

INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE
"COSTIN C. KIRIȚESCU"

TEZAU

Volumul LV



Academia Română

CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ

INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE
"COSTIN C. KIRIȚESCU"

TEZAUR

Anale

1996

vol. LV



Centrul de Informare
și Documentare Economică
București, România

Editor: Valeriu IOAN-FRANC

Redactori: Adelina BIGICĂ, Ortansa CIUTACU,
Mircea FĂȚĂ, Dorina GHEORGHE, Paula NEACȘU,
Mihaela PINTICĂ, Aida SARCHIZIAN, Ovidiu SÎRBU

Culegere text: Mirela AGAPI, Carmen DIȚULESCU

Prezentare grafică, machetare și tehnoredactare: Luminița LOGIN, Nicolae LOGIN,
Victor PREDA

Toate drepturile asupra acestei ediții aparțin Institutului Național de Cercetări Economice
„Costin C. Kirițescu”. Reproducerea, fie și parțială și pe orice suport, este interzisă
fără acordul prealabil al editorului, fiind supusă prevederilor legii drepturilor de autor.

ISBN 978-973-159-231-2

Apărut 2019

INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE
"COSTIN C. KIRIȚESCU"

TEZAUR

Anale

1996

vol. LV



ACADEMIA ROMÂNĂ

CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ

SUMAR volumul LV

| | |
|---|-----------|
| ANALE NR. 1/1996 | 1 |
| POPULAȚIA ROMÂNIEI: ÎNCOTRO? | 3 |
| CUVÂNT DE DESCHIDERE | 7 |
| Acad. Vladimir TREBICI | |
| SITUAȚIA DEMOGRAFICĂ A ROMÂNIEI: DIAGNOZĂ ȘI PROSPECTIVĂ..... | 9 |
| Conf. univ. dr. Vasile GHEȚĂU | |
| INEGALITATEA ÎN FAȚA MORȚII: DEMOGRAFIE DIFERENȚIALĂ..... | 15 |
| Dr. Valentina MIHĂILĂ | |
| TENDINȚE NOI ÎN MIGRAȚIA INTERNĂ? | 21 |
| Prof. dr. Dumitru SANDU | |
| 1. Volum și structură pe medii rezidențiale | 21 |
| 2. Distanța de migrație | 22 |
| 3. Schimbarea structurilor cauzale | 23 |
| 4. Cauzalitatea actuală a schimburilor migratorii dintre sat și oraș | 24 |
| Concluzii | 28 |
| CÂTEVA DILEME ALE POLITICII DEMOGRAFICE. O PERSPECTIVĂ SOCIOLOGICĂ..... | 35 |
| Prof. dr. Cătălin ZAMFIR | |
| CERCETAREA DEMOGRAFICĂ ÎN ROMÂNIA | 39 |
| Acad. Vladimir TREBICI | |
| ANALE NR. 2/1996 | 45 |
| POPULAȚIA ROMÂNIEI ȘI MINORITĂȚILE NAȚIONALE: PREZENT ȘI PERSPECTIVE..... | 47 |
| Acad. Vladimir TREBICI, Conf. univ. dr. Vasile GHEȚĂU | |
| MINORITĂȚILE NAȚIONALE DIN ROMÂNIA: PREZENT ȘI ESTIMAȚIE PROSPECTIVĂ (I) | 51 |
| Acad. Vladimir TREBICI | |
| Argument..... | 51 |
| Informația statistică și calitatea ei..... | 53 |

VI

| | |
|---|------------|
| Minoritatea etnică maghiară și problema Transilvaniei | 53 |
| Ceangăii din Moldova, originea lor și situația lor actuală | 56 |
| Aspecte demografice diferențiale | 61 |
| Un eșantion: județele Covasna și Harghita | 62 |
| Migrație internă și colonizare | 63 |
| Demografie și istorie | 66 |
| NOTE | 68 |
| BIBLIOGRAFIE | 70 |
| O PROIECTARE CONDIȚIONALĂ A POPULAȚIEI ROMÂNIEI PE PRINCIPALELE NAȚIONALITĂȚI (1992-2025)..... | 75 |
| Conf. univ. dr. Vasile GHEȚĂU | |
| 1. INTRODUCERE | 75 |
| 2. POPULAȚIILE PROIECTATE | 76 |
| 3. CÂTEVA CONSIDERAȚII ASUPRA IPOTEZELOR..... | 81 |
| 4. REZULTATE | 82 |
| VI. ÎN LOC DE CONCLUZII..... | 91 |
| BIBLIOGRAFIE | 91 |
| ANALE NR. 3/1996 | 105 |
| DEMOGRAFIE – BIBLIOGRAFIE SELECTATĂ DE AUTOR - | 107 |
| Acad. Vladimir TREBICI | |
| A. CĂRȚI, AUTOR, COAUTOR, STUDII INCLUSE ÎN VOLUME | 111 |
| B. STUDII ȘI ARTICOLE | 116 |
| C. COMUNICĂRI ȘI REFERATE | 120 |
| D. VARIA..... | 123 |
| E. TRADUCERI | 124 |
| ANALE NR. 4/1996 | 125 |
| ANALE. INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE | 127 |
| CUVÂNT ÎNAINTE | 131 |
| ASPECTE ALE MORTALITĂȚII MATERNE ÎN ROMÂNIA, ÎN ULTIMII 10 ANI | 133 |
| Silvia FLORESCU, Ion POPA, Nicolae CONSTANTINOVICI | |
| Obiective | 133 |
| Metodă..... | 133 |

| | |
|--|-----|
| Rezultate | 133 |
| Concluzii..... | 136 |
| INFLUENȚA POLITICILOR NATALISTE ASUPRA CALITĂȚII BIOLOGICE A NOU-NĂSCUTULUI, ÎN ROMÂNIA, ÎNTRE 1989 ȘI 1994..... | 148 |
| Cristiana GLAVCE, Irina POPESCU | |
| Concluzii..... | 165 |
| Bibliografie | 167 |
| EFECTELE DECESELOR EVITABILE ASUPRA SPERANȚEI DE VIAȚĂ LA NAȘTERE, ÎN ROMÂNIA..... | 168 |
| Valentina MIHĂILĂ, Maria BĂDULESCU, Dan ENĂCHESCU | |
| Metoda..... | 170 |
| Rezultate | 171 |
| Concluzii..... | 173 |
| PERSPECTIVE ALE MORTALITĂȚII, PE CAUZE DE DECES, ÎN ROMÂNIA.... | 175 |
| Cornelia MUREȘAN | |
| I. România în context internațional..... | 175 |
| II. Evoluția structurii mortalității | 180 |
| III. Natura crizei din anii 1991–1994 | 186 |
| IV. Perspective ale mortalității pentru anul 2000..... | 189 |
| Bibliografie | 193 |
| MODIFICĂRI ÎN NIVELUL ȘI EVOLUȚIA MORTALITĂȚII INFANTILE ÎN ROMÂNIA..... | 194 |
| Silvia FLORESCU, Ion POPA, Dan ENĂCHESCU | |
| Introducere | 194 |
| Material și metode | 194 |
| Rezultate | 196 |
| Concluzii..... | 199 |
| Bibliografie | 200 |
| MORTALITATEA INFANTILĂ – O SFIDARE PENTRU ROMÂNI – REZULTATE ALE UNOR CERCETĂRI SOCIODEMOGRAFICE ÎN JUDEȚUL CONSTANȚA..... | 201 |
| Ana Rodica STAICULESCU BREZEANU | |
| CRONICA DE LA SINAIA | 207 |
| Ionica BEREVOESCU | |
| INDEX DE AUTORI..... | 211 |



**INSTITUTUL NAȚIONAL
DE
CERCETĂRI ECONOMICE**

**ANALE
NR. 1/1996**



**CENTRUL DE INFORMARE
ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ
BUCUREȘTI**

**ACADEMIA ROMÂNĂ
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE
CENTRUL DE CERCETĂRI DEMOGRAFICE**

**POPULAȚIA ROMÂNIEI:
ÎNCOTRO?**

CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ

CUPRINS

| | |
|--|----|
| CUVÂNT DE DESCHIDERE | 7 |
| Acad. Vladimir TREBICI | |
| SITUAȚIA DEMOGRAFICĂ A ROMÂNIEI: DIAGNOZĂ ȘI PROSPECTIVĂ..... | 9 |
| Conf. univ. dr. Vasile GHEȚĂU | |
| INEGALITATEA ÎN FAȚA MORȚII: DEMOGRAFIE DIFERENȚIALĂ..... | 15 |
| Dr. Valentina MIHĂILĂ | |
| TENDINȚE NOI ÎN MIGRAȚIA INTERNĂ? | 21 |
| Prof. dr. Dumitru SANDU | |
| 1. Volum și structură pe medii rezidențiale | 21 |
| 2. Distanța de migrație | 22 |
| 3. Schimbarea structurilor cauzale | 23 |
| 4. Cauzalitatea actuală a schimburilor migratorii dintre sat și oraș | 24 |
| Concluzii..... | 28 |
| CÂTEVA DILEME ALE POLITICII DEMOGRAFICE. O PERSPECTIVĂ SOCIOLOGICĂ..... | 35 |
| Prof. dr. Cătălin ZAMFIR | |
| CERCETAREA DEMOGRAFICĂ ÎN ROMÂNIA | 39 |
| Acad. Vladimir TREBICI | |

CUVÂNT DE DESCHIDERE

Acad. Vladimir TREBICI

Academia Română, în adunarea sa generală din 7 februarie a acestui an, a hotărât înființarea Institutului de Demografie. Ca fază preliminară – fiindcă suntem în tranziție – Biroul Prezidiului Academiei a decis crearea Centrului de Cercetări Demografice, a cărui primă manifestare științifică este sesiunea de astăzi.

Instituționalizarea cercetării demografice în familia Academiei Române are loc în condiții interne și internaționale ce se cer succint evocate. În luna septembrie 1994 a avut loc la Cairo Conferința Internațională privind Populația și Dezvoltarea, în martie 1995 s-a ținut la Copenhaga Consfătuirea la vârf privind dezvoltarea socială; în septembrie anul acesta, la Beijing, s-a desfășurat Forumul mondial privind problematica femeii. Toate aceste trei manifestări au fost organizate sub auspiciile Națiunilor Unite. Ele au fost prefațate de ample manifestări regionale și naționale. Desfășurarea lor a avut loc pe baza unor materiale care sintetizau studii științifice și s-a încheiat cu adoptarea unor documente de importanță majoră, acceptate prin consens de statele membre ale O. N. U., prezente la aceste manifestări.

Caracteristic este faptul că problema populației este indisolubil asociată cu cea a dezvoltării, așa cum a reieșit încă la prima Conferință Mondială a O. N. U. asupra Populației din București, august 1974.

Strategiile adoptate, planurile propuse la fiecare din consfăturile mondiale au fost doar parțial îndeplinite. În ultimii ani, problematicii populației i s-au adăugat problema sărăciei, ca și preocupările privind condiția și rolul femeii. Mass-media au făcut cunoscute – inclusiv în țara noastră – aceste probleme, dimensiunea lor dramatică, subliniind necesitatea intensificării eforturilor naționale și internaționale pentru rezolvarea problemelor de criză. Prin urmare, nu este locul să stăruim asupra lor.

Vom sublinia însă că, în cadrul recomandărilor adoptate, un accent important s-a pus pe cercetarea științifică și pe îmbogățirea informației statistice. Desigur, situația demografică variază de la o țară la alta; tendințele demografice au particularități regionale și naționale. Pentru România, caracteristica principală este instalarea unor tendințe în evoluția demografică ce nu au putut fi prognozate la timpul lor. Continuarea lor – este vorba de cele percepute ca fi-

ind negative – generează neliniște și preocupări. Ne gândim, în special, la scăderea puternică a fertilității și la diminuarea numărului populației României, la care se adaugă problematica îmbătrânirii demografice accelerate a populației.

