studii de caz*, Editura Expert, București, 2000.

<sup>48</sup> Vasile Burtea, *Rromii în contextul socio-economic al dezvoltării României*, teza de doctorat, București, 1998.

<sup>49</sup> Ibidem

<sup>50</sup> Cătălin Zamfir, Elena Zamfir, *Țigani în ignorare și îngrijorare*, Editura Alternative, 1993.

vârste între 15 și 44 de ani invocă necunoașterea metodelor contraceptive. De asemeni, lipsa banilor constituie un motiv și mai frecvent: 15,8% față de 0,5% în eșantionul național; pe lângă dificultățile legate de costul contraceptivelor sunt invocate și disponibilitatea scăzută a acestora în comerț și accesibilitatea redusă a serviciilor de planificare familială. În același timp, se afirmă că în medie, al treilea copil și următorii sunt rezultatul unor sarcini nedorite la populația de rromi, acest fapt fiind datorat neutilizării de metode contraceptive.

Toți acești indicatori, la care se adaugă nivelul scăzut de trai și problemele care apar în corelație cu sărăcia, de multe ori extremă în aceste comunități, conduc la concluzia că planificarea familială este necesară, ea reprezentând cel mai probabil soluția pentru rezolvarea unei părți a acestei probleme. Pe de o parte un număr mai mic de copii în familie ar putea elimina una din sursele sărăciei, iar pe de altă parte posibilitatea de a decide asupra mărimii familiei conduce la o gestionare mai bună a vieții de cuplu, la eliminarea temerii legate de apariția unui (eventual alt) copil nedorit. Accesul la mijloacele moderne de contracepție este iarăși un punct sensibil pentru că, recurgerea la avort implică nu numai riscuri obstetricale inutile pentru femeie, dar de multe ori are și implicații psihologice grave, contravine total considerentelor religioase, așa încât este de preferat prevenirea apariției unei sarcini.

Există și cercetări care au vizat dorința de planificare familială în comunitățile de rromi, nu numai necesitatea practicării acesteia. Astfel, cercetarea publicată în *Țiganiii între ignorare și îngrijorare*<sup>51</sup>, identifică anumiți factori care influențează dorința de planificare familială: vârsta, numărul de copii deja născuți, nivelul de educație al cuplului, tipul de profesie al soțului, tipul de comunitate (omogen / dispersat), mărimea orașului în care se află comunitatea respectivă.

Faptul că există totuși dorința de planificare familială este demonstrată și de cunoașterea și utilizarea deja a unor metode anticoncepționale de către un segment al acestei populații. Astfel, din studiul realizat de Căce și

---

<sup>51</sup> Cătălin Zamfir, Elena Zamfir, *Țiganiii între ignorare și îngrijorare*, Editura Alternative, 1993.

Vlădescu<sup>52</sup>, reiese că 25,8% din totalul persoanelor intervievate au folosit cel puțin o dată metode contraceptive, 30,9% nu au folosit niciodată contracepția, iar 43,3% au refuzat să răspundă. Mijloacele anticoncepționale cele mai cunoscute au fost prezervativul (28,3%), pilulele contraceptive (27,7%), coitus interruptus (12,7%) și dispozitivele intrauterine (11,8%), urmând în ordine metoda calendarului (8,1%), legarea trompelor (3,2%), pilula de a doua zi (1,5%), spermicide locale (1,3%) și altele (1,8%). Ca metode cel mai des utilizate, ordinea a fost aproximativ aceeași: coitus interruptus și pilulele contraceptive.

Politicile sociale care au în vedere situația rromilor sunt pe de o parte politici naționale, în acest sens existând deja două hotărâri de guvern: Planul Național Anti - Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale (HG 829/2002) și Strategia de îmbunătățire a situației rromilor (HG 430/2001), iar pe de altă parte regăsim inițiativele de la nivel internațional: Decada de Incluziune a Rromilor, Millenium Development, Join Inclusion Memorandum, Planul de Acțiune pentru îmbunătățirea situației Rromilor și Sinților al OSCE și Forumul European al Rromilor<sup>53</sup>.

