

POLITICA SANITARĂ A ROMÂNIEI ÎNTRE CELE DOUA RĂZBOALE MONDIALE

D. ȘANDRU

Făurirea statului național unitar român, în decembrie 1918, a impus cu necesitate o serie de măsuri urgente pe linia ameliorării asistenței sanitare, ce erau reclamate, în primul rînd, de înlăturarea moștenirii lăsate de război în domeniul sănătății publice, iar în al doilea rînd, de asigurarea unui cadru unitar de ocrotire socială pe cuprinsul întregii țări. Cele mai radicale măsuri au fost adoptate în perioada imediat postbelică de către Consiliul Dirigent al Transilvaniei, prin care se încerca o remediere a stării de lucruri anacronice și organizarea operei de asistență pe baze moderne. Imediat după constituirea Consiliului Dirigent, Resortul Ocrotirilor Sociale din cadrul acestuia a elaborat proiectul legii sanitare, ce a devenit legea XXI din 1919. Aceasta reprezenta punctul de plecare pentru organizarea unui serviciu sanitar și de ocrotire modern și pregătea terenul pentru trecerea la organizarea sanitară existentă în vechea Românie, în vederea instituirii unui sistem unic de asistență socială pe întreaga țară¹. Legea XXI înființa două instituții sanitare speciale: Institutul surorilor de ocrotire și Inspectoratele de igienă, ultimele transformate ulterior în Laboratoare regionale de igienă, cu atribuții mai reduse decît avuseseră inspectoratele². Prin punerea în practică a acestei legi s-a renunțat la sistemul maghiar de asistență sanitară, care era susținut din bugetele județelor, orașelor și comunelor, întreaga operă căzînd în sarcina statului. În privința societăților de binefacere, acestora li se lăsa un larg cîmp de acțiune pentru a lucra în folosul locuitorilor de pe teritoriul provinciei³. În baza legii s-au înființat mai multe ambulatoare, policlinici, iar în regiunile deficitare spitale și secții de spitale, menținîndu-se, totodată, cele

¹ Arh. Șt. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 4/3/1922, f. 10.

² Prof. dr. I. Moldovan și dr. M. Zolog, *Organizarea sanitară rurală din România*, în „Revista de igienă socială”, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-iunie, p. 916.

³ Arh. Șt. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 4/3/1922, f. 143—144.

cinci aziluri de stat pentru copii, din Arad, Cluj, Oradea, Timișoara și Tîrgu Mureș, ce fuseseră create în anii 1902—1903⁴. În condițiile concrete de la sfîrșitul primului război mondial, cele mai multe dintre instituțiile create prin legea XXI aveau drept scop combaterea și profilaxia bolilor infecțioase acute de pe teritoriul provinciei, urmărind cu precădere ameliorarea stării sanitare a populației rurale⁵.

Opera începută în Transilvania avea să fie, un an mai tîrziu, la 29 martie 1920, contopită cu politica sanitară a țării, în urma creării Ministerului Muncii și Ocrotirilor Sociale și a extinderii, printr-o altă lege, din 1921, a dispozițiilor legii sanitare din 21 decembrie 1910 din Vechiul regat asupra tuturor teritoriilor României⁶.

La sfîrșitul primului război mondial, în condițiile persistenței unor epidemii, România nu dispunea de un aparat sanitar capabil să organizeze o apărare sistematică față de bolile infecțioase, iar medicii oficiali erau în imposibilitate de a suplini organizațiile de combatere inexistente⁷. În aceste condiții, prin legea din 16 iulie 1921, pentru crearea Institutului de seruri și vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino”, lua ființă o instituție specializată în prevenirea epidemiilor, menită să umple un gol din arsenalul sanitar al țării, prin fabricarea serurilor și vaccinurilor, indispensabile, ca și medicamentele, în lupta împotriva bolilor molipsitoare⁸. Institutul, pe lângă faptul că și-a dovedit utilitatea din punctul de vedere al fabricării și aprovizionării organizațiilor sanitare cu vaccinuri și seruri, a înregistrat rezultate remarcabile în special pe linia luptei împotriva tuberculozei. În anul 1926 el a început opera de vaccinare antituberculoasă în România⁹, pe care a extins-o sistematic în anii următori. În 1930, România ocupa locul al doilea din lume, după Franța, în privința numărului de vaccinări antituberculoase efectuate¹⁰. Cu concursul nemijlocit al Societății pentru profilaxia tuberculozei a reorganizat dispensarele din orașele de provincie profilate pe combaterea acestei boli, care au devenit foarte active¹¹. În 1929 a creat Sanatoriul pentru copii de la Techirghiol, singurul din țară specializat în tratarea copiilor atinși de tuberculoză osoasă și articulară, care a funcționat la început în condiții necorespunzătoare, din cauza insuficienței fondurilor bugetare¹².

⁴ *Ibidem*, f. 67, 143—144. Așa de pildă, pînă la primul război mondial, întreaga populație românească din Munții Apuseni nu dispusese de nici un spital.

⁵ Prof. dr. I. Moldovan și dr. M. Zolog, *op. cit.*, p. 916.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Arh. Șt. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 40/20/1930, f. 3.

⁸ „Monitorul oficial”, nr. 91 din 16.VII.1921.

⁹ Prof. dr. C. Ionescu-Mihăești și prof. dr. M. Clucă, *Bolile infecțioase în România*, în „Revista de igienă socială”, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-iunie, p. 530.

¹⁰ Arh. St. București, fond Casa regală Carol al II-lea, dosar 61/1930, f. 4—5.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

Principalele minusuri ale politicii sanitare din primii ani post-belici au fost acelea că ea se conducea după mai multe legi, vechi și noi, și că pentru aplicarea dispozițiilor lor lipsea aproape complet personalul specializat în domeniul igienei, ocrotirii și asistenței sanitare ¹³. La 31 decembrie 1921 rețeaua sanitară a României avea structura organizatorică cuprinsă în tabelul de la pagina următoare ¹⁴.

Pe întreaga țară, la acea dată erau încadrați în bugetul Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale 1 057 medici, dintre care 237 la circumscripțiile urbane și 820 la circumscripțiile rurale ¹⁵. Numărul medicilor existenți în România era însă mult mai mare. Astfel, în Transilvania, împreună cu Banatul, Maramureșul și Crișana, cifra lor se ridica la 1 584, dar cei mai mulți exercitau profesia de doctor fie în spitale, fie pe cont propriu ¹⁶.

Dacă avem în vedere organizația sanitară de stat, se poate constata că ea era mulțumitoare la orașe, unde populația era mai concentrată de teritoriu, iar mijloacele de comunicație mai bune și unde existau și medici particulari. Numărul medicilor din circumscripțiile sanitare urbane era suficient pentru nevoile curative și pentru activitatea de prevenire sanitară și de ocrotire socială, dar aceștia, din cauza salariilor mici ce le aveau, erau avizați la funcții laterale, având, de regulă, și alte posturi, din care cauză nu-și făceau pe deplin datoria ¹⁷. Situația era mai complicată în mediul rural, chiar critică în zonele mai retrase de căile de comunicație și mai sărace din punct de vedere economic, care erau evitate de doctori, posturile rămânând multă vreme vacante ¹⁸. Așa de pildă, în anii 1921—1922, în județul Tulcea, la o populație de 173 599 locuitori, în cele opt circumscripții sanitare rurale au funcționat doar doi medici titulari ¹⁹.