Este evident că autoritatea publică este chemată să-și formuleze politica demografică, în cadrul mai general al politicilor sociale și economice. Dar tot atât de evidentă este necesitatea organizării cercetării științifice, care să ofere studiile necesare fundamentării opțiunilor și obiectivelor politicii demografice. Că aceste studii trebuie să fie multi și interdisciplinare este o axiomă: populația este prin excelență obiect de studiu multidisciplinar, aparținător mai multor științe.

Centrul de Cercetări Demografice nu poate să-și asume decât un rol limitat în cercetarea științifică a problematicii populației.

Din tematica sesiunii noastre de astăzi se reține cu ușurință că nu sunt abordate decât unele probleme. O diagnoză și o perspectivă a populației României (conf. dr. Vasile Ghețău) ne va oferi un cadru general, din care se vor reține tendințele principale. Problema atât de dramatică a mortalității va fi prezentată printr-un segment al ei, cel al disparităților teritoriale (dr. Valentina Mihăilă). Problema complexă a migrației interne este obiectul comunicării prof. dr. Dumitru Sandu, autor al unor remarcabile studii în această privință. Considerațiile asupra politicii sociale și demografice au fost asumate de profesorul Cătălin Zamfir, cunoscut ca specialist în sociologie și psihologie socială, dar și cu o bogată activitate practică. Ultima comunicare îmi aparține și sistematizează ideile expuse în articolul cu acest titlu publicat în revista „Academica”, numărul din luna septembrie a acestui an. Va produce oarecare nedumerire faptul că lipsesc din tematica sesiunii noastre problema crucială a fertilității, ca și aceea a îmbătrânirii demografice. Ele vor face obiectul viitoarelor sesiuni ale Centrului de Cercetări Demografice, organizate în colaborare cu alte institute.

Este deci un început. Centrul de Cercetări Demografice își face astăzi debutul public, cu oarecare sfială, dar și cu hotărârea de a-și dovedi utilitatea. „Mititel și înfășeșel” – împrumutăm această sintagmă din colindele noastre -, încă plâpând, Centrul de Cercetări Demografice va crește pe măsura vredniciei cercetătorilor săi și a sprijinului pe care – nu ne îndoim! – ni-l vor da colegii și prietenii, însuflețiți de gândul de a ajuta la relansarea demografiei românești.

SITUAȚIA DEMOGRAFICĂ A ROMÂNIEI: DIAGNOZĂ ȘI PROSPECTIVĂ

Conf. univ. dr. Vasile GHEȚĂU

Demografia României anului 1995 este demografia unei țări aflate într-o perioadă istorică de excepție, cea a trecerii de la regimul de dictatură comunistă și economie de comandă la economie de piață. Cei șase ani de schimbări politice, sociale și economice sunt șase ani de progrese incontestabile în planul libertății individului și al democratizării societății, dar și de degradare a nivelului de trai și a calității vieții, de incertitudini, căutări și mari speranțe. În acest context se impune a fi plasată și, mai ales, apreciată evoluția populației, a fenomenelor și proceselor demografice. Și mai trebuie luat în considerare un element care, în nici un fel, nu poate fi neglijat sau minimalizat: moștenirea demografică de la vechiul regim.

*

Ceea ce ne propunem în această comunicare nu este în primul rând o analiză a evoluțiilor, cât o evaluare a complexității situației demografice actuale și a dezvoltărilor posibile în viitorul mai apropiat sau mai îndepărtat. În același timp, o plasare a evoluțiilor românești în geografia demografică europeană ni se pare un deziderat. Evoluțiile demografice de după anul 1989 nu pot fi apreciate drept surprinzătoare, luate în ansamblul lor și în dezvoltările lor majore, dacă luăm în considerare contextul socioeconomic care le-au generat și natura raporturilor dintre acest context și variabilele demografice.

Poate fi apreciată drept surprinzătoare scăderea natalității?

În urmă cu trei decenii, în anul 1966, România avea cea mai scăzută natalitate din Europa – 14‰. Evoluțiile de după anul 1966 nu constituie mișcări firești ale fenomenului și, în consecință, orice tentativă de plasare a acestora într-un mecanism causal complex, având valențe predictive, este aproape nulă. Nivelul fenomenului în anul 1966, ca și evoluțiile care i-au precedat, arată însă existența și manifestarea – încă de atunci – unor factori cu acțiune ferm orientată spre reducerea fertilității și a dimensiunii familiei. Sunt, probabil, factorii care au declanșat și intensificat în anii '60 scăderea fertilității în aproape toate populațiile europene: schimbările pe care le-au cunoscut funcțiile familiei, creșterea costului copilului, prelungirea duratei școlarizării pentru segmente din ce în ce mai importante ale populației și, îndeosebi, pentru populația feminină, incompatibilitatea dintre un număr mai mare de copii în familie și participarea crescândă a femeii la activități economice în afara gospodăriei, apariția și accesul la mijloace contraceptive moderne.

O dată cu abrogarea restricțiilor asupra întreruperii cursului sarcinii, în decembrie 1989, acești factori au putut, din nou, acționa nestingherit în direcția reducerii fertilității, într-un context nediferit semnificativ de cel anterior prin prisma potențialelor efecte demografice.

A măsura dimensiunile scăderii numărului de născuți ori ale fertilității feminine în anii 1990-1994, în raport cu anul 1989 nu ni se pare o abordare relevantă și realistă pentru că utilizăm drept reper un nivel menținut artificial la o valoare relativ ridicată. Credem că, mai degrabă, nivelul actual al fenomenului trebuie apreciat în raport cu celelalte populații europene și în mod deosebit cu implicațiile sale pe termen deopotrivă scurt, mediu și lung.

Ce ne arată în acest sens datele pe anul 1994?

Cu un indicator sintetic al fertilității de 1,4 copii la o femeie, România se află în a doua jumătate a unui clasament european, dar nu pe unul din ultimele locuri din moment ce indicatorul are valori mai mici în Germania, Grecia, Italia și Spania și un nivel similar la alte cinci-șase populații. În partea superioară a acestui clasament – dacă lășăm la o parte Turcia și Cipru vom constata că doar în Islanda valoarea indicatorului se află la nivelul de înlocuire a generațiilor. Cu alte cuvinte, nivelul fertilității în România se înscrie de fapt în fizionomia europeană generală a fenomenului. În plus, dacă limităm comparația la țările în tranziție, vom constata că în cele mai multe dintre acestea situația este mai nefavorabilă decât în România. Ar fi avut un context socioeconomic mai puțin deteriorat, un impact mai moderat asupra scăderii fertilității după 1989? Nu avem argumente pentru a răspunde afirmativ la această întrebare. Dimpotrivă, faptul că reducerea numărului de născuți la nivelul întregii perioade 1989-1994 se plasează în proporție de trei sferturi în anii 1990-1991, deci înainte de agravarea crizei economice și sociale a perioadei de tranziție, și că nivelul fenomenului este foarte apropiat în anii următori, lasă să se întrevadă mai degrabă lipsa unei potențiale corelații între cele două variabile, ceea ce nu ar evidenția decât profunzimea și complexitatea raportului dintre mediul socioeconomic și fertilitate.

Scăderea fertilității reprezintă, cu certitudine, o evoluție negativă, mai ales prin dimensiunile sale. Dar acestei scăderi i se asociază unele caracteristici care nu pot fi neglijate.

Născuții de rangul întâi sunt în anul 1994 cu doar 7% mai puțini decât în 1989, la o scădere generală de 33%. Să constituie această dinamică particulară un indiciu asupra opțiunii tinerelor cupluri pentru un număr mai mic de copii și în mod secundar, pentru renunțarea la copii sau amânarea venirii acestora? Răspunsul la această întrebare are o importanță ce depășește sfera demograficului și ar reprezenta un element extrem de valoros pentru formularea obiectivelor unei politici demografice orientate spre redresarea natalității. Este cert că nu cu aceleași mijloace va fi determinat un cuplu fără copii să aibă un copil, iar un cuplu având un copil să-l aibă pe al doilea.

Dintr-o altă perspectivă, dar vizând aceeași sferă a politicii demografice, iată ce evidențiază structura născuților vii în funcție de rang și nivel de instruire a mamei, în anul 1994. În proporție de 70%, copiii aduși pe lume de mame având studii postliceale și superioare reprezintă primul lor copil (și unicul – pentru cele mai multe dintre ele). La mamele cu studii primare în schimb, copilul născut în anul 1994 este primul lor copil doar în proporție de aproape 4%. Pe de altă parte, din ansamblul născuților de rangul întâi, cei proveniți de la femei cu studii primare reprezintă numai 5,5%. De la aceleași femei provin însă 36% dintre născuții de rang șase și superior. Pot fi aceste realități indiferente pentru cei care ar trebui să aibă responsabilități în felul cum va arăta populația României de mâine? Pentru că – nu trebuie omis – aceste date reflectă dinamici diferite, care se concretizează, în timp, în efective și structuri diferite.

Mai preocupantă decât situația fertilității ni se pare a fi cea a mortalității.

Pentru a înțelege mai bine evoluția mortalității după anul 1989 și a aprecia corect nivelul actual al acesteia, o rapidă privire retrospectivă ni se pare indispensabilă.

La nivelul întregii populații (bărbați + femei), speranța de viață la naștere își stopează creșterea încă la mijlocul anilor '70. Stagnarea și chiar regresul moderat din anii următori sunt însă rezultatul unor mișcări diferite ale mortalității (și deci ale speranței de viață la naștere) la nivelul celor două sexe: scădere moderată la sexul masculin și creștere, de asemenea, moderată dar continuă la sexul feminin. Valorile din 1989 – 66,6 ani și respectiv 72,7 ani – plasau România într-o poziție extrem de dezavantajoasă, reflectând, de fapt, fidel adevărata stare de sănătate a populației.

Ce s-a întâmplat după 1989?

Dacă fertilitatea este un fenomen extrem de sensibil la schimbări de mare amploare ale factorilor socioeconomi și legislativi, mortalitatea populației are un mecanism cauzal mai complex, raporturile cauză-efect sunt mai profunde și mai rigide, ceea ce face ca impactul schimbărilor socioeconomice asupra fenomenului să apară cu un anumit decalaj în timp (poate și pentru că biologicul are aici o altă pondere).

La nivelul ratei brute, mortalitatea nu a crescut decât moderat după 1989 – în 1991 și 1992, pentru a se menține în ultimii trei ani la 11,6 – 11,7%. În spatele acestor evoluții și valori se află, de fapt, o ușoară creștere a speranței de viață la naștere în 1991 și 1992, la ambele sexe, pentru a asista – în ultimii ani – la o scădere de circa un an la bărbați și la o stabilitate surprinzătoare – la 73,3 ani – la femei.

Deteriorarea mortalității este mai puțin dramatică în România comparativ cu alte țări în tranziție (a se vedea situația din Federația Rusă, Ucraina și Țările Baltice), dar nu credem că o astfel de comparație poate fi relevantă. Ar însemna să ometem faptul că decalajul față de țările vest-europene a crescut în acești ultimi ani, durata medie a vieții fiind mai mică cu peste 7 ani la bărbați și cu peste 6 ani la femei, (comparativ cu valorile medii ale Europei celor 15), după

cum mortalitatea infantilă se menține încă la o valoare foarte ridicată în context european.

Suntem obișnuiți a măsura decalajul față de alte țări recurgând la nivelul speranței de viață la naștere. Este o comparație – indiscutabil – relevantă. Dar iată ce arată o privire și asupra decalajului de la alte vârste.

Comparativ cu Franța, de pildă, speranța de viață la naștere este mai mică în România cu aproape 8 ani la bărbați și cu 8,5 ani la femei, ceea ce reprezintă un decalaj de 10%, atât la bărbați, cât și la femei. La vârsta de 45 de ani, decalajul crește la 17% – la ambele sexe, iar la 65 de ani ajunge la 20% la bărbați și la 25% la femei! Ceea ce este și mai semnificativ este faptul că o comparație cu Grecia ori cu Spania duce la rezultate aproape identice.