După cum aminteam anterior, în cadrul *Programului de sănătate a copilului și familiei*, al Ministerului Sănătății, a fost adoptată și intervenția 18, Dezvoltarea sistemului de mediatori sanitari comunitari din cadrul comunităților de romi. Principalele activități care se desfășoară în cadrul acestei secțiuni a programului sunt: implementarea sistemului de mediatori sanitari comunitari în zonele pilot, formarea de mediatori sanitari din cadrul comunităților de romi și realizarea activităților specifice de mediator sanitar comunitar în zonele pilot.

Mediatorii sanitari reprezintă persoane din cadrul comunităților de romi care facilitează comunicarea dintre membrii comunității și personalul medico-sanitar. Ei funcționează în baza ordinului Ministerului Sănătății și Familiei nr.

<sup>52</sup> Sorin Cace; Cristian Vlădescu, *Starea de sănătate a populației roma și accesul la serviciile de sănătate*, Editura Expert, 2004

<sup>53</sup> Ina Zoon, *La periferia societății. Rromii și serviciile publice în România*, Centrul de resurse pentru comunitățile de romi, 2001 și Buletin Divers nr. 17 (163), 13 mai 2004.

619 din 2002<sup>54</sup>, în prezent desfășurându-și activitatea în țară un număr de 168 angajați, cu contract pe perioadă determinată. Mediatorul sanitar comunitar deservește o populație de rromi numărând 500-750 de persoane (copii între 0-16 ani și femei de vârstă reproductivă). Printre atribuțiile acestor mediatorii sanitari se numără: catagrafierea gravidelor și lăuzelor în vederea efectuării controalelor medicale periodice prenatale și post – partum, explicarea necesității și a importanței efectuării acestor controale și însoțirea femeilor rrome la aceste controale, facilitându-le comunicarea cu medicul de familie și cu celelalte cadre sanitare; explicarea noțiunilor de bază și a avantajelor planificării familiale, încadrându-le în sistemul cultural tradițional al comunității de rromi; catagrafierea populației infantile a comunității; explicarea noțiunilor de bază și a importanței asistenței medicale a copilului; mobilizarea și însoțirea membrilor comunității la acțiunile de sănătate publică (campanii de vaccinare, campanii de informare, educare, conștientizare din domeniul promovării sănătății, acțiuni de depistare a bolilor cronice etc.); explicarea rolului și scopului acestora; identificarea și anunțarea în scris a problemelor privind accesul membrilor comunității pe care îi deservește la servicii de asistență medicală primară (imunizări, examenul de bilanț al copilului cu vârsta între 0-7 ani, supravegherea gravidei, depistarea activă a cazurilor de TBC, asistență medicală de urgență); identificarea persoanelor neînscrise pe listele medicilor de familie și înscrierea acestora; semnalarea către asistentului social a cazurilor potențiale de abandon al copiilor, în vederea unei intervenții cu scop preventiv.

În urma analizei și evaluărilor făcute privind eficiența activității mediatorilor sanitari, Ministerul Sănătății a decis continuarea acestui sistem<sup>55</sup>. Pentru acest an au fost alocate 20 miliarde de lei de la bugetul de stat acestui proiect. Un număr de 168 de mediatorii sanitari lucrează în 37 de județe ale țării. În urma activității acestora, peste 45.000 de persoane au fost înscrise în

---

<sup>54</sup> ORDIN nr.619 din 14 august 2002 al ministrului sănătății și familiei pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002, publicat în *Monitorul Oficial al României*, nr. 655 / 3 septembrie 2002.

<sup>55</sup> *Viața medicală*, nr. 44 din 29 octombrie 2004.



sistemul asigurărilor de sănătate. Proiectul are alocat de la bugetul de stat aproximativ 14 miliarde de lei<sup>56</sup>.