În anii următori s-a produs o oarecare creștere a numărului de doctori ce activau în mediul rural, dar situația era departe de a fi satisfăcătoare. Deputatul Aurel Dobrescu arăta, cu prilejul discutării proiectului de lege pentru organizarea Casei sănătății, că, după statistica publicată în 1925 de către Direcția asistenței sociale din Ministerul Sănătății Publice, Muncii și Ocrotirii Sociale, România avea pentru întreaga țară 4 950 de medici, dintre care numai 964 lucrau în mediul rural ²⁰. În privința medicilor de circumscripții rurale, numărul lor era de numai 866, neuniform repartizați pe teritoriul țării. Astfel, în Transilvania lucrau 443 dintre ei, în vechea Românie 318, în Bucovina 34,

¹³ Prof. dr. I. Moldovan și dr. M. Zolog, *op. cit.*, p. 917—918.

¹⁴ Arh. St. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 4/3/1922, f. 51.

¹⁵ *Ibidem*, f. 55.

¹⁶ *Ibidem*, f. 28.

¹⁷ *Ibidem*, f. 52.

¹⁸ *Ibidem*, f. 27 și 53.

¹⁹ Constantin M. Țigău, *Expunerea situațiunei județului Tulcea pe anul 1922 prezentată Consiliului județean la deschiderea Sesiunii ordinare*, Tulcea, Tip. „Dobrogea”, 1923, p. 125.

²⁰ „Dezbaterile Adunării Deputaților”, ședința din 7.III.1927, p. 1756.

TABELUL Nr. I

| Provincia | Nr. total al comunelor | | Nr. comunelor pentru o circumscripție sanitară | | Nr. locuitorilor în circumscripții | | Nr. circumscripțiilor sanitare | | Media locuitorilor pe circumscripții sanitare | | |
|----------------------|------------------------|--------|--|--------|------------------------------------|------------|--------------------------------|--------|---|--------|---------|
| | Urbane | Rurale | Urbane | Rurale | Urbane | Rurale | Urbane | Rurale | Urbane | Rurale | Pe țară |
| Vechiul regat | 72 | 2620 | 1,03 | 11,49 | 1 399 743 | 6 971 598 | 70 | 228 | 19 996 | 27 945 | 26 078 |
| Transilvania | 40 | 4083 | 0,47 | 7,66 | 723 908 | 4 390 216 | 83 | 533 | 8 722 | 8 237 | 8 302 |
| Basarabia | 9 | 1952 | 0,75 | 39,04 | 343 700 | 2 001 100 | 12 | 50 | 28 642 | 40 022 | 37 819 |
| Bucovina | 10 | 326 | 0,71 | 7,76 | 171 833 | 628 265 | 14 | 42 | 12 274 | 14 958 | 14 287 |
| ROMANIA | 131 | 8981 | 0,73 | 10,53 | 2 639 184 | 13 391 179 | 179 | 853 | 14 744 | 15 699 | 15 533 |

iar în Basarabia 71²¹. Existau județe care aveau doar trei medici rurali, precum Botoșani și Dorohoi, în Fălciu erau cinci, în Roman șapte, iar în Brăila opt²².

Nici în privința personalului sanitar cu pregătire medie situația nu era multumitoare, numeroase comune fiind lipsite chiar și de agent sanitar sau de moașă. Așa de pildă, în 1921—1922, în județul Tulcea erau încadrați 24 de agenți sanitar rurali și 28 de moașe, din acestea din urmă numai 20 funcționând fără întrerupere²³. În 1923 existau, pe întreaga țară, 4 146 de moașe, dintre care 2 749 deserveau orașele și restul de 1 397 cele 8 704 comune rurale²⁴.

O încercare de organizare complexă și pe baze moderne a operei de asistență sanitară o făcea legea sanitară și de ocrotire, din 14 iulie 1930²⁵. Dintre stipulațiile ei cele mai importante, citeva rețin atenția. În primul rând, legea prevedea descentralizarea serviciului sanitar și de ocrotire pînă la nivelul comunei, în al doilea rînd instituia un așezămint modern și complex de asistență sanitară — conceput încă din 1926 de către Sabin Manuila, în cadrul societății „Astra”²⁶ — *casa de ocrotire* (art. 149—150), ce era întreținută din bugetul comunei, dar care putea fi concomitent ajutată de județ, minister, persoane sau societăți de binefacere (art. 151). Inovația cea mai însemnată a legii era aceea că ea crea, între Serviciul sanitar județean și circumscripția sanitară, o nouă unitate administrativă sanitară, plasa sanitară, ce trebuia condusă de un medic igienist, a cărui funcție nu era limitată la probleme pur sanitare, el trebuind să joace un rol activ în îndrumarea educației generale a locuitorilor de la sate pe linia ocrotirii capitalului uman (art. 57—68).

Legea sanitară și de ocrotire acorda o mare atenție Institutelor de igienă și sănătate publică din București (acesta fusese creat mai înainte, prin legea din 26 februarie 1927), Iași și Cluj, ca instituții menite a îndruma activitatea organizațiilor sanitare și de ocrotire (art. 31). Paralel, în sarcina lor cădea studiul tuturor problemelor de sănătate, pentru început Iașii avînd subordonată, între altele, Stațiunea de malarie de la Stîncă, Bucureștii pe cea de la Gurbănești, județul Ilfov, iar Clujul Institutul pentru profilaxia și studiul cancerului (art. 34).

Dar legea din 1930 nu s-a aplicat decît parțial, iar această neaplicare avea în vedere tocmai dispozițiile cele mai importante privitoare la serviciul sanitar rural și cele referitoare la medicul igienist, al cărui post a fost desființat printr-o decizie ulterioară²⁷. Dispozițiile Capito-

²¹ Idem, ședința din 11.III.1927, p. 1807.

²² Idem, ședința din 7.III.1927, p. 1756.

²³ Constantin M. Țigău, *op. cit.*, p. 125.

²⁴ „Dezbaterile Adunării Deputaților”, ședința din 11.III.1927, p. 1807.

²⁵ „Monitorul oficial”, nr. 154 din 14.VII.1930. Proiectul a fost redactat de I. Moldovan (cf. Dr. G. Banu, *Examen critic și sintetic al problemelor de sănătate rurală*, în „Revista de igienă socială”, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-iunie, p. 1364).

²⁶ Arh. St. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 26/3/1926, f. 1—2.