Apar cel puțin stranii – în aceste condiții – unele tendințe de a pune pe seama îmbătrânirii demografice creșterea ratei mortalității generale în 1991-1992, ca și nivelul actual al acesteia, ori de a face o falsă paralelă cu valorile similare ori cvasisimilare ale indicatorului din unele țări dezvoltate ca Danemarca, Germania ori Regatul Unit. Ar trebui amintit ori reamintit faptul, că accentuarea îmbătrânirii demografice nu duce la scăderea speranței de viață la naștere ori la alte vârste, după cum o demonstrează, cu prisosință, experiența țărilor dezvoltate. Ar trebui reamintit și faptul că potrivit datelor publicate de Organizația Mondială a Sănătății rata standardizată a mortalității în România este de 14‰ în ultimii ani, față de numai 9-10‰ în țările dezvoltate, deja menționate.

În fine, a treia componentă a evoluției numărului populației, migrația externă, pare a se stabiliza în ultimii ani la un sold negativ, de aproximativ 15 mii persoane. La nivelul întregii perioade 1990-1994 soldul negativ al migrației externe este de aproape 200 mii persoane.

Evoluția populației și a fenomenelor demografice după anul 1989 este pe cât de complexă, pe atât de negativă în ansamblul ei. Credem însă, că a-i atribui calificativul de gravă – numai prin prisma evoluțiilor de până acum ale unor indicatori, în general agregați, și fără a ține cont de natura particulară a fenomenelor și proceselor demografice și a raporturilor acestora cu factorii socioeconomiци – ar fi o apreciere simplistă. Pentru că, din păcate, ceea ce s-a petrecut și se petrece în profunzimea demograficului, în străfundurile mișcărilor și dezvoltărilor din acești ani, ca și din anii precedenți de altfel, rămâne încă o necunoscută și, îndrăznim a spune, că niciodată studiată în mod corespunzător.

Evoluția care reține în mod deosebit atenția este cea referitoare la scăderea numărului populației țării.

Dacă lăsăm la o parte anii primului și celui de-Al Doilea Război Mondial, România nu a mai fost confruntată în acest secol cu o astfel de evoluție și există – cel puțin din această perspectivă – o motivație a semnalelor de alarmă trase de specialiști și nu numai de către aceștia.

Scăderea numărului populației țării după anul 1989 nu este rezultatul evoluției unei singure variabile demografice. Toate cele trei componente ale evoluției unei populații – natalitatea, mortalitatea și migrația – au contribuit la

declinul demografic în care ne aflăm, cu particularități însă în ceea ce privește dimensiunea contribuției și etalarea acesteia în timp.

La nivelul întregii perioade 1990-1994 scăderea numărului populației este de 142 mii persoane (26 mii în 1990, 17 mii în 1991, 33 mii în 1992, 31 mii în 1993 și 36 mii în 1994), ceea ce reprezintă mai puțin de 1%. În anii 1990 și 1991 declinul demografic este datorat exclusiv migrației externe. Din 1992, acesteia i se asociază și scăderea naturală, componentă care în 1994 depășește dimensiunea soldului negativ al migrației externe. Este de așteptat ca această tendință să se accentueze în anii următori.

Cum am putea aprecia scăderea populației prin prisma implicațiilor sale?

Mai întâi se impune precizarea că problemele sunt extrem de complexe și, oricum, răspunsul nu poate fi dat numai prin prisma evoluțiilor de până acum, fără a privi procesul într-o viziune prospectivă.

Pe termen scurt și chiar mediu o scădere mică sau moderată a numărului populației – provenită fundamental din scăderea natalității – are avantaje de ordin economic atât la nivelul cuplului, cât și al societății, o serie întreagă de costuri directe și indirecte legate de nașterea, îngrijirea și creșterea copilului fiind diminuate. Îmbătrânirea demografică se accentuează, dar raportul de dependență – numărul persoanelor tinere și vârstnice la 100 persoane adulte – se reduce.

Actualul context socioeconomic nu va putea schimba în bine evoluția din ultimii ani a natalității, mortalității și migrației externe. Dimpotrivă, există argumente pentru a întrevădea o deteriorare și mai importantă.

Scăderea numărului de căsătorii – determinată atât de schimbările ce au loc în segmentul de vârstă 20-30 de ani, cât și de reducerea intensității propriuzise a nupțialității (evidențiată de indicatorul sintetic al primonupțialității) – nu poate avea decât un impact negativ asupra natalității. Pe de altă parte, este cert faptul că asistăm astăzi și vom asista într-o măsură și mai mare în viitor la crearea unui nou comportament reproductiv al cuplurilor și a unui model nou al familiei, în care preferințele cuplului, ierarhia acestora, costul și locul copilului vor avea o altă fizionomie, specifică societății spre care ne îndreptăm. Aceste influențe conjugate nu pot avea efecte pozitive asupra fertilității.

În ceea ce privește mortalitatea, menținerea actualului context socioeconomic – dominat, la nivelul unei bune proporții a populației, de un nivel de trai precar, de spectrul șomajului, stressul cotidian și de o asistență medicală deficitară – va amplifica dimensiunile deteriorării stării de sănătate și, implicit, ale nivelului mortalității.

Chiar dacă am elimina ipoteza deteriorării în continuare a actualelor caracteristici ale mortalității și fertilității, menținerea acestora va conduce în mod automat la înrăutățirea situației demografice a țării, prin logica și mecanismele evoluției unei populații. Este un lucru care scapă nespecialistului și care este adesea subestimat, dacă nu omis, de politicieni și guvernanți.

Unde poate duce menținerea actualelor caracteristici ale mortalității, fertilității și migrației externe? Mecanismele schimbărilor demografice își arată efectele preponderent pe termen lung, iar degradarea situației demografice s-ar accentua considerabil mai ales după anul 2005.

Iată care ar fi tabloul demografic al României după numai 30 de ani.

Populația ar scădea cu aproape trei milioane de locuitori, ajungând la mai puțin de 20 milioane. Mortalitatea generală ar ajunge la 16‰, adică de aproape două ori mai mare decât nivelul natalității (8,5‰). Numărul anual al născuților ar fi de 170 mii, al deceselor de peste 310 mii, iar scăderea naturală anuală s-ar apropia de 150 mii persoane. Este ușor de imaginat ce s-ar întâmpla după anul 2025.

Fără îndoială, toate aceste evoluții potențiale trebuie privite cu rezervele pe care le impune o proiectare de tip condițional.

Implicațiile negative ale menținerii actualelor caracteristici demografice ale României trebuie văzute pe termen lung. Scăderea în continuare a natalității și creșterea mortalității, mai ales după anul 2000, după cum o arată datele proiectării noastre, sunt rezultatul deteriorării structurii pe vârste (diminuarea efectivilor de vârstă fertilă și creșterea numărului și a ponderii populației vârstnice) în condițiile constanței în timp a actualelor valori ale fertilității și mortalității pe vârste. Suntem, de fapt, în fața cunoscutelor raporturi de dependență directă dintre starea și mișcarea populației, raporturi în care caracteristicile mișcării (fertilitatea și mortalitatea) modelează, în timp, starea, adică numărul și structura demografică a populației, iar aceasta din urmă determină la rândul ei, mărirea fluxurilor de evenimente demografice și, implicit, ratele de natalitate și mortalitate generală, ca indicatori agregați ai mișcării populației.

Dacă situația economică și socială actuală își are originea, într-o anumită măsură, în moștenirea lăsată de la vechiul regim și în dificultățile inerente restructurării economiei și, în general, a societății românești, ceea ce poate explica criza demografică pe care o traversăm, îngrijorător este faptul că politica economică și socială din ultimii ani nu are nici o dimensiune sau fațetă demografică. Este o realitate greu de înțeles și acceptat. Să fie această situație consecința directă a absenței unor programe realiste de dezvoltare economică și socială pe termen lung, programe în care factorul demografic nu ar putea fi neglijat?

Fizionomia demografică a României de mâine este deja iremediabil marcată negativ de evoluțiile din ultimii ani. Dimensiunile deteriorării și declinului demografic din deceniile viitoare vor depinde însă în mod decisiv și de evoluțiile actuale din anii următori. Menținerea actualului context socioeconomic va adânci criza demografică ceea ce nu ar face decât să-i amplifice consecințele economice și sociale negative din deceniile următoare și să majoreze costurile redresării.

INEGALITATEA ÎN FAȚA MORȚII: DEMOGRAFIE DIFERENȚIALĂ

Dr. Valentina MIHĂILĂ

Cu aproape un secol în urmă, demografia franceză punea în circulație sintagma: „l'inégalité devant la mort”, prilejuită de constatarea că mortalitatea cunoștea o variație semnificativă pe cartierele Parisului, în funcție de categoria socioprofesională și nivelul veniturilor locuitorilor săi.

Nu numai mortalitatea este diferențială; toate fenomenele demografice sunt diferențiate. Astfel, analizele demografice, bazate pe o cantitate considerabilă de informații statistice, pun în evidență diferențe mari. Ele există între regiunile globului, între țări, în interiorul fiecărei țări, având la bază variabilele socioeconomice sau de altă natură.

Una din aceste caracteristici este teritoriul; acesta este însă asociat cu o mulțime de caracteristici. Este suficient, pentru ilustrare, să luăm unele date statistice privind România.¹ Observăm că rata totală de fertilitate este mai ridicată în mediul rural față de cel urban, că nivelul acesteia este mult scăzut în Banat, de exemplu, față de Moldova, că durata medie de viață (“speranța de viață la naștere”) cunoaște o pronunțată variație pe județele țării.

În comunicarea noastră, vom prezenta disparitățile în profil teritorial privind mortalitatea infantilă, mortalitatea pe cauze de deces, speranța de viață la naștere și la 60 de ani, anii de viață pierduți, pe județe.

Mortalitatea infantilă. Situată încă la un nivel ridicat în context european² (Finlanda 4,4‰ în 1993, Suedia 5,2‰ în 1992, Danemarca 5,4‰ în 1993, Republica Cehă 8,49‰, Ungaria 12,45‰, Polonia 13,41‰, Bulgaria 15,52‰, Letonia 16,63‰, Albania 33,871‰), mortalitatea infantilă în România a înregistrat o creștere ușoară de la 23,3 decedați sub un an, la 1000 născuți vii în 1993, la 23,9 în 1994 – ca rezultat al sporirii deceselor sub un an în mediul rural.

În România, rata mortalității infantile a crescut însă și în mediul urban. Diferența dintre intensitatea mortalității infantile în cele două medii, destul de însemnată și în anii trecuți, a cunoscut o ușoară amplificare. Diferența între mortalitatea infantilă a celor două medii poate fi explicată nu numai printr-un

¹ *Raport asupra evoluției populației și situației demografice din România în perioada 1990-1994*, Comisia Națională pentru Statistică, septembrie, 1995.

² *World Health Statistics*, WHO Geneva 1995.

acces mai bun la servicii de sănătate la oraș, dar mai ales printr-o infrastructură mai puțin dezvoltată în rural.

Reduceri remarcabile ale ratei mortalității infantile în anul 1994, comparativ cu anul 1993, au avut loc în județele Cluj, Arad, Argeș și Sălaj, primele trei județe ajungând, de altfel, la valorile cele mai scăzute în profil teritorial – sub 16‰ (județul Sălaj prezenta în 1993 o rată de mortalitate infantilă de 33,8‰, cea mai ridicată din țară, pentru ca în 1994 să coboare la 22,3‰, un nivel sub media țării de 23,9‰). La polul opus, județele Mehedinți și Iași înregistrează în anul 1994, alături de Ialomița, cele mai ridicate valori ale mortalității infantile din țară, de peste 32‰.