Referindu-mă la activitățile desfășurate de ONG – urile active ale romilor, aș vrea să amintesc cea mai recentă acțiune lansată în sensul informării asupra riscului căsătoriei la vârste foarte tinere. Astfel, în data de 9 noiembrie 2004, Organizația "Educația 2000 Plus" a început derularea unui proiect cu durata de 9 luni, coordonat de doamna Crina Moșneagu, prin care se încearcă convingerea fetelor de etnie romă să nu se mai mărite la vârste fragede. Din declarațiile coordonatoarei proiectului<sup>57</sup>, aflăm că o caravană se va deplasa prin mai multe județe ale țării (județele pilot fiind Buzău, Călărași, Ialomița) și va explica fetelor consecințele negative ale sarcinii și căsătoriei precoce, atât din punct de vedere medical, cât și din punct de vedere legal, din perspectiva drepturilor omului. Grupul țintă este reprezentat de mamele și fetele rrome. În județele pilot se vor desfășura sesiuni de formare, la care vor participa cadre medicale și profesori din școlile pilot, iar formatorii care sunt implicați în acest proiect sunt atât reprezentanți ai comunității rrome, cât și persoane cu autoritate în consiliile locale, în inspectorate, la casa Corpului Didactic. Centrul "Educația 2000 Plus" a derulat recent un studiu care arată că procentul căsătoriilor precoce a început să scadă, însă aproximativ 20% dintre căsătorii implică fete cu vârsta cuprinsă între 12 și 18 ani.

Din prezentarea anterioară se pot desprinde unele concluzii referitoare la situația comunităților de rromi: accesul rromilor la serviciul sanitar este încă deficitar datorită unor probleme pe care le întâmpină membrii acestor comunități: lipsa actelor, a unui loc de muncă legal, a unei locuințe stabile; nivelul scăzut de trai și sărăcia contribuie și la restricționarea accesului la informare și educație în general, la informare și educație sanitară în special; în comunitățile de rromi există atât o necesitate acută de planificare familială, cât și o dorință de a utiliza metode anticoncepționale; politicile sociale în acest domeniu au început să creeze premisele îmbunătățirii stării de sănătate a rromilor și a facilitării accesului acestora la serviciile de sănătate, dar în acest moment ele sunt insuficiente pentru rezolvarea completă a acestei probleme;

---

<sup>56</sup> *Comunicat de presă al Ministerului Sănătății din 19.10.2004*, disponibil pe Internet la adresa: [www.ms.ro](http://www.ms.ro), site accesat în noiembrie 2004.

<sup>57</sup> Buletin Divers nr. 41, 11.11.2004.

este necesară continuarea colaborării între instituțiile statului și organizațiile nonguvernamentale în vederea rezolvării acestei probleme, precum și amplificarea proiectelor specifice anumitor zone și care să răspundă unor nevoi punctuale apărute într-o anumită comunitate.

În ceea ce privește tipurile de soluții recomandate, acestea ar fi: continuarea eforturilor de îmbunătățire a accesului rromilor la sistemul de servicii medicale, incluzând pe lângă asistența medicală de urgență și serviciile profilactice și curative; rezolvarea problemelor legate de lipsa unor documente legale de identitate, stare civilă și domiciliu, în vederea creării condițiilor necesare înscrierii pe listele medicilor de familie; implicarea activă a organizațiilor nonguvernamentale în proiecte de informare și educație sanitară, în vederea creșterii nivelului de conștientizare a problemelor de sănătate, a necesității și efectelor pozitive a planificării familiale și a protecției copilului; încurajarea parteneriatului public – privat în rezolvarea acestor probleme; continuarea și extinderea sistemului de mediatorii sanitari și stimularea financiară a acestora, mai ales în zonele dezavantajate geografic și cu acces dificil la asistență sanitară; constituirea unui sistem integrat de servicii medicale și sociale care să deservească (și) persoanele de etnie rromă care nu trăiesc în comunități de rromi, dar care se confruntă cu aceleași probleme.