²⁷ Prof. dr. I. Moldovan și dr. M. Zolog, *op. cit.*, p. 920.

lului III (*Organizarea plășii sanitare*) nu au fost puse în practică. În baza lor au fost create însă două plăși model, la Tomești, județul Iași și la Gilău, județul Cluj. Acestea au fost organizate în conformitate cu spiritul și litera legii, iar rezultatele obținute în anii următori pe linia îmbunătățirii sănătății publice și a scăderii mortalității generale și infantile au fost dintre cele mai promițătoare²⁸. Pe lângă sarcinile generale de asistență sanitară, acestea și-au concentrat atenția în direcția profilaxiei și combaterii bolilor sociale dominante în regiunile din jur: cea de la Tomești pe studiul malariei²⁹, iar cea de la Gilău pe cel al tuberculozei³⁰.

Cu toate carențele legii, izvorite din aplicarea ei parțială, legea sanitară și de ocrotire reprezenta un incontestabil progres în politica sanitară față de satul românesc. În primul rând, ea combătea caracterul birocratic și administrativ ce se practicase pînă atunci în problemele de igienă rurală³¹; în al doilea rând, Institutetele de igienă și sănătate publică și instituția surorilor de ocrotire și-au dovedit cu prisosință utilitatea pentru serviciul sanitar rural. Datorită legii din 1930 s-a putut dezvolta Oficiul demografic, care a fost ulterior încorporat în structura organizatorică a Institutului Central de Statistică. Însemnătatea acestor trei instituții, create prin legea sanitară și de ocrotire, s-a concretizat în cunoașterea mai amănunțită și mai temeinică a problemelor mediului rural și în pregătirea personalului de specialitate necesar³². Legea avea, totodată, meritul de a fi pus problemele ce se cereau imperios rezolvate și de a fi dat multe soluții corecte în această direcție.

Legea sanitară și de ocrotire a intrat în vigoare în plină perioadă de criză economică, din care cauză multe dintre prevederile ei pozitive, care solicitau fonduri din partea statului, n-au găsit sprijinul material necesar. Așa de pildă, Institutului de seruri și vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino”, care potrivit art. 25 al legii, intra în structura organizatorică a Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale și care funcționa cu un buget comorimat încă din anul 1929, în 1930 i s-a tăiat subvenția de un milion de lei pentru anul 1931, ce fusese destinată preparării și distribuției vaccinului necesar vaccinării contra tuberculozei a noilor născuți³³. Pe același an bugetar a fost tăiată suma de 5 000 000 lei, din cele 15 000 000 lei ce se acordau anual Societății profilaxiei în contra tuberculozei, prezidată de directorul Institutului „Dr. I. Cantacuzino”, dr. I. Cantacuzino, s-a subminat apoi o sumă de 500 000 lei, din slaba subvenție de 6 500 000 lei ce se acorda anual, după înființarea Sanatoriului pentru îngrijirea copiilor atinși de tuberculoză chirurgicală de la Techirghiol și a fost redusă cu 15% suma de 11 000 000 lei

²⁸ *Ibidem*: „Opinia” din 29.I.1932.

²⁹ „Opinia” din 29.I.1932.

³⁰ Arh. St. Cluj, fond Prefectura Cluj, dosar 88/1935 : 84/1936.

³¹ Dr. G. Banu, *La politique medico-sociale dans la Roumanie rurale*, în *Société des Nations. Conférence Européenne de la vie rurale. Roumanie, 1930*, p. 143.

³² Prof. dr. I. Moldovan și dr. M. Zolog, *op. cit.*, n. 920—921.

³³ Arh. St. București, fond Casa regală Carol al II-lea, dosar 61/1930, f. 1 și 6.

din bugetul Institutului de seruri și vaccinuri³⁴. Referindu-se la aceste reduceri de fonduri, directorul Institutului de seruri și vaccinuri, dr. I. Cantacuzino, arăta într-un memoriu, din 18 decembrie 1930, înaintat regelui, că, chiar în forma lor inițială sumele erau minimale, căci din ele se puteau vaccina în mod gratuit mai toți copiii născuți din principalele 40 de orașe ale țării și din trei județe întregi. Or, prin reducerea acestora, Institutul era pus în imposibilitate de a mai prepara vaccinul antituberculos, iar toți copiii ce se nășteau în anul 1931 nu mai puteau beneficia de vaccin³⁵.

În privința construcțiilor sanitare din mediul rural, acestea au rămas, atît în anii crizei economice, cît și în perioada următoare o problemă greu de rezolvat. Sabin Manuila observa, în 1934, că multe din cele 15 201 sate ale României, în special cele mici, avînd o organizare mai rudimentară, nu-și puteau permite investiții în domeniul sanitar³⁶. Pe de altă parte, dimensiunile mari ale multor sate cu populație redusă constituiau o dificultate nu numai pentru organizarea sanitară, ci și pentru cea administrativă și școlară³⁷. Inițiativele Serviciului sanitar și de ocrotire județean Cluj, din toamna anului 1934 și de mai tîrziu prin care încerca să determine comunele Mîrgău, Bălcești și Săcuiu de a contribui la înființarea de dispensare sanitare cu clădiri, teren și numerar, sub promisiunea că județul va contribui la întreținerea lor, n-au dat nici un rezultat pozitiv³⁸. Dealtfel, este suficient să amintim că la începutul anului 1937 numai 408 dispensare rurale din România aveau localuri proprii³⁹. În ceea ce privește Casa de ocrotire, ca instituție prevăzută în legea din 1930, ea n-a fost nicăieri creată în fapt. La numai cîțiva ani de la promulgarea legii sanitare și de ocrotire s-a renunțat la ideea ei, accentul fiind pus, cu începere din anul trimerii echipeilor studențești la sate, 1935, pe *dispensarul rural*, ca primă instituție sanitară a satului, menită să acționeze practic pentru aplicarea legală a medicinei curative și pentru găsirea soluțiilor practice cele mai potrivite în vederea luptei pentru combaterea mortalității generale⁴⁰.

Fundația regală Carol al II-lea și-a propus să creeze în fiecare comună cite un cămin cultural, menit să dirijeze întreaga viață a localității, și o casă a satului, în care să funcționeze dispensarul⁴¹. Echipele studențești care au lucrat la sate în verile anilor 1936—1938, compuse din medic, soră de ocrotire și medic veterinar, au inițiat acțiuni de organizare a dispensarului sanitar și a căminului cultural. Căminele au activat pe secțiuni, prima lor secțiune fiind dispensarul sanitar,

³⁴ *Ibidem*, f. 2—4.

³⁵ *Ibidem*, f. 4—5.

³⁶ Idem, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 20/3/1926, f. 2 ; 44/24/1930, f. 2 ; 123/26/1936, f. 5.

³⁷ Prof. dr. I. Moldovan și dr. M. Zolog, *op. cit.*, p. 923.

³⁸ Arh. St. Cluj, fond Prefectura Cluj, dosar 68/1935.

³⁹ Dr. Constantin C. Gheorghiu, *Asistența medicală rurală în România*, în „Sociologie românească”, an. II (1937), nr. 2—3, februarie-martie, p. 86.

⁴⁰ Arh. St. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 20/3/1926, f. 1.

⁴¹ *Ibidem*, f. 3—4.

prin care s-a încercat integrarea problemelor sanitare în programul de organizare culturală a satului⁴². Mai târziu, în 1939, la propunerea Institutului de științe sociale al României, s-a încercat, prin intermediul Rezidențelor de ținuturi, a se crea pe cuprinsul întregii țări câteva sate model, înzestrate cu toate instituțiile adecvate unei societăți moderne, dar din cauza lipsei de fonduri, ele n-au putut fi constituite⁴³.