Sunt câteva județe cu mortalitate infantilă ridicată: Botoșani, Vaslui, Neamț, Iași, Giurgiu, Călărași, Ialomița, Teleorman, Constanța, Tulcea. Deoarece s-a constatat că statutul social al mamei, ca o expresie a nivelului ei de educație, este un bun indicator al condițiilor ce afectează sănătatea copiilor lor, am urmărit rata de școlarizare pentru județele enumerate mai sus.

Cu excepția județelor Constanța și Iași, restul sunt județe care prezintă valorile cele mai reduse ale ratei de școlarizare în 1994. Această asocieră nu este prezentă în țări dezvoltate cum ar fi, de exemplu, Suedia, unde condițiile de viață, de mediu, îngrijirile sanitare eficiente sunt accesibile tuturor locuitorilor, indiferent de statutul social și nivelul de educație atins și unde nivelul de mortalitate este scăzut. Un calcul de regresie simplă între mortalitatea infantilă ca variabilă dependentă și variabilă independentă, exprimată prin indicele dezvoltării umane (calculat de către Comisia Națională de Statistică cu suportul tehnic și financiar al UNPD și UNICEF),¹ a demonstrat existența unei legături inverse și semnificative pentru un nivel de semnificație de 0,05% între variabilele studiate. Cu alte cuvinte, acolo unde indicele dezvoltării umane cunoaște o dezvoltare redusă, vom găsi o valoare ridicată a ratei mortalității infantile.

Aceste județe sunt situate în partea de sud și est a țării.

Prima analiză de acest gen pe provincii², efectuată pentru anii 1966-1984, a demonstrat că Dobrogea, Moldova, Oltenia sau Muntenia și-au disputat de-a lungul anilor întâietatea pentru valoarea cea mai ridicată a mortalității infantile.

Speranța de viață la naștere și la 60 de ani. În ceea ce privește evoluția acestui indicator în România în anii 1980 și 1993, pentru ambele sexe, există o tendință de stagnare, valoarea indicatorului oscilând între 69,42 ani în 1980-1982, 69,27 ani între 1986-1988, 69,78 ani între 1990-1992 și 69,52 ani în 1991-1993. Pe sexe, tendința este de creștere a speranței de viață la sexul feminin, de la 72,17 ani în 1980-1982, la 73,17 ani în 1991-1993. Cu toate

¹ *Romanian Human Development Report 1995*, produced by the Government of Romania with joint support from UNDP and UNICEF, Bucharest, 1995.

² V. Trebici, I. Hristache – *Demografia teritorială a României*, Editura Academiei R. S. R., București, 1986.

acestea, în 1990 avem cea mai redusă valoare a indicatorului din Europa. Pentru sexul masculin tendința este de scădere, de la 66,70 ani în 1980-1982, la 66,06 ani în 1991-1993. În 1990, România se situa pe antepenultimul loc din Europa, după Ungaria și Polonia. După destrămarea URSS, ierarhia este următoarea: pentru sexul masculin (1993): Federația Rusă 58,9 ani, Letonia 60,0 ani, Kazahstan 61,3 ani, Estonia 62,5 ani, Ucraina 62,6 ani, Lituania 63,2 ani, Belarus 63,8 ani, Uzbekistan 65,6 ani, România 66,06 ani (1991-1993), iar pentru sexul feminin (1993), în aceeași ordine: Uzbekistan 71,6 ani, Kazahstan 71,7 ani, Federația Rusă 71,9 ani, Tadjikistan 73,0 ani, Ucraina 72,3 ani și apoi România 73,17 ani (1991-1993).

Fenomenul stagnării și chiar al diminuării speranței de viață este prezent și în alte țări ale Europei Centrale și de Est și el se datorește, în principal, acțiunii factorilor de risc în bolile cardiovasculare și ponderii însemnate a deceselor prin această cauză, care afectează vârstele tinere și adulte.

În ceea ce privește speranța de viață la naștere și indicele dezvoltării umane (IDU), ele nu sunt dependente, întrucât există județe cu un IDU foarte slab (din cauza venitului per capita scăzut) și o durată medie a vieții ridicată, de exemplu județul Iași, și situația inversă un IDU mare, dar o speranță de viață redusă, de exemplu județul Hunedoara.

În ceea ce privește durata medie a vieții între 1991-1993, județele cu cele mai reduse valori ale acestui indicator au fost Arad, Bihor, Maramureș, Satu-Mare (din provincia istorică Crișana-Maramureș), aceeași situație existând și în 1976-1977 și 1982 și în Caraș-Severin, Timiș, în provincia istorică Banat și alte câteva județe din țară – Constanța, Ialomița, Tulcea, Hunedoara și Sălaj (cu un evantai între 66,0 ani Satu-Mare și 68,5 ani Timiș). Valorile cele mai mari ale speranței de viață la naștere sunt în general în Moldova (Buzău 71,1 ani, Vrancea 70,9 ani, Vaslui 70,8 ani, Brăila 70,7 ani, Suceava 70,4 ani), dar și în Municipiul București 70,7 ani, Argeș 70,4 ani, Vâlcea 71,2 ani sau în centrul țării – Brașov 70,6 ani, Sibiu 70,2 ani, Harghita 70,3 ani, Covasna 70,0 ani, valoarea indicatorului pe țară fiind de 69,5 ani.

În ceea ce privește speranța de viață la 60 de ani, numărul cel mai redus de ani pe care îi mai au de trăit persoanele de această vârstă, în condițiile mortalității anului 1992, sunt în județele Satu-Mare 15,5 ani, Bihor 16,0 ani, Sălaj și Hunedoara 16,1 ani, Caraș-Severin 16,2 ani, Maramureș 16,3 ani, Arad 16,4 ani și Timiș 16,7 ani, în general județe din nord-vestul țării.

Valorile cele mai ridicate, între 18,1 și 18,7 ani, le întâlnim în Moldova (Bacău, Brăila și Galați 18,1, Vâlcea 18,2, Botoșani și Buzău 18,3, Neamț 18,4, Iași, Suceava 18,5, Vaslui 18,6, Vrancea 18,7 ani). De aici, putem trage concluzia că un locuitor al Moldovei are șanse de supraviețuire mai mari cu 2-3 ani față de unul din provincia istorică Crișana-Maramureș, de exemplu. Se pune întrebarea însă: câți din acești ani sunt trăiți într-o stare de deplină sănătate fizică și mentală și câți în stare de incapacitate sau infirmitate? Pentru o astfel

de evaluare am avea nevoie, pe lângă tabelele de mortalitate, de anchete periodice în cadrul populației, care să aprecieze starea de sănătate.

Mortalitatea pe cauze de deces. În anii 1982-1988 s-a realizat un *Atlas al mortalității pe cauze de deces*, având ca date de intrare rapoartele standardizate de mortalitate (RSM) pentru principalele cauze de deces și pentru media anilor mai sus menționați. A fost evidențiată cu această ocazie existența unor modele de mortalitate diferite în partea de nord-vest și centrală a țării, cu RSM semnificativ mai mare decât la nivelul țării prin decese prin aparatul circulator, tumori și principalele afecțiuni din aceste clase de boli, față de modelul de mortalitate din sud-estul țării, în care predomină cauzele de deces ale aparatului respirator, ale aparatului digestiv sau complicațiile sarcinii, nașterii și leuziei. Ceea ce s-a observat cu această ocazie a fost situația aparte a județului Satu-Mare (cea mai mare mortalitate generală standardizată din țară în anul 1980, și din 1985 pentru fiecare an până în 1993, cât și pentru unele cauze de deces, cea mai redusă speranță de viață de 66,0 ani în 1991-1993 și faptul că, în numeroase analize de cluster, acest județ este marginal și nu prezintă similitudini cu alte județe).

Reluând RSM pentru principalele cauze de deces în 1993, constatăm că primele 25% din cele mai mari valori pentru seria de date referitoare la decesele prin aparatul circulator le întâlnim în județele Satu-Mare, Sălaj, Bihor, Caraș-Severin, Arad, Hunedoara, Maramureș, Dolj, Timiș, Cluj, multe din ele fiind la granița de nord-vest a țării, în timp ce valorile maxime ale mortalității standardizate prin tumori le găsim în Municipiul București, Cluj, Timiș, Mureș, Sibiu, Brașov, Constanța, Arad, Bihor, Maramureș, Iași, județe ale căror orașe de reședință sunt puternice centre universitare. În ceea ce privește mortalitatea standardizată prin aparatul respirator, județele cele mai afectate sunt Ialomița, Giurgiu, Iași, Vaslui, Neamț, Gorj, Galați, Botoșani, Mehedinți, Satu Mare, Bacău. Cu excepția județului Satu-Mare, restul județelor sunt din Moldova sau Muntenia. Pentru RSM prin aparat digestiv, județele cele mai afectate sunt Satu Mare, Tulcea, Brăila, Galați, Maramureș, Vrancea, Bacău, Municipiul București, Vaslui, Bihor, Constanța. Deoarece în această grupă mare de cauze de deces ponderea cea mai însemnată o dețin decesele prin ciroza ficatului, putem presupune că locuitorii acestor județe sunt consumatori de băuturi alcoolice în mai mare măsură decât locuitorii din restul județelor țării.

Ne punem întrebarea: de ce județul Satu Mare deține cele mai mari valori ale mortalității standardizate și cea mai mică speranță de viață la naștere? Un calcul făcut în 1988, privind anii de viață potențiali pierduți prin câteva cauze de deces, a demonstrat că pentru sexul masculin se pierdeau în acest județ cu 90% mai mulți ani decât la nivel de țară prin ciroza ficatului, cu 56% mai mulți prin bronhopneumonie, cu 48% prin cardiopatii ischemice, cu 36% mai mult prin boli cerebro-vasculare, cu 24% mai mult prin cancer și cu 8% mai mult prin leziuni traumatice. La sexul feminin acționau doar două cauze de de-

ces, însă cu o intensitate foarte puternică, și anume ciroza ficatului și afecțiunile cerebro-vasculare.

Am folosit date din „Raportul privind dezvoltarea umană în România 1995”.

Fără a avea pretenția de a justifica valorile mari ale mortalității în Satu Mare, am urmărit doar prin ce mai excelează acest județ. Un indice al dezvoltării umane redus – locul 33 din 41 de județe, o rată a sinuciderilor de 24 la 100.000 locuitori, după Covasna 38, Harghita 37, Mureș 26 și Bihor tot 24 la 100.000 locuitori, un indice mare (58,2%) de șomaj pe termen lung, mai mult de 12 luni, după Neamț 63% și Bistrița-Năsăud 63%, numărul cel mai mare de persoane condamnate la 100.000 locuitori – aproape 700 (697), următorul județ fiind Sălaj, cu 594 de condamnări la 100.000 locuitori (media pe țară 366), accidente la 1000 de angajați, din care, prin manipularea mașinilor cea mai valoare pe țară 28,2‰, nivelul mediu pe țară fiind de 15‰. O mare parte din acești indicatori se referă la o fracțiune foarte redusă din populație, dar totuși ei sunt de ajuns să evidențieze un alt comportament și stil de viață, ceea ce determină apariția factorilor de risc asociați diferitelor boli. Este cazul să menționăm aici că o combinație de mai mulți factori de risc pot avea un efect diferit sau mai grav asupra sănătății decât expunerea la un singur factor separat, și acesta cu atât mai mult când condiții de mediu nefavorabil, de viață și sociale inadecvate coexistă. Această combinație poate crește riscul îmbolnăvirii peste nivelul așteptat față de situația în care ei ar acționa separat. Presupun că astfel de factori de risc acționează în județul Satu Mare, ceea ce determină o pierdere însemnată de ani de viață la vârstele tinere și adulte.