## VI. Concluzii

În finalul acestei prezentări se pot trage câteva concluzii referitoare la perspectivele actuale ale maternității în România:

1. Deși indicatorii demografici arată un declin al natalității și fertilității, asumarea maternității devine o chestiune care implică tot mai multă responsabilitate în comparație cu perioada comunistă, având în vedere schimbarea priorităților alocării resurselor de la bugetul de stat și creșterea nevoilor de resurse în cadrul familiei care decide să aibă copii.

2. Numărul de familii monoparentale este în creștere în România și tot mai multe femei își asumă riscurile „maternității haiducești”.

3. Indicatorii de natalitate și fertilitate pe care îi prezintă România la ora actuală se înscriu într-un context mai larg, pe model occidental, fiind pe de o parte un semn al aderării la rațiunile pragmatice capitaliste și pe de altă parte constituie un motiv de îngrijorare din punct de vedere al riscurilor demografice implicate (îmbătrânirea populației, scăderea forței de muncă, creșterea ratei de dependență demografică, etc.).

4. Adoptarea unor măsuri legislative referitoare la protecția maternității la locurile de muncă, chiar dacă deocamdată poate incomplete, arată o reintrare în normalitate și apariția unor premise pentru o viitoare politică demografică de sprijinire și încurajare a natalității.

5. Planificarea familială în România parcurge etape importante spre răspândirea mijloacelor moderne de control al fertilității și reducerea numărului mare de avorturi și implicații ale acestora. Totodată, planificarea familială a început să reprezinte o soluție demnă de luat în considerare pentru ieșirea dintr-un cerc vicios al sărăcirii anumitor segmente defavorizate ale populației.

## VII. Recomandări

1. Redresarea economică și creșterea nivelului de trai, astfel încât tot mai multe familii să își asume decizia de a avea copii și de a-i crește în condiții bune, scăzând astfel riscul de abandon care apare în momentul depășirii resurselor financiare ale familiei.

2. Acordarea în continuare a unor măsuri de asistență socială familiilor monoparentale aflate în dificultate, însă evitând pe cât posibil riscul efectelor perverse ale acestor măsuri.

3. Redresarea indicatorilor demografici de natalitate și fertilitate prin măsuri de încurajare a familiilor tinere de a avea copii, atât prin politici sociale mai consistente, cât și prin creșterea numărului și a diversității serviciilor de consiliere a familiilor, de ajutor în gospodărie pentru familiile în care ambii părinți lucrează, formarea de asociații private pe plan local care să asigure transportul copiilor spre grădinițe și școli, etc.

4. Îmbunătățirea legislației privitoare la protecția maternității în sensul sprijinirii și acordării de facilități angajatorilor care organizează la locul de muncă spații special amenajate destinate alăptării sugariilor și supravegherii copiilor preșcolari, astfel încât mamele să fie mai liniștite în ceea ce privește siguranța copiilor lor în timpul programului de lucru.

5. Continuarea programelor de planificare familială și diseminare a informațiilor privind sănătatea reproducerii, astfel încât să putem vorbi de o decizie reală și realizabilă a cuplului de a avea sau nu descendenți, de a putea hotărî momentul optim apariției unui copil, și de ce nu, evitarea adâncirii unei sărăciri în contextul în care un număr prea mare de copii solicită resurse indisponibile.