Ca rezultat al legii din 1930 s-a încercat îmbunătățirea situației sănătății populației prin alte mijloace și metode, care, deși n-au dat rezultatele scontate, au rămas, totuși, achiziții utile în acest domeniu. Astfel, s-a înmulțit simțitor numărul medicilor de circumscripție și a surorilor de ocrotire, s-au creat spitale și sanatorii, s-a dat un impuls mai puternic profilaxiei și combaterii tuberculozel, s-a organizat ofensiva sanitară, s-au pus bazele combaterii sistematice a bolilor infecțioase⁴⁴. Cu începere din anul 1929 pînă în 1938 au fost vaccinați peste 100 000 de copii din diferite centre ale țării împotriva scarlatinei, cele mai multe vaccinări fiind efectuate la București și Iași. În septembrie 1938, ministrul de resort a luat inițiativa extinderii vaccinării antiscarlatinoase în întreaga țară. Ca urmare, s-au constituit centre de vaccinare la București, Iași și Cluj, prin intermediul cărora, pînă în 1939, au fost vaccinați copiii între 2 și 15 ani din întreaga țară⁴⁵. În privința vaccinării împotriva altor boli infecțioase, precum febra tifoidă, infecțiile paratifoide și holera, în România acestea fuseseră aplicate pe scară largă încă înainte de primul război mondial, ele continuînd în aceleași proporții și după Unire⁴⁶. În 1936, Institutul de seruri și vaccinuri a început, în colaborare cu Academia de medicină, anchete locale împotriva tifosului și încercări de vaccinare cu tulpini locale de virus⁴⁷.

În privința numărului de medici care activau la sate se observă o spöririre de la an la an; cu toate acestea, situația era departe de a fi satisfăcătoare în raport cu cerințele unei asistențe sanitare moderne. Astfel, cei circa o mie de medici rurali, cîți activau în anul 1934, aveau sarcina să asiste o populație sătească de aproape 15,5 milioane de locuitori, adică un medic revenea în medie la 15 500 de săteni. Existau atunci zone în care un medic revenea la 25 000 — 30 000 de locuitori, avînd de acoperit o asistență sanitară pe suprafețe cuprinse între 400 și 600 km p. În rețeaua ministerului de resort figurau în acel an aproape 2 400 de medici, dintre care doar 984 — în teorie, cel puțin — aveau reședința în comune rurale⁴⁸. În același timp, în Germania un medic revenea la 786 locuitori urbani și la 2 317 locuitori rurali, iar în Italia

⁴² Idem, doc. 123/26/1936, f. 4.

⁴³ Vezi Arh. St. Ilfov, fond Prefectura Vlașca, dosar 165/1939.

⁴⁴ Prof. dr. I. Moldovan și dr. M. Zolog, *op. cit.*, p. 921.

⁴⁵ Dr. V. Albescu, *Scarlatina*, în „Revista de igienă socială“, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-iunie, p. 539—540; Prof. dr. C. Ionescu-Mihăești și prof. dr. M. Ciucă, *op. cit.*, p. 528.

⁴⁶ Prof. dr. C. Ionescu-Mihăești și prof. dr. M. Ciucă, *op. cit.*, p. 519.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 527.

⁴⁸ Arh. St. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 87/25/1934, f. 5—7.

la 3 000 de locuitori rurali⁴⁹. La începutul anului 1935, după declarațiile ministrului sănătății, dr. I. Costinescu, în satele României erau 1 360 de medici, față de necesarul de cel puțin 6 500 de doctori⁵⁰. Doi ani mai târziu, la începutul anului 1937, existau în România 7 162 medici, din care 990 erau plasați în București. Localitățile cu caracter rural erau deservite de 1 935 medici, revenind 12,3 medici la 100 000 de locuitori. Din cei 1 935 medici rurali, numai 1 371 erau plătiți din bugetul statului⁵¹. Dacă se luau în calcul cei 1 935 medici rurali și dacă se ținea seama de repartitia lor neuniformă pe teritoriul țării, se putea constata că pe provincii un medic revenea la 14 247 locuitori rurali în Dobrogea, la 14 037 locuitori rurali în Oltenia, la 11 693 în Muntenia, la 9 104 în Moldova, la 7 558 în Basarabia, la 6 613 în Bucovina, la 6 441 în Transilvania, la 6 275 în Crișana—Maramureș și la 3 735 locuitori rurali în Banat⁵². Or, criteriile Ligii Națiunilor stabileau un medic la 2 000 de locuitori, timp în care în România un medic asista 8 130 locuitori rurali în medie. Situația era defavorabilă țării noastre în raport cu alte state. Astfel, în Iugoslavia, un medic revenea la 3 568 locuitori rurali, în Polonia la 3 289, în Bulgaria la 3 059, în Brazilia la 2 958, în Suedia la 2 980, în Belgia la 2 344, în Grecia la 1 727, în Franța la 1 697, în Germania la 1 552, în Uruguay la 1 067, în Statele Unite ale Americii la 789 locuitori rurali⁵³.

În același timp, la începutul anului 1937, numărul medicilor de circumscripție de la sate sporise la 1 200, dar situația se menținea la fel de deficitară, atita timp cit 14 000 de sate continuau să rămână fără doctori. Or, cele 14 000 de sate adăposteau 76% din totalul populației rurale sau 62% din totalul locuitorilor țării, în puține dintre acestea putându-se întilni vreo instituție cu caracter sanitar⁵⁴. În același timp, existau în România 247 spitale mixte, dintre care 150 deserveau în exclusivitate teritoriile rurale, plus 715 farmacii rurale, dar toate acestea erau plasate în comune mai mari, care dispuneau și de dispensare me-

⁴⁹ *Ibidem*, f. 5.

⁵⁰ Dr. I. Costinescu, *Grija pentru sănătatea satelor noastre*, în „Democrația”, București, an. XXIII (1935), nr. 4, aprilie, p. 10.

⁵¹ Dr. Constantin C. Gheorghiu, *op. cit.*, p. 81.

⁵² *Ibidem*, p. 82. Dacă avem în vedere situația pe unități administrative, observăm, indiferent de perioadă, că în unele dintre acestea dăinuia o stare gravă. Astfel, în 1930, în județul Rîmnicu Sărat un medic revenea la 13 000 locuitori (Arh. St. Buzău, fond Prefectura Rîmnicu Sărat, dosar 237/1930), în 1938, în județul Baia, cu 180 019 locuitori, erau 22 medici, din care doar șase de stat (Arh. St. Iași, fond Rezidența Ținut Prut, dosar 82/1938, f. 2 și 21), în 1938, medicul circumscripției sanitare Zorleni, județul Tutova asista opt sate cu 13 000 locuitori (Mircea Tiriung, Marin Dobre și Ghenuță Coman, *Stoeșești. Un sat cu moșie boerească din Tutova*, în *60 sate românești*, vol. IV, p. 64).