Concluzia generală este că mortalitatea în România a fost dintre cele mai mari în Europa și a rămas la fel și în prezent și că la nivelul județelor există modele de mortalitate diferite. Mortalitatea generală standardizată cea mai ridicată în anul 1993 o întâlnim în județele din provincia istorică Crișana-Maramureș $r=39$, Banat $r=35,5$ și Dobrogea $r=31,5$. Pentru mortalitatea prin aparatul circulator valorile cele mai ridicate în anul 1993 s-au înregistrat în județele din Crișana-Maramureș $r=38$, Banat $r=35,5$ și Transilvania $r=26,6$, pentru tumori în Crișana-Maramureș $r=31,5$ și Transilvania $r=27,8$; pentru aparatul respirator Moldova $r=31$, Oltenia $r=26,8$ și Muntenia $r=26,5$, pentru aparatul digestiv Dobrogea $r=35,5$, Crișana-Maramureș $r=35$ și Moldova $=24,57$ ¹

Aceste modele de mortalitate diferite se pot asocia teoriei tranziției epidemiologice care are la bază tranziția demografică. El se referă la schimbările care au loc în modelele de sănătate și de îmbolnăvire în relație cu factorii social-economici și demografici. În particular, acest model se referă la trecerea de la un model de mortalitate prin boli infecțioase și respiratorii, caracteristic mai ales vârstelor tinere, către mortalitatea prin boli netransmisibile, degenerative,

¹ r reprezintă rangul mediu calculat pe baza rangurilor județelor ce alcătuiesc o provincie. O valoare mare indică o poziție defavorabilă a indicatorului.

boli provocate de om și care afectează mai ales vârstele avansate. Este, cu alte cuvinte, trecerea de la modelul de mortalitate din Moldova, Oltenia, Muntenia, unde mortalitatea standardizată prin aparat respirator este mare, către modelul cu mortalitate ridicată prin aparatul circulator și tumori din Crișana-Maramureș, Banat și Transilvania.

Această evoluție nefavorabilă a mortalității în România nu este singulară; ea este prezentă și în alte țări învecinate. Nu există o singură explicație; cauzele trebuie văzute în deteriorarea calității vieții, din 1980 și până în prezent, creșterea prevalenței factorilor de risc în stilul de viață și mediu, în slaba eficiență a serviciilor de sănătate și a sistemului de îngrijiri în general, în absența unei strategii naționale de asigurare a sănătății, asociate cu dificultățile perioadei de tranziție în care sănătatea nu este o prioritate. Dacă aceste condiții se vor menține și în viitor, nu ne putem aștepta la o redresare rapidă a tendințelor amintite.

TENDINȚE NOI ÎN MIGRAȚIA INTERNĂ?

Prof. dr. Dumitru SANDU

Variațiile de volum și structură ale migrației funcționează, în bună măsură, ca un „oscilograf social”. Șocurile revoluțiilor și reformelor, ale politicilor sociale și evenimentelor istorice sunt preluate de migrație și convertite în măsuri ale circulației, ale deplasării teritoriale între grupuri de populație. Este un oscilograf de mare sensibilitate. Înregistrările sale relevă nu numai seisme sociale, ci și efecte de fluctuație curentă.

Istoria socială a unei țări poate fi citită cu acuratețe folosind migrația ca fenomen care captează reverberațiile unor forțe sociale multiple, cu sensuri și lungimi de undă dintre cele mai diferite.

Din acest punct de vedere se poate spune, fără ezitare, că istoria migrației interne în ultimii 50 de ani în România este istoria unor evenimente șoc, precum reinstaurările administrative de după război, foametea din Moldova anilor 1946-1947, deportările forțate ale germanilor de după ultimul război mondial, sau a unor procese, precum cooperativizarea forțată a agriculturii, industrializarea în stil socialist din anii '70, colapsul sistemului economic românesc din anii '80, Revoluția din Decembrie 1989, reorientarea macrosocială spre economia de piață din anii '90.

Migrația anilor '90 – cea care ne interesează în contextul de față – reprezintă o secvență distinctă în istoria fenomenului. Este distinctă prin intensitatea, structura și cauzalitatea ei.

În acest material ne vom ocupa în primul rând de volumul și structura fenomenului.

1. Volum și structură pe medii rezidențiale

După anul de ruptură 1990 – marcat printr-o explozie de recuperare a migrației interne, blocată economic și politic în ultimul deceniu al socialismului real românesc – volumul migrației totale se stabilizează la un nivel cuprins între 240-293 de mii evenimente de migrație. Este un nivel superior celui din anii '80, dar inferior celui din anii '70 (figura nr. 1).

Principală schimbare care apare în tabelul migrației interne de după 1991 este una de ordin structural: **migrația rural-urban intră într-un proces de declin, atât în cifre absolute, cât și relative**; de la 132 mii evenimente de schimbare de domiciliu în 1991, numărul acestora se reduce la 81 de mii în 1994. Cum și în anul anterior (1993) volumul fluxului rural-urban a fost de nu-

mai 84 de mii, pare să nu fie vorba de o schimbare conjuncturală. Cei doi ani menționați, 1993 și 1994 au, de altfel, nivelul de migrație rural-urban cel mai redus, înregistrat după 1968.

Declinul migrației rural-urban este și mai evident dacă se consideră respectivul flux în expresie relativă (tabelul nr. 1 și figura nr. 2), comparativ cu celelalte fluxuri între mediile rezidențiale: cea mai spectaculoasă creștere o înregistrează migrația urban-rural: de la 10% pondere în migrația totală în 1991 la 18% în 1994. Și creșterea respectivă este nu numai relativă ci și absolută: de la 27 de mii în 1991 la 49 de mii în 1994. O tendință de creștere se înregistrează și pentru migrația rural-rural: de la 19% în 1991 la 26% în 1994. Este vorba, deci, de o **revitalizare a fluxurilor care au satul, ca destinație.**

2. Distanța de migrație

Migrantul tipic al anului 1994 traversa, în medie, 1,16 granițe de județ de la locul de origine la cel de destinație. Este mult, este puțin? Dacă vom da limitele de maxim și minim, vom avea un termen de comparație. Distanța maximă era parcursă de emigranții din județele sărace ale Moldovei – Botoșani și Vaslui. Plecărilor din aceste județe se făceau traversând, în medie, 2,12 granițe de județ. Distanța minimă era parcursă, în același an, de migranții care plecau din localități ale județelor Cluj și Mureș (indice 0,60).

Nu dispunem de măsurători ale distanțelor medii de deplasare decât pe trei ani 1972, 1991 și 1994. Nu pot fi formulate, deci, aprecieri în legătură cu tendințele fenomenului de migrație din acest punct de vedere. Cei trei ani aparțin însă unor etape diferite ale migrației. Anul 1972 era un an de început al etapei 1971-1978/1982.¹ Anul 1991 aparține încă valului de recuperare prin migrație a stabilității forțate, impusă de situația anilor '80. Iar, anul 1994 este semnificativ pentru perioada care începe cu 1992. Pornind de la acești ani pot fi avansate ipoteze asupra etapelor de care aparțin.

Anul în care migranții parcurg cea mai mare distanță este 1991 (indice 1,29). Minimul se înregistrează în 1972 (indice 1,09). Maximul din 1991 este pus în relație cu faptul că, în acest an, fluxul rural-urban era încă foarte intens, reprezentând 50% din migrația totală, iar migrația rural-rural numai 19%. Or, datele parțiale de care dispunem indică faptul că deplasările sat-oraș și oraș-oraș se fac pe distanțe mai mari decât cele dintre sate (tabelul nr. 2). În consecință, o pondere foarte mare a migrației rural-urban duce la o creștere a distanței medii de deplasare. Indicele distanței medii de migrație era în 1994 mai mic decât în 1991, dar mai mare decât în 1972. Faptul ar putea fi pus în relație cu tendința de reducere a migrației rural-urban în ponderea migrației totale. Efectul acestei scăderi asupra distanței de migrație pare să fi fost compensat de

¹ Dumitru Sandu, Fluxurile de migrație în România, Editura Academiei, 1984.

creșterea ponderii migrației urban-urban (fluxul căruia îi este asociată cea mai mare distanță medie).

Eterogenitatea regiunilor istorice sub aspectul comportamentelor de migrație este relevantă și din perspectiva distanțelor de migrație.

În Transilvania, emigrarea pe mare distanță este specifică ariei Alba-Hunedoara, iar cea pe distanță redusă, ariei Cluj-Mureș. În Moldova, zonei de emigrare pe mare distanță, formată din Botoșani și Vaslui, i se opune zona Bacău, Neamț, Suceava, Vrancea caracterizată prin emigrare pe distanțe mai reduse. În ansamblu, datele asupra distanței de migrație relevă faptul că ariile cultural-istorice au și un profil de migrație distinct.

Bucureștiul, urmat de Banat sunt centrele regionale cu cea mai mare atracție rezidențială, măsurată din perspectiva distanței de la care atrag migranți. Pe locul trei, din acest punct de vedere, a funcționat, până în 1991, Dobrogea. În 1994, se constata, surprinzător, o modificare a acestei ierarhii.

O altă măsură a distanței de migrație este dată de înregistrarea tipului de graniță depășit prin migrație. Din acest punct de vedere se poate distinge între migranți în același județ (migrație intrajudețeană), în afara județului, dar rămânând în cadrul aceleiași regiuni istorice (migrație intraregională) și migranți între regiuni istorice diferite (migrație interregională). După 1992, ponderea migrației intrajudețene crește considerabil, ajungând la 58% în 1994. Migrația interregională scade, între 1991 și 1994 de la 36% la 30%.

Pe regiuni istorice, cea mai intensă emigrare interregională era, în 1991, din Moldova (45% din totalul plecărilor care aveau ca origine localități din această regiune). Pentru aceeași regiune, ponderea corespunzătoare era în 1994 de 34%. A fost vorba, deci, de o scădere relativ considerabilă. Contrastant este cazul Banatului unde se înregistrează o creștere a ponderii plecărilor în alte regiuni istorice: de la 32% în 1991 la 41% în 1994 (tabelul nr. 5).

Sporirea ponderii emigrărilor din Banat, considerată în corelație cu o altă tendință deja menționată, de accentuare a emigrării urban-rural, constituie **semne relevante pentru o posibilă revitalizare a migrației de reîntoarcere – de la oraș la sat și din vestul în estul țării.**

3. Schimbarea structurilor cauzale

Fluxurile de migrație interjudețeană variază ca intensitate în funcție de o multitudine de factori. Aceștia ar putea fi reduși la factori asociați cu urbanizarea zonelor de plecare și a zonelor de sosire, distanța dintre origine și destinație, tradițiile de migrație și profilul economic și cultural al zonelor de plecare și de sosire.

La nivelul anului 1994, distanța și atracția rezidențială a orașului București erau cei mai importanți predictorii ai intensității fluxurilor de migrație interjudețeană ($41 \times 40 = 1640$, fluxuri considerate ca unități de analiză). Fluxurile orientate spre București erau mai puternice decât cele spre alte destinații. Efectul

distanței dintre origine și destinație este de descurajare a emigrării, de reducere a intensității fluxului. După București, ca putere de atracție urmează județele Timiș și Constanța (modelele de regresie din tabelul nr. 6). Urbanizarea influențează semnificativ numai ca forță de atracție, la destinație: cu cât județul de destinație este mai puternic urbanizat, cu atât intensitatea fluxului este mai puternică, independent de efectele distanței sau localizării specifice a originii și a destinației. Forțele de respingere asociate cu un nivel redus de urbanizare la origine nu exercită o influență considerabilă asupra emigrării. În seria factorilor de respingere, regiunea istorică este mai importantă decât urbanizarea redusă. Argumentul care susține această ipoteză este faptul că, localizarea județului de emigrare în Moldova este un predictor semnificativ pentru intensitatea emigrării, iar urbanizarea la locul de plecare nu este semnificativă.