### VIII. Note explicative

1) Până în 1957, avortul era interzis, cu excepția celui care avea indicații medicale. Decretul 463 / 1957 legifera avortul la cerere. Întreruperea sarcinii se putea efectua la cererea femeii însărcinate într-un spital. Decretul 770 / 1966 permitea numai avortul terapeutic efectuat în primele trei luni de sarcină pe baza unor stricte indicații medicale și doar excepțional până în a șasea lună de sarcină, schimbându-se și dispozițiile Codului Penal referitoare la avort. Decretul 441 din 26 decembrie 1985 este și mai restrictiv decât cele anterioare. Potrivit acestuia, se permitea întreruperea sarcinii numai dacă: sarcina pune în pericol viața gravidei, unul dintre părinți suferă de o boală care poate afecta fătul, gravida suferă de o infirmitate, gravida are peste 45 de ani, gravida a mai născut și are în îngrijire mai mult de 5 copii, sarcina este urmarea violului sau a incestului. Prin Decretul – Lege din 26 decembrie 1989 se abrogau decretele 770 din 1966 și 441 din 1985 precum și articolele 185 – 188 din Codul Penal. Actualul Cod Penal interzice întreruperea cursului sarcinii în afara instituțiilor medicale sau fără consimțământul femeii însărcinate (vezi . *Reglementarea instituției avortului în România*, accesibil pe Internet la adresa: <http://www.primulpas.ro.org/avortul/legiro.html>, site consultat în iulie 2003).

2) Planificarea familială a fost discutată pentru prima dată la Conferința din 1968 de la Teheran asupra drepturilor omului ca fiind «dreptul fundamental al individului la accesul informațiilor la mijloacele necesare pentru determinarea liberă a numărului și la distanța în timp între copiii lui» (Carp, 1996).

3) În multe țări ale lumii, mai ales unde mișcările feministe au fost mai puternice, mamele beneficiază de o legislație care le protejează în special pe piața forței de muncă: “au fost adoptate măsuri vizând prelungirea concediilor pre - și postnatale plătite, garantarea locurilor de muncă pe perioada cât mama se ocupă de îngrijirea copiilor (3 ani în Austria, Franța, Ungaria), extinderea unor activități la domiciliu pentru femeile care doresc să se ocupe în același timp de îngrijirea copiilor și să-și continue activitatea, extinderea orarului gisant (femeile își aleg perioada din zi când desfășoară activități profesionale)”, etc. (Mihăilescu, 1999 : 163-164).

**IX. Anexă**

Distribuția pe grupe de vârstă a populației de etnie romă, conform datelor statistice oficiale rezultate în urma recensământului populației din 2002

Grupa de vârstă	Bărbați	Femei	Total
Sub 15 ani	99.924	94.498	194.422
15 – 19 ani	30.130	28.719	58.849
20 – 24 ani	28.754	27.003	55.757
25 – 29 ani	25.119	23.263	48.382
30 – 34 ani	21.453	20.552	42.005
35 – 39 ani	13.206	12.614	25.820
40 – 44 ani	14.061	13.206	27.267
45 – 49 ani	12.446	12.418	24.864
50 – 54 ani	9.407	9.396	18.823
55 – 59 ani	5.207	5.818	11.025
60 – 64 ani	4.476	5.629	10.105
65 – 69 ani	3.363	4.788	8.151
70 – 74 ani	2.166	3.310	5.476
75 ani și peste	1.554	2.660	4.214
Total	271.266	263.874	535.140