⁵³ Dr. Constanțin C. Gheorghiu, *op. cit.*, p. 82—83.

⁵⁴ Arh. St. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 20/3/1926, f. 2 ; 123/26 1936, f. 5.

dicale⁵⁵. Iată care era structura completă a circumscripțiilor sanitare rurale, împreună cu personalul sanitar care asista populația satelor în 1937 (vezi tabelul de la pagina următoare) :⁵⁶.

Concomitent cu sporirea numărului medicilor și a circumscripțiilor sanitare rurale a crescut și capacitatea de spitalizare, în general. Astfel, de la 24 144 de paturi, câte existau în anul 1923⁵⁷, s-a ajuns, în 1938, la 40 242 de locuri⁵⁸, prin creșterea spațiului de spitalizare din orașe și prin înființarea unor mici spitale rurale.

Inițiativele și eforturile întreprinse în spiritul legii din 14 iulie 1930 n-au putut determina o îmbunătățire apreciabilă a sănătății publice în mediul rural, unde ea prezenta aspecte grave, din cauza unor acțiuni fragmentare, neînchegate într-un sistem de muncă unitar și, mai ales, lipsei de continuitate a unui program de muncă întocmit după principii unitare⁵⁹. Doctorul G. Banu scria, în 1939, că deși Conferința europeană de igienă rurală de la Geneva, din 1931, făcuse o serie de recomandări cu privire la asistența medicală de la sate, la organizarea serviciului de igienă publică la țară, la centre de sănătate în mediul rural și la altele, România era atunci departe de a le realiza, căci, chiar dacă unele fuseseră înfăptuite parțial, cele mai multe continuau să rămână încă un obiect de studiu⁶⁰. Așa de pildă, dacă avem în vedere tuberculoza, care reprezenta ca pondere, atât pe țară, cât și la sate și la orașe, a cincea cauză a mortalității, pentru depistarea ei nu existau în mediul rural dispensare specializate, nici fixe, nici mobile, cu excepția celor din plasele model : Tomești și Gilău. După 1930, Liga națională contra tuberculozei a organizat o serie de echipe radiologice transportabile, care au funcționat în diferite județe, dar acestea au fost folosite mai mult în scopuri științifice, ele servind comisiilor de anchetă care au făcut cercetări asupra răspândirii tuberculozei în diferite sate. În privința posibilităților de spitalizare, în primii ani postbelici existau aproximativ 2 000 — 2 500 de paturi în întreaga țară ; lor li s-au adăugat alte 2 000 de paturi în cele patru spitale ale Societății pentru profilaxia tuberculozei ; după 1930, capacitatea de spitalizare în sanatorii a sporit la 7 000 — 8 000 de paturi, pînă în 1939, grație eforturilor Ligii Naționale contra tuberculozei și fondurilor procurate din beneficiile Loteriei de stat, înființată special în acest scop⁶¹. Cu toate progresele rea-

⁵⁵ Idem. doc. 20/3/1926, f. 2 : 123/26/1936, f. 5.

⁵⁶ Dr. G. Banu, *op. cit.*, p. 180.

⁵⁷ „Dezbaterile Adunării Deputaților“, ședința din 11.III.1927, p. 1613.

⁵⁸ Institut Central de Statistique, *Breviatre statistique de la Roumanie, 1940*. Bucurest. 1940, p. 69.

⁵⁹ Prof. dr. I. Moldovan și dr. M. Zolog, *op. cit.*, p. 921.

⁶⁰ Dr. G. Banu, *op. cit.*, p. 139.

⁶¹ Detalii în Arh. St. București, fond Casa regală Carol al II-lea, dosar 61/1930, f. 6 : „Dezbaterile Adunării Deputaților“, ședința din 11.III.1927, p. 1613 ; Dr. M. Nasta, *Tuberculoza în mediul rural*, în „Revista de igienă socială“, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-Iunie, p. 697 ; Prof. dr. C. Ionescu-Mihăești și prof. dr. M. Ciucă, *op. cit.*, p. 530.

TABELUL Nr. II

| Provincia | Medical | | | | Auxiliari | | | |
|--------------------------|----------------|---------------------------|-------|--------------------------------|-----------------|--|------------------|--------------------------------------|
| | Medic de circă | Medic de circă cu aptezal | Total | Număr de locuitori la un medic | Agenti sanitari | Număr de locuitori pentru un agent sanitar | Moase cu diplomă | Număr de nașteri asistate de o moașă |
| ROMANIA | 1 261 | 160 | 1 421 | 11 131 | 2 513 | 6 296 | 5 154 | 103 |
| Oltenia | 100 | 20 | 120 | 12 100 | 387 | 3 755 | 278 | 182 |
| Muntenia | 228 | 20 | 248 | 13 416 | 675 | 4 929 | 609 | 204 |
| Dobrogea | 54 | 4 | 58 | 12 027 | 161 | 4 333 | 177 | 153 |
| Moldova | 160 | 45 | 205 | 10 218 | 518 | 4 044 | 605 | 149 |
| Basarabia | 160 | 56 | 216 | 12 328 | 479 | 5 649 | 337 | 237 |
| Bucovina | 63 | 3 | 66 | 10 571 | 105 | 6 645 | 272 | 79 |
| Transilvania | 286 | 6 | 292 | 9857 | 98 | 29 319 | 1 832 | 44 |
| Banat | 100 | 1 | 101 | 7737 | 48 | 16 280 | 365 | 40 |
| Crișana-Maramureș | 110 | 5 | 115 | 10 266 | 42 | 28 110 | 679 | 47 |

lizate în această direcție, capacitatea de spitalizare rămânea foarte redusă în raport cu numărul celor ce mureau anual de această boală, în medie 34 000, care ar fi trebuit îngrijit în sanatorii. Este necesar de notat apoi faptul că aceste așezăminte deserveau aproape în exclusivitate populația bolnavă a orașelor⁶². Fără a fi ajuns suficient, numărul de dispensare antituberculoase a sporit, grație Ligii Naționale contra tuberculozei care, după ce a reușit o centralizare a fondurilor bănești, a organizat, cu ajutorul lor, un început de campanie antituberculoasă în țara noastră⁶³.

În condițiile asistenței sanitare existente la sate, profilaxia tuberculozei la domiciliu era imposibil de realizat și ea nu se aplica nicăieri⁶⁴. „Activitatea medicilor față de această maladie — raporta, în 1930, medicul șef al Serviciului sanitar al județului Râmnicu Sărat — se mărginește la descoperirea ei și la sfaturi profilactice“⁶⁵. Or, problema era mult prea complicată în raport cu capacitățile de luptă ale satului împotriva ei. „Problema tuberculozei — se menționa în raportul amintit — așteaptă rezolvarea de la țară și de la județ; este o chestiune socială și națională, e în strînsă legătură cu starea economică și națională și trebuie multă bunăvoință, mult sacrificiu din partea tuturor ca să se adauge la activitatea medicilor“⁶⁶.