Folosind exact același model de regresie multiplă pentru anii 1972, 1991 și 1994 pot fi formulate ipoteze asupra schimbărilor în structura cauzală a migrației interjudețene (vezi tabelul nr. 6):

- migrația interjudețeană este din ce în ce mai puțin condiționată de distanță (valoarea coeficienților de regresie parțială, nestandardizați -b- se reduce de la modelul 1972, la cel pentru 1991 și 1994);
- Bucureștiul rămâne centru de atracție de maximă importanță. Forța sa de atracție se reduce, însă, foarte mult în 1994 față de 1972 și 1991;
- Hunedoara, centru industrial de atracție puternică în anii '70, pare să fie în declin, ca centru de imigrare în anii '90;
- se pare că *pattern*-ul cauzal a evoluat de la migrație de respingere, la începutul anilor '70, spre migrație de atracție și respingere la începutul anilor '90, ajungând la migrație de atracție spre mijlocul anilor '90. Ipoteza este susținută de modul în care urbanizarea la origine și destinație influențează intensitatea fluxurilor interjudețene;
- Moldova, rezervor tradițional de migranți¹ rămâne o zonă de emigrare puternică în anii '90. Forța ei de respingere pare a fi, însă, în declin.

4. Cauzalitatea actuală a schimburilor migratorii dintre sat și oraș

Analiza cauzală anterioară a avut ca obiect fluxurile de migrație interjudețene. Acestea sunt, însă, măsuri agregate, formate din deplasări sat-oraș, sat-sat, oraș-sat și oraș-oraș. Este de presupus că structurile cauzale diferă considerabil și în funcție de tipul de migrație de referință. Este evident că oamenii pleacă de la sat la oraș din motive diferite celor asociate cu plecarea de la oraș la sat. Deși constatarea este de domeniul evidenței la nivel de simț co-

¹ Vladimir Trebici, Ilie Hristache, *Demografia teritorială a României*. Editura Academiei, 1986, p. 119-136.

mun, specificarea efectivă a structurilor cauzale care stau în spatele celor două tipuri de migrație nu a fost realizată încă în literatura noastră de specialitate. În continuare, îmi propun tocmai o astfel de deschidere analitică.

Într-o primă secvență, fluxurile de migrație rural-urban interjudețene din 1994 vor fi considerate ca obiect de analiză. Pornind de la ipoteza clasică *push-pull*, am considerat că intensitatea unui flux de emigrare din satele județului (i) spre orașele județului (j) EMIG_RU poate fi explicată prin factori de atracție și respingere de la ORIGINEA (i), factori de atracție și respingere la DESTINAȚIA (j) și DISTANȚA dintre județele (i) și (j). În seria factorilor care caracterizează ORIGINEA am inclus rata populației salariate la 1000 locuitori, SAL_O, rata mortalității infantile INF_O și localizarea județului de origine în MOLD_O (notare cu 1 pentru cazul respectiv și cu 0 pentru județele din alte provincii). Atracția rezidențială a DESTINAȚIEI am măsurat-o prin nivelul mediu al câștigului salarial net lunar din 1993 în județ, CÂȘTIG_D, ponderea populației absolvente de învățământ superior din totalul de +12 ani în 1992, FACULT_D și localizarea județului în una dintre zonele de atracție tradițională a migranților – județele Timiș, Brașov, Constanța, Hunedoara sau orașul capitală București OMAR_D¹. Distanța dintre origine și destinație a fost măsurată, ca și în analiza migrației interjudețene, prin numărul de granițe de județ care trebuie trecute pentru o deplasare în linie dreaptă.

ORIGINE este, deci, o variabilă latentă care măsoară intensitatea factorilor de respingere și atracție de la origine. Un nivel ridicat al mortalității infantile în județul de origine a fost interpretat ca factor de respingere. În schimb, nivelul redus al mortalității infantile a fost interpretat ca factor de atracție rezidențială, având în vedere semnificația pe care mortalitatea infantilă o are pentru calitatea vieții. Localizarea județului de origine în Moldova a fost considerată ca factor favorizant pentru emigrare, independent de nivelurile mortalității infantile sau ale ocupării populației în sectoarele salariale. Presupunerea a fost adoptată având în vedere lunga tradiție a emigrării din județele acestei regiuni istorice.

Similar, variabila latentă DESTINAȚIE, semnificativă pentru factorii de atracție și respingere de la destinație, a fost măsurată prin indicatorii CÂȘTIG_D, FACULT_D și OMAR_D.

¹ În analiza pe care am întreprins-o asupra fluxurilor de migrație pe durata vieții, înregistrate la recensământul din 1977 (*Fluxurile de migrație în România*, Editura Academiei, 1984, p. 98-112), am identificat trei mari sisteme de migrație cu destinație în urban: sistemul vestic, având ca principal centru de convergență Timișul și ca nuclee componente Hunedoara, Cluj și Dolj; sistemul central cu Brașovul ca centru de convergență și Sibiu, ca principal nod în rețea; sistemul sudic cu București drept centru de convergență și Galați și Constanța, ca principalele noduri în rețeaua de migrație. Iași și Maramureș apăreau ca centre de convergență pentru rețele de importanță secundară. În analiza pe care o întreprindem asupra datelor din 1994 am considerat, deci, ca zone tradiționale de imigrare, județele care defineau în 1977 principalele centre de convergență migratorie.

Operând cu un program care permite analize multivariate cu variabile latente (LISREL) am determinat:

- a) intensitatea legăturii dintre indicatorii de măsurare și variabilele latente pe care le semnifică;
- b) influența variabilelor latente menționate și a distanței asupra emigrării rural-urban.

Forța de respingere a unui județ de origine este cu atât mai mare, cu cât mortalitatea infantilă din acel județ este mai ridicată, numărul de persoane salariate este mai redus în condițiile în care localizarea sa este în Moldova. Indicatorul care semnifică cel mai bine forțele de respingere de la origine este localizarea în Moldova. În ordinea descrescândă urmează mortalitatea infantilă și rata populației salariate¹. Această condiție de respingere rezidențială maximă este satisfăcută în cel mai înalt grad de județele Botoșani (rata mortalității infantile pentru 1994 era egală cu 31,4‰, media națională fiind de 23,3‰ și 199 salariați la 1000 locuitori în 1993, cifra corespunzătoare la nivel național fiind 293‰) și Vaslui (rata mortalității infantile pentru 1994 egală cu 29,6‰ și 202 salariați la 1000 locuitori în 1993).

Atracția rezidențială este maximă pentru județele care tradițional au funcționat ca poli de atracție – Constanța, Timiș, Brașov, Hunedoara și București (considerat ca județ, împreună cu Sectorul Agricol Ilfov), pentru cele care oferă câștiguri salariale ridicate și un număr mare de locuri de muncă pentru absolvenții de facultate². Fluxurile de emigrare rural-urban sunt determinate în principal (vezi caseta tehnică de mai jos) de forța de atracție a județului de destinație (coeficient beta egal cu 0,55). Altfel spus, intensitatea lor maximă este întâlnită în cazul în care destinațiile sunt județe cu tradiție de imigrare, câștigurile salariale și oferta de locuri de muncă pentru absolvenți de facultate au niveluri ridicate.

Atracția județului de destinație este mai importantă decât distanța dintre origine și destinație (coeficient beta egal cu - 0,36). Forțele de respingere de la originea fluxului au cea mai redusă influență asupra deplasărilor de populație de la sat la oraș, între județe (coeficient beta 0,29). Migrația rural-urban interjudețeană, este, deci, mai mult migrație de atracție decât de respingere.

¹ Coeficienții beta pentru relațiile dintre variabila latentă ORIGINE și indicatorii care o măsoară sunt: 0,81 pentru MOLD_O, 0,48 corespunzător indicelui INF_O și -0,43, în cazul relației cu SAL_O. În logica analizei path cu variabile latente, indicatorii sunt considerați efecte ale variabilei latente pe care o măsoară.

² Coeficienții beta pentru relațiile dintre variabila latentă DESTINAȚIE și indicatorii care o măsoară sunt: 0,87, 0,76 și 0,51, corespunzător relațiilor cu OMAR_D, FACULT_D și respectiv CĂȘTIG_D.

Casetă tehnică: relația dintre emigrarea rural-urban și forțele de respingere și de atracție de la origine și de la destinație

$EMIG_RU = 0.55 * DESTINAȚIE + 0.29 * ORIGINE - 0.36 * DISTANȚĂ$
 EMIG_RU – rata de emigrare din satele județului (i) spre orașele județului (j) în 1994.

Dat fiind oblicitatea pozitivă severă a distribuției, variabila a fost logaritmată înainte de a fi introdusă în model.

DESTINAȚIE- intensitatea factorilor de atracție migratorie de la destinația (i); variabila latentă măsurată prin CÂȘTIG_D, OMAR_O și FACULT_D.

ORIGINE – intensitatea factorilor de respingere de la origine, măsurată prin SAL_O, MOLD_O și INF_O.

DISTANȚA – distanța dintre origine și destinația fluxului, măsurată prin numărul de granițe de județ care trebuie traversate în ipoteza unei deplasări liniare, pe cel mai scurt drum.

Cele trei variabile explică 51% din variația fluxurilor de migrație interjudețene. Modelul este adecvat datelor: pentru 13 grade de libertate $\chi^2=16,18$, $p=0,24$.

Pentru a obține concordanța dintre model și date a trebuit să admitem corelarea dintre termenii eroare pentru DISTANȚĂ și INF_O ($r=0,17$), DISTANȚĂ și SAL_O ($r=-0,09$) și SAL_O cu INF_O ($r=-0,28$). Opțiunile sunt consistente cu ipoteza de conținut care susține că distanța de migrație este cu atât mai mare cu cât sărăcia la origine este mai mare.

Particularitățile migrației rural-urban pot fi evidențiate în mai mare măsură dacă vom aplica același model cauzal migrației rural-rural EMIG_RR:

$EMIG_RR = 0,24 * DESTINAȚIE + 0,23 * ORIGINE - 0,43 * DISTANȚĂ$

Modelul explică 29% din variația migrației intersătești desfășurate între județe. Între matricea de corelații observată și cea inferată în baza modelului Path, diferențele sunt semnificative pentru $p=0.01$. De remarcat, că pentru acest tip de migrație, distanța este cel mai important predictor.

Pentru migrația oraș-sat EMIG_UR modelul explicativ cel mai bun este construit cu variabile observabile:

$EMIG_UR = -0,45 * DISTANȚA + 0,26 * MOLD_D - 0,06 * MOLD_O + 0,18 * CAMP_D + 0,10 * OMAR_D$:

unde MOLD_D – județ de destinație din Moldova;

CAMP_D – măsură a localizării județului de destinație la câmpie, realizată ca scor factorial cu variabilele suprafața arabilă pe locuitor și altitudinea orașului cu cea mai mare populație din județ (scalare inversă). Modelul explică 26% din variația interjudețeană a migrației urban-rural. Rata emigrării oraș-sat a fost transformată prin logaritmare înainte de includerea în model.

Modelul explicativ pentru migrația de sens invers, de la oraș la sat este complet diferit (caseta tehnică de mai sus). Cel mai important factor este distanța – cu cât aceasta este mai redusă, cu atât fluxul respectiv este mai intens. Există trei tipuri de destinații prioritare în acest caz: județele din Moldova, județele din familia celor cu tradiție de atracție migratorie și județele de câmpie. Migrația oraș-sat include, foarte probabil, un număr considerabil de migranți care revin la locul de naștere. Constatarea realizată prin modelul de regresie permite formularea unei ipoteze de specificare a categoriilor de migranți de revenire. Cel mai important segment pare să fie cel al moldovenilor care revin în satele provinciei lor, din orașele situate în alte provincii. Un al doilea segment de migranți de reîntoarcere este format din cei care revin din orașe în sate de câmpie, indiferent unde sunt situate acestea. În fine, cea de-a treia categorie de migranți ai acestei familii tipologice revin în comune din apropierea orașelor cu tradiție de atracție migratorie. Este, vorba, deci, de revenire în satele din Moldova, în satele de câmpie și în cele din jurul marilor orașe-centre de convergență migratorie.