## X. Bibliografie selectivă

1. Antal, Mihaela, *Evoluția principalilor indicatori demografici în România în perioada 1991-2002*, Centrul de calcul, statistică sanitară și documentare medicală, București, 2003.
2. *Asistenții comunitari*, comunicat de presă publicat în *Viața medicală*, nr. 44 din 29 octombrie 2004.
3. Burtea, Vasile, *Rromii în contextul socio-economic al dezvoltării României*, teza de doctorat, București, 1998.
4. Cace, Sorin; Vlădescu, Cristian, *Starea de sănătate a populației roma și accesul la serviciile de sănătate*, Editura Expert, 2004.
5. *Campanie de convingere a tinerelor rromsă nu se mai mărite la vârste fragede*, în *Buletin Divers* nr. 41, 11.11.2004, DISPONIBIL PE Internet la adresa: [www.divers.ro](http://www.divers.ro), site accesat în noiembrie 2004.
6. Carp, Coralia, *Implicațiile metodelor anticoncepționale și avortului în planificarea familială*, Teză de doctorat, Facultatea de Medicină „Carol Davila”, București, 1996.
7. *Comunicat de presă al Ministerului Sănătății din 19.10.2004*, disponibil pe Internet la adresa: [www.ms.ro](http://www.ms.ro), site accesat în noiembrie 2004.
8. *Comunicat de presă al Ministerului Sănătății din 7.01.2005*, accesibil pe Internet la adresa: [http://www.ms.ro/a\\_ms/ms.asp](http://www.ms.ro/a_ms/ms.asp), consultată în ianuarie 2005.
9. *Decret – Lege nr. 1 din 26 decembrie 1989 al Consiliului Frontului Salvării Naționale pentru abrogarea Decretului nr. 770 din 1966 privind reglementarea întreruperii cursului sarcinii*, publicat în *Monitorul Oficial* nr. 4 din 27 decembrie 1989.
10. Fahey, T., Spéder, *Fertility and family issues in an enlarged Europe*, la [www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm](http://www.eurofound.eu.int/publications/EF03104.htm), site consultat în 22.05.2004.
11. Ghebrea, Georgeta, *Regim social-politic și viață privată*, disponibil pe [www.unibuc.ro/eBooks/StiintePOL/ralu/1-2-2.htm](http://www.unibuc.ro/eBooks/StiintePOL/ralu/1-2-2.htm), site consultat în mai 2004.

12. *Hotărârea Guvernului României nr. 537 din 7 aprilie 2004 pentru aprobarea Normei Metodologice de aplicare a prevederilor OUG 96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă*, publicată în *Monitorul Oficial* 378 din 29 aprilie 2004.
13. International Planned Parenthood Federation, *Charter on Sexual and Reproductive Rights*, Banson Production, Londra, 1996.
14. International Planned Parenthood Federation, *Vision 2000*, Banson Production, Londra, 1996.
15. Kligman, Gail, *Politica duplicității. Controlul reproducerii în România lui Ceaușescu*, traducere din engleză de Marilena Dumitrescu, Editura Humanitas, București, 2000.
16. *Legea nr. 25 din 5 martie 2004 pentru aprobarea ordonanței de urgență a Guvernului nr. 96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă*, publicată în *Monitorul Oficial* nr. 214 din 11 martie 2004.
17. Massino, Jill, „Anonimatul femeii în estetica României ceaușiste”, în Alin Ciupală (editor), *Despre femei și istoria lor în România*, Editura Universității din București, București, 2004.
18. Mihăilescu, Ion, “Politici sociale în domeniul populației și familiei”, în Elena Zamfir, Cătălin Zamfir (coord.), *Politici sociale. România în context european*, Editura Alternative, București, 1995.
19. Idem, *Familia în societățile europene*, Editura Universității, București, 1999.
20. Ministerul Sănătății și Familiei, *Programul 3 de sănătate a copilului și familiei. Norme tehnice*, s.l., 2002.
21. *Nota de fundamentare a Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă*, disponibil pe Internet la adresa: <http://www.guv.ro/notefundam/afis-nota.php?id=391>, site consultat în mai 2004.
22. *ORDIN nr.619 din 14 august 2002 al ministrului sănătății și familiei pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002*, publicat în *Monitorul Oficial al României*, nr. 655 / 3 septembrie 2002.