În perioada interbelică s-au făcut progrese însemnate pe linia luptei împotriva malariei. Vreme de câțiva ani, după Unire, acțiunile antimalarice au reprezentat o continuare a unor inițiative mai vechi de la începutul secolului nostru. Anul 1926 a marcat o cotitură în lupta pentru combaterea acestei boli sociale. În acel an s-a constituit o comisie, sub președinția dr.-lui I. Cantacuzino, cu sarcina de a stabili programul de acțiune antimalarică la nivelul întregii țări. La început, comisia a activat temporar, dar numai după câțiva ani ea și-a permanentizat acțiunea, stabilind, împreună cu Institutul de seruri și vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino“ și cu Institutele de igienă, harta zonelor impaludate și pregătind medici malariologi și agenți chininizatori⁶⁷. Inițiativele comisiei au găsit un sprijin continuu la organizarea de igienă a Societății Naționalelor⁶⁸.

În 1930 a luat ființă Stațiunea pentru studiul malariei de la Gurbănești, județul Ilfov, condusă de prof. dr. D. Mezincescu; în 1932 cea de la Tomești, județul Iași, iar în 1934 stațiunea de la Techirghiol⁶⁹. La stăruințele profesorului M. Ciucă și sub îndrumarea lui, s-a construit, în 1931, cu fonduri primite de la Fundația americană Rockefeller,

⁶² Dr. M. Nasta, *op. cit.*, p. 697.

⁶³ Prof. dr. C. Ionescu-Mihăești și prof. dr. M. Ciucă, *op. cit.*, p. 530.

⁶⁴ Dr. M. Nasta, *op. cit.*, p. 697; Arh. St. Botoșani, fond Prefectura Botoșani, dosar 276/1938.

⁶⁵ Arh. St. Buzău, fond Prefectura Râmnicu Sărat, dosar 237/1930.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ Dr. Cantemir Angheloseu, *Asanările malarice în România*, în „Revista de igienă socială“, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-iunie, p. 741—742.

⁶⁸ Prof. dr. C. Ionescu-Mihăești și prof. dr. M. Ciucă, *op. cit.*, p. 530.

⁶⁹ Dr. Dumitru A. Cornelson, *Stațiunea Gurbănești pentru studiul malariei*,

o stațiune de malarioterapie pe lângă spitalul de boli mintale de la Socola, apoi au fost organizate noi stațiuni pe lângă spitalul din Cotiușeni, județul Soroca și Spitalul de boli nervoase din București. Cu concursul Fundației Rockefeller, care a acordat mai multe burse, au fost trimiși la Paris și Roma o serie de medici pentru specializare în malariologie. Sub impulsul acestor măsuri inițiate pe linia organizării activității antimalarice și cercetările efectuate într-o serie de regiuni paludice, în special în județele Bihor și Satu Mare, au căpătat amploare ⁷⁰.

Deosebit de activitatea antimalarică a organizațiilor sanitare, a fost inițiat un vast program de asanări în zonele inundabile. Prin Jurnalul Consiliului de Miniștri, nr. 261 din 16 februarie 1937, s-a constituit, sub președinția ministrului sănătății, dr. I. Costinescu, o comisie interministerială de asanări malarice. Aceasta a stabilit un program național de asanări, din care s-au executat, pînă la izbucnirea celui de-al doilea război mondial, lucrări pe litoralul Mării Negre, în județele Cahul și Lăpușna pe afluentul Prutului, Valea Sărată, pe văile Bahluiului, Birladului, Dimboviței, în zona mlăștinoasă a comunei Balta Verde, județul Dolj și în județele Bihor și Satu Mare. Asanările malarice au determinat în multe zone, dar nu pretutindeni, scăderea morbidității prin malarie ⁷¹. Datele statistice pentru întreaga țară din perioada de după efectuarea acestor lucrări au rămas staționare, pînă în anul 1939, cînd se constată o scădere, cu 45 594, a numărului de noi cazuri de paludism. Nu se poate ști însă măsura în care asanările au influențat starea de endemicitate din România, întrucît în perioada anterioară anului 1937 se înregistrau, de la un an la altul, variații chiar mai mari decît cele de mai sus ⁷², fără ca lucrările de asanare să fi jucat vreun rol în această direcție.

În perioada interbelică, o parte din sarcinile asistenței sanitare din România au fost preluate de diverse societăți particulare de binefacere sau de către organizații de asistență socială constituite în acest scop. Ele n-au acoperit însă decît o cotă redusă din ansamblul operei de asistență socială; în plus, date fiind fondurile limitate de care dispuneau, n-au fost accesibile unor mase prea largi. Potrivit datelor primului recensămînt al instituțiilor de asistență socială și de ocrotire, întocmit de Institutul Central de Statistică la 1 ianuarie 1936, care nu reflectă complet realitatea — întrucît, așa cum remarcă directorul Institutului, dr. Sabin Manuila, multe instituții prezentaseră date incomplete, neprecise, altele nu răspuseseră deloc ⁷³ — rezulta că în România ființau în total 951 de societăți de asistență (asistență a copiilor, a tineretului,

în „Revista de igienă socială“, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-iunie, p. 797.

⁷⁰ *Ibidem*; Dr. Cantemir Angheliescu, *op. cit.*, p. 742.

⁷¹ Dr. Cantemir Angheliescu, *op. cit.*, p. 744, 747—791.

⁷² *Ibidem*, 737; Prof. dr. C. Ionescu-Mihăești și prof. dr. M. Ciucă, *op. cit.*, p. 531.

⁷³ Institutul Central de Statistică, *Instituțiunile de asistență socială și de ocrotire. Rezultatele recensămîntului Instituțiunilor de asistență socială și de ocrotire din 1 ianuarie 1936*, București, 1938, p. 2—3.

a adulților, dispensare pentru copii, colonii, preventorii pentru copii, aziluri pentru infirmi etc.), din care 50 erau fondate și finanțate de stat, 63 de municipalități, opt de județe și 830 erau particulare ⁷⁴.

Dintre așezămintele filantropice, destul de numeroase în România, vom menționa doar câteva. Pe lângă Epitropia spitalului Sfântul Spiridon din Iași a luat ființă, în 1913, iar după război, în 1919, a fost reorganizat, Institutul de puericultură. În februarie 1933 el a fost dotat cu un local nou, cu o capacitate de 150 de paturi, cu laboratoare și instalațiile aferente. Institutul a înregistrat succese în scăderea mortalității la copiii orfani, la cei ai copiilor părăsiți de părinți sau fără îngrijire, pe care îi creștea ⁷⁵. În Bucovina, în primii ani postbelici, în lipsa unor instituții de stat, asistența copiilor orfani a fost în exclusivitate asigurată prin casele create special în acest scop din inițiativele unor persoane particulare ⁷⁶.

Deosebit de intensă s-a dovedit a fi în Transilvania acțiunea societăților private pentru ameliorarea stării sănătății locuitorilor satelor. Cu începere din anul 1923, Cominia de propagandă și Igienă Socială, afiliată Societății Studenților în Medicină din Cluj, a desfășurat o amplă activitate în domeniul combaterii plăgilor sociale ce bintuiau populația rurală. În fiecare an aceasta trimitea în mai multe sate din toate județele Transilvaniei studenți și absolvenți ai facultății de medicină din Cluj pentru a studia bolile cele mai răspândite în regiunile respective și pentru înălăturarea lor ⁷⁷.