Concluzii

1. Structură: ponderea fluxului de migrație de la sat la oraș se reduce considerabil, ajungând în 1994 la cea mai scăzută valoare din ultimii 26 de ani; creșteri consistente se înregistrează pentru migrația urban-rural și rural-rural.

2. Distanță: prin scăderea ponderii migrației rural-urban desfășurată pe distanțe mai mari decât migrația rural-rural și prin creșterea ponderii acesteia din urmă se produce o reducere a distanței medii de migrație. Numărul de granițe de județ traversate în medie de un migrant între origine și destinație se reduce de la 1,29 în 1991 la 1,16 în 1994.

3. Revenire: modul în care se desfășoară migrația între medii rezidențiale și între regiuni istorice sugerează o posibilă creștere a ponderii migrației de revenire în migrația totală. Migrația de revenire este, probabil, de maximă intensitate în cadrul fluxului urban-rural. Destinațiile preferențiale ale migrației de revenire de la oraș la sat par a fi comunele din Moldova, comunele din apropierea orașelor centre de imigrare prin tradiție (Timișoara, Brașov, Constanța, Hunedoara și București) și comunele din zonele de câmpie.

4. Volumul migrației totale este mai mare în anii '90 decât în anii '80. Propensiunea spre migrație nu pare, însă, considerabil sporită dacă se include în calcul și informația dată de explozia migrației de recuperare din anul 1990.

5. Oportunități: în ansamblu, setul de date analizate indică o tendință de reducere a decalajelor de atracție rezidențială dintre sat și oraș, pe de o parte, dintre regiuni istorice sau arii culturale, pe de altă parte. Schimbarea poate fi interpretată, nu atât în sensul unor reduceri de decalaje de dezvoltare, cât al unor redistribuiri de oportunități ocupaționale. Odată realizată această redistri-

buire, este probabil că se va reactualiza influența diferențelor de dezvoltare, în ansamblul lor, asupra migrației.

6. Atracție-respingere: o altă schimbare majoră este legată de trecerea de la o migrație de respingere la o migrație de atracție. Schimbarea ar putea fi conjuncturală și nu de durată.

7. Origine, distanță și destinație: migrația rural-urban este determinată mai mult de factorii sociali, economici și culturali de la origine și de la destinație, decât de distanța dintre origine și destinație. Complexul cauzal al atracției de la destinație este mai important decât cel de respingere de la origine. În cazul migrației rural-rural și urban-rural, distanța continuă să fie cel mai important predictor al intensității fluxului. Originea și distanța, prin complexe cauzale care le sunt asociate par să fie echiimportante pentru migrația rural-rural.

8. Schimbările care se produc după 1989 în migrația internă sugerează modificări importante la nivelul strategiilor de viață pe dimensiunile sat-oraș și apropiat-depărtat.

* Strategiile care valorizează satul ca centru de structurare a proiectelor de viață tind să câștige în importanță, fără a deveni predominante. Modificarea poate fi pusă în relație, în special, cu revitalizarea gospodăriei agricole personale după desființarea cooperativelor agricole.

* Oamenii își caută mediul rezidențial tot mai mult în funcție de oportunități, indiferent unde se află acesta, indiferent de distanță. În special, pentru migrația sat-oraș, distanța devine un factor din ce în ce mai puțin important. Procesele de selectare a destinației par să fie ghidate tot mai mult de utilitățile relative de la destinație, comparativ cu cele de la origine.

Tabelul nr. 1
Ponderea fluxurilor de migrație între medii rezidențiale
în migrația totală, 1989-1994

| An | Flux rural-urban | Flux urban-urban | Flux rural-rural | Flux urban-rural | Total |
|------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------|
| 1989 | 55 | 19 | 19 | 6 | 100 |
| 1990 | 70 | 18 | 9 | 4 | 100 |
| 1991 | 50 | 20 | 19 | 10 | 100 |
| 1992 | 39 | 24 | 23 | 14 | 100 |
| 1993 | 35 | 25 | 25 | 15 | 100 |
| 1994 | 30 | 26 | 26 | 18 | 100 |

Sursa de date primare: România. Date Demografice. Demographic Data. CNS, 1994. Modificări intervenite în fluxurile migrației interne a populației României în perioada 1990-1994. Oficiul de Studii și Proiectări Demografice, CNS, 1995.

Tabelul nr. 2
Indicele distanței de migrație în funcție de locul de plecare
sau de sosire și anul de migrație

| Regiuni istorice de plecare | 1972 | | 1991 | | 1994 | |
|--|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| | plecări | sosiri | plecări | sosiri | plecări | sosiri |
| <i>Regiuni istorice de plecare</i> | | | | | | |
| MOLDOVA | 1,38 | 0,87 | 1,95 | 0,93 | 1,54 | 1,15 |
| MUNTENIA | 0,94 | 1,02 | 0,93 | 0,83 | 0,78 | 0,76 |
| DOBROGEA | 1,09 | 1,46 | 1,11 | 1,74 | 1,34 | 1,58 |
| OLTENIA | 1,02 | 0,93 | 1,04 | 0,89 | 0,8 | 0,81 |
| TRANSILVANIA | 1,03 | 0,97 | 1,01 | 1,13 | 0,94 | 1,00 |
| BANAT | 1,19 | 1,53 | 1,15 | 2,39 | 1,50 | 2,15 |
| CRÎȘANA-MARAMUREȘ | 0,76 | 0,75 | 0,98 | 1,14 | 0,95 | 0,96 |
| <i>Arii cultural-istorice de plecare</i> | | | | | | |
| BT, VS | 1,84 | 0,92 | 2,49 | 1,06 | 2,12 | 1,62 |
| BC, NT, SV, VR | 1,14 | 0,74 | 1,64 | 0,86 | 1,25 | 0,95 |
| GL IS | 1,36 | 1,06 | 1,94 | 0,95 | 1,55 | 1,14 |
| CL IL TL G | 1,01 | 1,26 | 1,09 | 1,05 | 0,91 | 0,92 |
| BZ BR | 1,07 | 0,88 | 1,06 | 0,83 | 0,83 | 0,78 |
| AG DB PH | 0,8 | 0,88 | 0,71 | 0,68 | 0,64 | 0,63 |
| CT TC | 1,09 | 1,46 | 1,11 | 1,74 | 1,34 | 1,58 |
| GJ VL | 1,12 | 0,90 | 1,00 | 0,93 | 0,73 | 0,83 |
| MH DJ OT | 0,97 | 0,94 | 1,06 | 0,87 | 0,84 | 0,79 |
| SB BV | 0,94 | 1,03 | 0,91 | 1,45 | 1,12 | 1,35 |
| AB HD | 1,27 | 1,23 | 1,29 | 1,56 | 1,27 | 1,45 |
| CJ MS | 0,82 | 0,66 | 0,64 | 0,65 | 0,60 | 0,65 |
| CV HG | 0,79 | 0,82 | 1,06 | 0,79 | 0,81 | 0,63 |
| BN SJ | 1,19 | 1,07 | 1,32 | 0,83 | 0,91 | 0,67 |
| BANAT | 1,19 | 1,53 | 1,15 | 2,39 | 1,50 | 2,15 |
| CRÎȘ.-MARAM, | 0,76 | 0,75 | 0,98 | 1,14 | 0,95 | 0,96 |
| BUCUREȘTI | 2,90 | 2,33 | 3,09 | 2,57 | 2,90 | 2,59 |
| Total | 1,09 | 1,09 | 1,29 | 1,29 | 1,16 | 1,16 |

Surse de date primare: Anuarul Demografic al Republicii Socialiste România, 1974, DCS; România. Date Demografice. Demographic Data. CNS., 1994 și date CNS.

Distanța asociată cu un flux se măsoară prin numărul de granițe de județ care trebuie trecute pentru a ajunge la destinație. Pentru migrația interjudețeană se consideră distanța egală cu 0. Distanța până la un județ vecin este egală cu 1. Distanța maximă este egală cu 8 (pentru cazul în care, în linie dreaptă, de la origine la destinație trebuie traversate 8 granițe de județ).

Distanța medie pentru fluxurile cu o origine sau o destinație specificată se calculează ca medie a tuturor distanțelor de flux, ponderate cu populația specifică fluxului.

Tabelul nr. 3
Indicele distanței de emigrare în funcție de plecare
și tipul de migrație, în 1994

| | Tipul de flux de migrație | | | |
|-------------------------------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | rural-urban | rural-rural | urban-rural | urban-urban |
| <i>Regiuni istorice</i> | | | | |
| MOLDOVA | 1.75 | 1.3 | 0.8 | 2.29 |
| MUNTENIA | 0.66 | 0.53 | 0.74 | 1.56 |
| DOBROGEA | 0.63 | 1.08 | 1.71 | 1.76 |
| OLTENIA | 0.68 | 0.53 | 0.72 | 1.82 |
| TRANSILVANIA | 0.46 | 0.66 | 1.35 | 1.39 |
| BANAT | 0.4 | 1.45 | 2.04 | 2.11 |
| CRIȘANA- MARAMUREȘ | 0.51 | 0.94 | 1.04 | 1.66 |
| BUCUREȘTI | 2.55 | 2.01 | 2.81 | 3.09 |
| <i>Arii cultural-istorice</i> | | | | |
| BT, VS | 2.5 | 1.9 | 0.87 | 2.67 |
| BC, NT, SV, VR | 1.36 | 1.04 | 0.69 | 2.01 |
| GL, IS | 1.65 | 1.23 | 0.99 | 2.64 |
| CL, IL, TL, G | 0.87 | 0.66 | 0.83 | 1.66 |
| BZ, BR | 0.66 | 0.57 | 0.73 | 1.77 |
| AG, DB, PH | 0.45 | 0.39 | 0.66 | 1.4 |
| CT, TC | 0.63 | 1.08 | 1.71 | 1.76 |
| GJ, VL | 0.57 | 0.5 | 0.86 | 1.58 |
| MH, DJ, OT | 0.75 | 0.55 | 0.64 | 1.95 |
| SB, BV | 0.31 | 0.7 | 1.54 | 1.51 |
| AB, HD | 0.37 | 0.85 | 2.12 | 1.21 |
| CJ, MS | 0.36 | 0.42 | 0.65 | 1.34 |
| CV, HG | 0.53 | 0.46 | 0.94 | 1.51 |
| BN, SJ | 0.83 | 0.92 | 0.61 | 1.72 |
| BANAT | 0.4 | 1.45 | 2.04 | 2.11 |
| CRIȘ. -MARAM. | 0.51 | 0.94 | 1.04 | 1.66 |
| BUCUREȘTI | 2.55 | 2.01 | 2.81 | 3.09 |
| Total | 0.94 | 0.88 | 1.22 | 1.89 |

Surse de date primare: date CNS.

Distanța se măsoară prin numărul de granițe de județ care trebuie trecute pentru a ajunge de la origine la destinație. Pentru migrația intrajudețeană se

consideră distanța egală cu 0. Distanța până la un județ vecin este egală cu 1. Distanța maximă este egală cu 8 (pentru cazul în care, în linie dreaptă, de la origine la destinație trebuie traversate 8 granițe de județ).

Ariile cultural-istorice sunt cele delimitate în „Arii culturale și probleme sociale”, autor D. Sandu; Revista de Cercetări Sociale, nr 1/1995.

Tabelul nr. 4
Structura fluxurilor de emigrare în funcție de destinația intrajudețeană, intraregională sau interregională în 1972, 1991, 1994

| Emigrare | 1972 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|---|------|------|------|------|------|------|
| - în același județ | 51 | 47 | 50 | 56 | 56 | 58 |
| - în alt județ din aceeași regiune istorică | 19 | 53 | 14 | 44 | 44 | 12 |
| - în altă regiune istorică | 31 | | 36 | | | 30 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Surse de date primare: Date Demografice. Demographic Data. CNS 1994.