23. *Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96 / 2003 privind protecția maternității la locurile de muncă*, publicată în *Monitorul Oficial* nr. 750 din 27.10.2003.
24. *Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 138 din 29 decembrie 2004 pentru modificarea și completarea legii nr. 571 / 2003 privind Codul Fiscal*, publicată în *Monitorul Oficial* nr. 1281 din 30 decembrie 2004.
25. Petre, Zoe, „Promovarea femeii sau despre destructurarea sexului feminin”, în Lucian Boia (sub direcția), *Miturile comunismului românesc*, Editura Nemira, București, 1998.
26. *Planul național anti – sărăcie și promovare a incluziunii sociale*, Guvernul României, iulie, 2002, capitolul 14.
27. Pop, Luana - Miruna (coordonator), *Dicționar de politici sociale*, Editura Expert, București, 2002.
28. Preda, Marian (coordonator), *Aspecte privind dezvoltarea, populația și sănătatea reproducerii la nivel național și studii de caz*, UNFPA, București, 2003.
29. *Prima conferință națională asupra sănătății reproducerii în România, Poiana Brașov, 21 – 23 noiembrie 1996* (colectiv), Ministerul Sănătății, Direcția de Ocrotire a mamei și copilului, Unitatea de Planificare Familială și Educație Sexuală.
30. Recensământ 2002, *Programul de publicații*, [www.recensamant.ro](http://www.recensamant.ro), site accesat în noiembrie 2004.
31. *Relansarea reformei în domeniul sănătății. Programe prioritare de sănătate pentru anul 2002*, [2001] Snagov, accesibil la adresa: <http://www.gov.ro/obiective/msf/vol2.pdf> pagini consultate în data de 24.07.2003.
32. Studiu populație, *Noutăți*, <http://www.unfpa.ro/noutati/studiupop>, site consultat în decembrie 2004.
33. Șerbănescu, Florina, Morris, Leo, Marin, Mona, *Studiul Sănătatea Reproducerii. România, 1999. Raport final*, CDC, ARSPMS, 2001.
34. Ștefan, Cristina, *Datoria de existență. Aspecte privind maternitatea*, Editura Areafană, București, 1999.
35. Ștefan, Cristina, *Familia monoparentală*, Editura Areafană, București, 2001.

36. Știri, *Marș de protest împotriva OUG nr. 9 / 2003*, accesibil la adresa: <http://www.parinti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=167>, site consultat în iunie 2004.
37. Trebici, Vladimir, *Demografia*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1979.
38. UNFPA, *Family Planning and Reproductive Health in CEE / NIS*, Oficiul Regional al OMS pentru Europa, Copenhaga, Danemarca, 1995.
39. Vieru, Gabriela, *Alianța Civică a Rromilor – un organism de expertiză pentru politici sociale*, Buletin Divers nr. 17 (163), 13 mai 2004.
40. Voinea, Maria, *Sociologia familiei*, Universitatea București, București, 1993.
41. Voinea, Maria, *Familia tânără – particularități socio – demografice în perioada de tranziție*, în Zamfir Elena, Bădescu Ilie, Zamfir Cătălin (coord.), *Starea societății românești după 10 ani de tranziție*, Editura Expert, București, 2000.
42. Zamfir, Cătălin, Vlăsceanu, Lazăr, *Dicționar de sociologie urmat de indicatori demografici, economici, sociali și sociologici*, Editura Babel, București, 1993.
43. Zamfir, Cătălin. (coord.), *Pentru o societate centrată pe copil. Raport realizat de Institutul de cercetare a calității vieții*, Editura Alternative, București, 1997.
44. Idem, *Politici sociale în România : 1990 – 1998*, Editura Expert, București, 1999.
45. Zamfir, Cătălin, Zamfir Elena, *Țigani în ignorare și îngrijorare*, Editura Alternative, 1993.
46. ZAMFIR, Elena "Politica de protecție a copilului în România", în Elena Zamfir, Cătălin Zamfir (coord.), *Politici sociale. România în context european*, Editura Alternative, București, 1995, pp. 200 – 243.
47. Zamfir, Elena, Preda, Marian, *Diagnoza problemelor sociale comunitare – studii de caz*, Editura Expert, București, 2000.
48. Zarcovic, Grujica, Enăchescu, Dan, *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei centrale și de răsărit*, Editura Infomedica, 1998.

49. Zoon, Ina, *La periferia societății. Rromii și serviciile publice în România*, Centrul de resurse pentru comunitățile de romi, 2001.
50. Widdison, Harold A., (ed), *Social Problems 1997 / 1998*, Dushkin / McGraw Hill, Guilford.