Interesul față de sănătatea locuitorilor satelor — care aveau cea mai precară stare sanitară și care reprezentau patru cincimi din populația țării — s-a manifestat în permanență în rîndurile conducătorilor societății „Astra”. La propunerea profesorului Iuliu Moldovan, conducerea societății a adoptat, în anul 1926, „rezoluția de la Zalău”, prin care „Astra” își stabilea drept principal țel acela de a lupta pentru promovarea armonioasă a calităților fizice, mintale și sufletești ale poporului român, în cadrul unei biopolitici cuprinzătoare ⁷⁸. Pentru traducerea în fapt a acestui program, secțiile „Astrei” au fost permanent prezente în satul românesc, inițiind, prin personalul său, în colaborare cu alte instituții, anchete sanitare, trimițînd echipe de medici la sate și chiar organizînd cursuri de demografie pe lângă școlile țărănești ⁷⁹.

Nu trebuie pierdut din vedere nici faptul că o parte din așezămintele Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale destinate sănătății publice au fost parțial sau total opera unor instituții cu alte profiluri. Așa de pildă, în 1927, ministerul de resort a înființat pe terenul său de la Agiea, județul Constanța, un preventoriu pentru copii, com-

⁷⁴ *Ibidem*, p. 28—31.

⁷⁵ „Opinia” din 5.V.1937.

⁷⁶ „Socialismul” din 11.I.1920.

⁷⁷ Arh. St. Cluj, fond Prefectura Cluj, dosar 68/1935.

⁷⁸ Dr. Sabin Manuila, *Problema recreației în mediul rural*, în „Revista de igienă socială”, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-iunie, p. 501.

⁷⁹ Arh. St. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 734/2/1940, f. 10.

pus din barăci, a căror capacitate totală de cazare a ajuns, în 1936, la 700 de locuri pe lună. În anii 1934—1935 ministerul a construit o cantină și câteva pavilioane din cărămidă, dar la 31 decembrie 1936 el solicita prefecturilor și societăților de binefacere să contribuie la ridicarea de noi pavilioane. Nu se știe care a fost contribuția instituțiilor la înfăptuirea acestei lucrări, dar cunoaștem din documente că prefectura județului Cernăuți începuse deja construcția unui pavilion cu 100 de paturi⁸⁰.

O concluzie care se desprinde din majoritatea surselor documentare referitoare la sănătatea populației este aceea că în lumea satelor asistența sanitară n-a devenit după primul război mondial accesibilă tuturor locuitorilor rurali. În primul rînd, insuficiența cadrelor medicale cu pregătire superioară și medie făcea ca mulți țărani să nu poată ajunge decît rare ori la acestea. G. G. Gheorghiu și H. H. Stahl afirmau că găsiseră un sat într-o regiune de munte a țării în care locuitorii declaraseră, în 1929, că în decursul ultimilor 15 ani nu venise la ei nici un medic⁸¹. Chiar și în regiunile unde existau doctori, aceștia, deși depuneau eforturi stăruitoare pentru asigurarea asistenței și educației sanitare a populației⁸², nu puteau consulta decît o mică parte din numărul mare de locuitori pe care ei trebuiau să-i asiste. Datele Institutului Demografic arată că, din o sută de copii pînă la vîrsta de un an ce mureau în cursul anului respectiv în mediul rural, numai 10,30% erau văzuți de un medic sau de un agent sanitar, ceilalți dintre decedați fiind lipsiți de cea mai elementară asistență medicală. O situație similară s-a găsit și la copiii mai mari. De fapt, din totalul morților — copii și adulți ce decedau în cursul unui an în mediul rural — abia 22,4% beneficiau de îngrijire medicală, restul de 77,60% mureau fără să fi fost vreodată văzuți de medic sau de un cadru medical auxiliar și fără să fi apelat la cea mai elementară asistență sanitară⁸³. Deputatul Aurel Dobrescu remarcă, în legătură cu aceasta, că în comunele rurale cea mai acută lipsă de asistență sanitară se înregistra în rîndurile maselor și ale copiilor⁸⁴. Din raportul întocmit de prof. Dr. D. Mezincescu în cadrul Cercului de studii al Partidului Național Țărănesc, în anul 1934, se degajă concluzia că lipsa de asistență era un fenomen de proporții. Astfel, din cei 524 388 copii care s-au născut în comunele rurale în 1933, un număr de 10 484 de nașteri fuseseră asistate de medici, 182 697 de moașe cu diplomă, dintre care, de fapt, doar o parte posedau diplome, 303 930 de moașe empirice, iar 27 277 femei de la sate născuseră fără

⁸⁰ Arh. St. Cluj, fond Prefectura Cluj, dosar 84/1936; Institut Central de Statistique, *op. cit.*, p. 127.

⁸¹ Dr. C. C. Gheorghiu și H. H. Stahl, *Metodele de investigație sanitară și medico-socială în mediul rural*, în „Revista de igienă socială”, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-iunie, p. 49.

⁸² Arh. St. București, fond Ministerul Afacerilor Interne, dosar 536/1919, f. 7.

⁸³ Idem, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 87/25/1934, f. 4.

⁸⁴ „Dezbatările Adunării Deputaților”, ședința din 11.III.1927, p. 1807.

nici un fel de asistență⁸⁵. Cercetările pe județe, din Vlașca, Teleorman, Muscel, Dimbovița, Trei Scaune, Brașov, Constanța, avînd în vedere o perioadă de zece ani, indică pretutindeni situații care confirmă, în linii generale, datele statisticii din 1933 pe întreaga țară⁸⁶.

La rîndul lor, datele cu caracter sanitar ale micromonografiilor probează cu suficientă convingere insuficiența asistenței sanitare medicale a țărănimii. Așa de pildă, într-o comună cu 6 161 locuitori, precum Bălușeni, județul Botoșani, medicul fusese în cursul anului 1937 de nouă ori; la Copalău, cu 3 277 locuitori, el venise de 35 de ori; comunele Curtești, cu 3 785 locuitori, și Mănăstireni, cu 2 835 locuitori, fuseseră vizitate de cite 24 de ori etc.⁸⁷. Autorii raportului asupra situației locuitorilor din plasa Sulița, județul Botoșani, pe anul 1937, notau că în cele 13 comune existau bătrîni care nu apelaseră niciodată la medic⁸⁸.

Echipele studențești care au urmărit starea de lucruri din domeniul sănătății în satele din vestul țării, considerate „bunișoare“, au constatat că medicul de circumscripție deservea mai multe sate, vizitînd pe fiecare dintre ele o dată sau de două ori pe lună. La date fixe, venea la primărie, unde îl așteptau pacienții. Medicul nu avea un sediu în care să fi putut da consultații, astfel că examenul era făcut sumar, fără ca bolnavii să se dezbrace⁸⁹.

Organizarea unei rețele de asistență sanitară corespunzătoare la sate ar fi permis accesul mai larg al țăranilor la cuceririle medicinei. Faptul a fost dovedit cu prilejul activității la sate a echipelor studențești, cînd în localitățile cercetate s-a realizat o ameliorare a asistenței sanitare. Deși sarcina principală a medicilor din cadrul echipelor era aceea de a contribui la cercetarea din punct de vedere sociologic a satului și de a organiza dispensarul sanitar, din cauza avalanșei de bolnavi care soseau la dispensar, nu numai din satul în care lucra echipa, ci și din cele din jur și din localități mai depărtate, echipele medicale au fost împiedicate pur și simplu să facă cercetări⁹⁰.

Unificarea legislației din domeniul sanitar, în 1921, n-a însemnat însă și o uniformizare totală a sistemului de asistență sanitară la nivelul țării, în unele zone ale provinciilor unite menținîndu-se vechea stare de lucruri. Așa de pildă, în Transilvania, cele mai multe dintre consultațiile date de medici continuau să fie efectuate, în virtutea tradiției, cu plată, timp în care în restul țării ele erau gratuite⁹¹. Dar gratuitatea

⁸⁵ Arh. St. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 87/25/1934, f. 4; Dr. G. Banu, *Patologia mamei și a copilului în mediul rural*, în „Revista de igienă socială“, București, an. X (1940), nr. 1—6, ianuarie-iunie, p. 629.

⁸⁶ Dr. G. Banu, *op. cit.*, p. 620—631. În monografia comunei Bivolari, județul Iași se arată că în cele șapte sate exista o singură moașă, în condițiile în care se înregistrau zilnic 3—4 nașteri (Arh. St. Iași, fond Prefectura Iași, dosar 45/1938, f. 18).

⁸⁷ Arh. St. Botoșani, fond Prefectura Botoșani, dosar 276/1938.

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ Arh. St. București, fond Dr. Sabin Manuila, doc. 20/3/1928, f. 3.

⁹⁰ Idem, doc. 123/26/1936, f. 3—4.

⁹¹ Idem, doc. 20/3/1928, f. 1 și 3.

consultațiilor, ca și a unor medicamente, devenea inoperantă, fie din lipsa medicilor, fie datorită lipsei de medicamente. În general, medicii de la țară nu dispuneau nici de mijloace de transport pentru a se deplasa la locuința bolnavului, nici de material sanitar. Aurel Dobrescu arăta în Parlament, în ședința Camerei din 7 martie 1927, situația dintr-o mare comună a județului Argeș, situată la 7 km de Pitești, prin prisma unuia dintre procesele-verbale ale medicului de circumscripție: „Am constatat — scria doctorul — că în comună sînt vreo 30 de bolnavi de febră palustră, dar n-am chinină pentru tratarea lor, mai sînt bolnavi de febră tifoidă, dar n-am mijloace să-i tratez sistematic...”⁹². La 23 ianuarie 1929, doctorul Thiers-Bulău aducea la cunoștința ministrului sănătății publice că spitalele rurale și județene din Regiunea sanitară Iași, la fel ca și cele din alte regiuni sanitare ale țării, erau lipsite adeseori luni întregi pînă și de cele mai comune medicamente și anti-septice, ca săruri de mercur, tinctură de iod, alcool rafinat, apă oxigenată etc., precum și de material și pansamente⁹³, iar autorul micro-monografiei comunei Mănăstireni, județul Botoșani nota, în 1937, că aici asistența medicală se rezuma la vizita agentului sanitar, care nu dispunea decît de chinină⁹⁴.

Neîndoielnic că lipsa medicamentelor a influențat în mare măsură morbiditatea populației și în unele cazuri chiar mortalitatea. Deputatul Aurel Dobrescu declara că la noi oamenii mureau cu zile, căci, pe cînd în Germania nu se mai înregistrau decese din cauza diferiei de la descoperirea serului Behring, în România decedau 31,67% din bolnavii atinși de această boală⁹⁵.

În lipsă de medicamente gratuite, țărani erau nevoiți să le cumpere, dar mulți dintre ei nu dispuneau de bani pentru procurarea lor. În schițele de monografii pentru cele 13 comune ale plășii Sulița, județul Botoșani se arăta că, deși o parte dintre bolnavi se prezentau la vizitele medicale, acestea erau inoperante, neputînd face dintr-un bolnav un om sănătos, întrucît țărani nu-și puteau cumpăra medicamentele scumpe de la farmacia⁹⁶. Cercetările echipelor studentești efectuate în cele 235 de gospodării în vara anului 1938 au găsit că cele mai multe dintre familiile studiate alocau fonduri extrem de mici din bugetele lor pentru sănătate. Cheltuielile cele mai însemnate destinate acestui scop apăreau la gospodăriile de 10,1 — 20 ha din Transilvania, cu 2 495 lei, și Muntenia, cu 500 lei, și la grupul gospodăriilor cu 3,1 — 5 ha din Bucovina, cu 270 lei pe familie. În rest, la toate celelalte categorii de gospodării erau alocate sume infime, de 5 — 10 lei, de cele mai multe ori nimic⁹⁷. Analiza pe ansamblu a bugetelor gospodăriilor țărănești

⁹² „Dezbaterile Adunării Deputaților”, ședința din 7.III.1927, p. 1758.

⁹³ Idem, ședința din 23.I.1929, p. 523.

⁹⁴ Arh. St. Botoșani, fond Prefectura Botoșani, dosar 278/1938.

⁹⁵ „Dezbaterile Adunării Deputaților”, ședința din 7.III.1927, p. 1758.

⁹⁶ Arh. St. Botoșani, fond Prefectura Botoșani, dosar 278/1938.

⁹⁷ Ing. agr. P. Stănculescu și C. Ștefănescu, *Situația economică prezentă, în 60 sate românești*, vol. II, p. 290.

rămînea cea mai grăitoare explicație a cheltuielilor atît de modeste făcute de familia săteanului în scopul apărării sănătății membrilor ei. Faptul a avut implicații nemijlocite asupra morbidității și mortalității populației României dintre cele două războaie mondiale care, cu toate că s-au diminuat în cursul anilor, au continuat să rămînă, totuși, ridicate.

THE ROMANIA'S HEALTH POLICY BETWEEN THE TWO WORLD WARS

SUMMARY

After the first World War, there were serious attempts to improve the health conditions in Romania. But, untill 1930 the preoccupations of the officiale were almost exclusively devoted to curative medicine, and a staff specialized in hygiene and social welfare was almost lacking.

The Health and Welfare law of 1930 was based on the decentralization of the health welfare till the smallest administrative unit, the organization of institutions and a sufficient staff for the rural population (*assistance, houses, nurses*), and the creation of institutes having a medico-social role (Hygiene and Public Health Institutes, Central Statistical Institute).

In the period after 1930, the principles of the above mentioned law have been applied only partially : a number of institutions useful to the rural environment were created (dispensaries), the detection and prophylactic works improved, but all these without having a uniform conception. For this reason, Romania has obtained only partial achievements in the health field. However, neither in the period following this law, nor the latter ten years, has there been a real and fundamental policy of sociale medicine based on an established programm of activity in the Romania, and especially in the Romanian villages.