Modificări intervenite în fluxurile migrației interne a populației României în perioada 1990-1994. Oficiul de Studii și Proiectări Demografice, CNS 1995.

Recensământul populației și al locuințelor din 7 ianuarie 1992. Vol. I. Populație – structură demografică. CNS, 1994. Date CNS.

Cu datele despre ultima migrație, înregistrate la recensământul din 1992, ponderile corespunzătoare sunt 53% migrație intrajudețeană, 15% migrație intraregională și 32% migrație interregională.

Ponderea migrației intrajudețene din total migrație pe durata vieții la recensămintele din 1966, 1977 și 1992 au fost de 45,8%, 45,7% și, respectiv 48,9%. (Calculule pentru migrația interregională și intraregională aparțin autorului).

Tabelul nr. 5
Ponderea emigrărilor în afara regiunii istorice din totalul emigrărilor cu origine în regiunea de referință

| Regiunea istorică de origine | 1972 | 1991 | 1994 |
|------------------------------|------|------|------|
| Moldova | 29 | 45 | 34 |
| Muntenia | 36 | 41 | 31 |
| Dobrogea | 33 | 31 | 39 |
| Oltenia | 32 | 33 | 23 |
| Transilvania | 27 | 28 | 27 |
| Banat | 37 | 32 | 41 |
| Crișana-Maramureș | 22 | 27 | 27 |

Surse de date primare: Anuarul Demografic al Republicii Socialiste România, 1974, DCS. România. Date Demografice. Demographic Data. CNS, 1994 și date CNS.

Tabelul nr. 6
Predictori ai intensității fluxurilor de emigrare interjudețeană

| Predictor | Anul 1972 | | Anul 1991 | | Anul 1994 | |
|----------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|---------|
| | beta | b | beta | b | b | beta |
| distanță origine (O) | | | | | | |
| destinație (D) | -0,40 | -1,08 | -0,28 | -0,68 | -0,35 | -0,57 |
| Moldova ca O | (0,01) | 0,15 | 0,06 | 0,65 | 0,07 | 0,47 |
| București ca D | 0,32 | 9,07 | 0,38 | 10,11 | ,37 | 6,57 |
| Constanța ca D | 0,07 | 1,95 | 0,11 | 2,85 | 0,11 | 1,99 |
| Timiș ca D | 0,11 | 3,11 | 0,18 | 4,81 | 0,14 | 2,50 |
| Hunedoara ca D | 0,08 | 2,25 | (0,02) | (0,47) | (0,03) | (0,51) |
| Urbanizare la O | -0,06 | -0,02 | -0,06 | -0,02 | (-0,04) | (-0,01) |
| Urbanizare la D | (0,04) | (0,01) | 0,12 | 0,03 | 0,07 | 0,02 |
| R2 | 0,29 | - | 0,33 | - | 0,32 | 2,53 |

() Coeficienți ne semnificativ diferiți de 0 pentru $p < 0.05$.

Surse de date primare: Anuarul Demografic al Republicii Socialiste România, 1974, DCS. România. Date Demografice. Demographic Data. CNS, 1994 și date CNS.

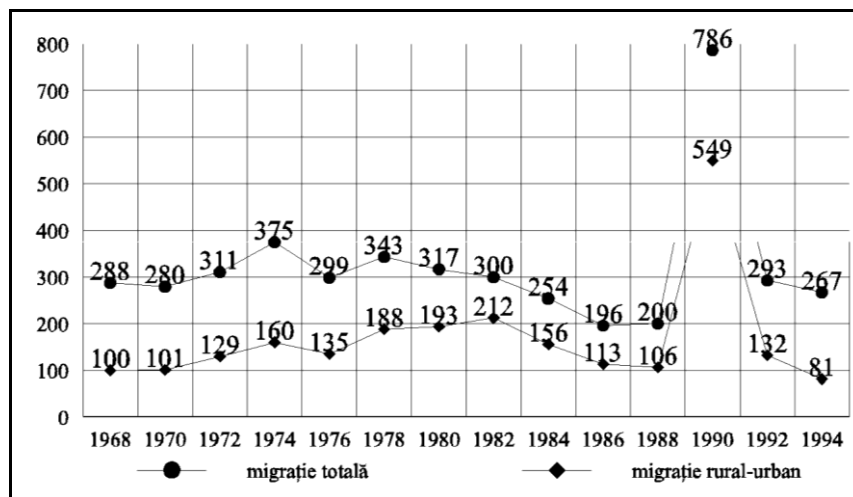
Tabelul nr. 7
Ponderea persoanelor care nu intenționează să-și schimbe domiciliul

| | 1991 | 1994 | 1995 |
|-------|------|------|------|
| total | 91 | 88 | 86 |
| urban | 90 | 87 | 87 |
| rural | 92 | 90 | 85 |

Surse de date: 1991-fișier ATSR; CSUR;1994- SOCIOBIT; 1995- sondaj COMALP, Catedra de Sociologie a Universității București.

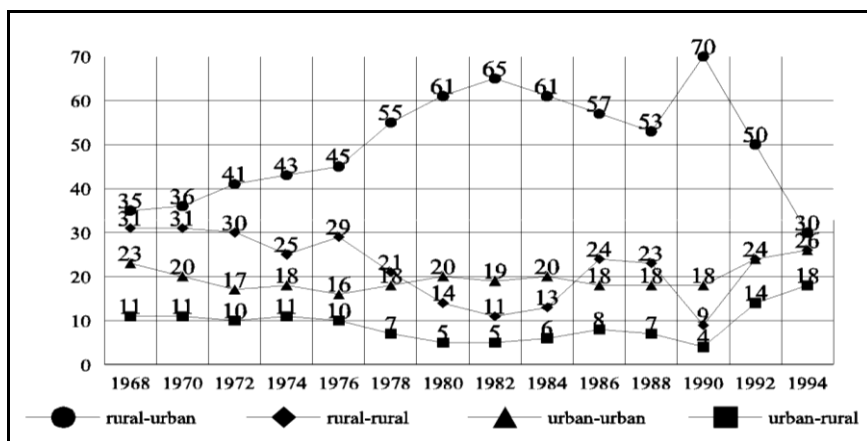
Datele din tabel sunt numai parțial comparabile dat fiind faptul că în 1995 intenția de mutare a fost cerută pentru orizontul următorilor cinci ani, în 1994 pentru orizontul următorilor doi ani, iar în 1991 fără specificarea unui orizont temporal.

Figura nr. 1
Volumul migrației totale și al migrației rural-urban
1968-1994 (mii evenimente de migrație)



Sursa de date primare: România date demografice. Demographic Data CNS, 1994. Modificări intervenite în fluxul migrației interne a populației României în perioada 1990-1994, Oficiul de Studii și Proiectări Demografice, CNS 1995.

Figura nr. 2
Ponderea fluxurilor de migrație, definite în funcție de mediurezidențial de
origine și de destinație în migrația totală – 1968-1994



Sursa de date primare: România date demografice. Demographic Data CNS, 1994 și date CNS.

CÂTEVA DILEME ALE POLITICII DEMOGRAFICE. O PERSPECTIVĂ SOCIOLOGICĂ

Prof. dr. Cătălin ZAMFIR

Pusă într-o perspectivă sociologică, politica demografică își pierde complet caracterul său pur. Ea reprezintă mai degrabă o **politică demosocială**.

Procesele demografice au semnificații sociale în raport cu contextul social. Aceste semnificații sociale prezintă totodată o ridicată diferențiere. Pentru exemplificare voi lua câteva aspecte legate de natalitate.

Există o îngrijorare considerabilă în legătură cu tendințele negative ale dinamicii populației țării noastre. Desigur că pe termen scurt și mediu, problema nu este în sine îngrijorătoare. Pe termen lung ea ar putea deveni. Și totuși ea este foarte adesea percepută ca îngrijorătoare și pe termen scurt, dar mai mult datorită implicațiilor sale sociale, decât a semnificației strict demografice.

Ce ne îngrijorează cel mai mult în momentul de față este, se pare, nu doar scăderea natalității, ci mai degrabă scăderea ei diferențiată. Scăderea diferențiată a natalității este de natură să creeze o mulțime de probleme de natură socială, punând colectivitatea în fața unor opțiuni dificile.

O asemenea îngrijorare derivă din atenția prioritară acordată nu cantității (numărului de copii), ci calității. Avem nevoie de o nouă generație. Dar este clar că această generație trebuie să aibă, în interesul colectivității, câteva caracteristici înalt dezirabile. Cele mai importante sunt:

- sănătate,

- educație/calificare,

- socializare eficace: însușire a sistemului de valori și norme ale colectivității, a *pattern*-urilor sale culturale în așa fel încât să se asigure nu numai o continuitate, dar și aspirațiile de dezvoltare socială rapidă.

Populația actuală, prin caracteristicile sale sociale, economice și culturale tinde să producă o tânără generație înalt diferențiată din punctul de vedere al acestor criterii. Unele categorii au probabilitatea de a produce urmași mai sănătoși, cu un nivel de educație mai ridicat, cu un grad de socializare mai ridicat, alte categorii, dimpotrivă. Potențialul de formare umană este diferit în funcție de diferenții parametri sociali.

În toate țările în tranziție, natalitatea a scăzut substanțial după 1989. Ne putem întreba cum a fost această scădere în raport cu calitatea condițiilor de viață ale copiilor.

Unul dintre indicatorii cei mai importanți ai calității condițiilor de viață ale copilului este **riscul de a fi abandonat**. Familia naturală reprezintă, după date-

le asupra contextului social actual, mediul cel mai eficace de formare. Lipsa lui este de natură a crea o mulțime de probleme în procesul socializării, fiind asociată cu multiple riscuri pentru viitoarea personalitate.

În termeni absoluți, în ceea ce privește proporția copiilor în situație de abandon (aflați în instituții, în plasament sau adoptați) situația este contradictorie. În unele țări unde situația economică din perioada tranziției s-a înrăutățit dramatic, se înregistrează creșteri, în timp ce în țările unde scăderea standardului de viață a fost mai mică se înregistrează scăderi.

Dacă luăm însă în considerare prăbușirea natalității în toate statele din zonă, situația se prezintă într-o cu totul altă perspectivă. Întrucât noii născuți alimentează masiv categoria copiilor abandonati, s-ar putea estima că în termeni relativi, proporția copiilor în situație de abandon pare a fi crescut peste tot în zonă, excepție făcând Ungaria.

Tabelul nr. 1
Proporția copiilor în situație de abandon (în instituții, în plasament sau adoptați) în 1994 față de 1989. În comparație cu natalitatea: proporția numărului de copii născuți în 1994 față de 1989

| | % copii în situație de abandon în 1994 față de 1989 | % numărul de nou-născuți în 1994 față de 1989 |
|----------|---|---|
| Bulgaria | 110,3 | 74,0 |
| România | 108,9 | 67,7 |
| Polonia | 102,5 | 84,5 |
| Rusia* | 100,4 | 64,4 |
| Ucraina | 90,2 | 74,1 |
| Cehia | 91,1 | 83,9 |
| Slovacia | 95,9 | 81,0 |
| Ungaria | 78,4 | 96,6 |

* 1993 față de 1989

Sursa: TRANSMONEE; în cazul României, Comisia Națională pentru Statistică

De ce? Sărăcia a crescut. Dar sărăcia atinge tocmai segmentele cele mai fragile, cu natalitatea cea mai ridicată. De exemplu, mamele foarte tinere, copii nedoriți. La rândul ei, sărăcia reprezintă un factor cu influență pozitivă asupra natalității.

Pe lângă riscul abandonului, există **riscul creșterii în condiții de sărăcie, de dezorganizare familială și social-culturală.**

Statistic, din punct de vedere social riscul cel mai ridicat pentru copii îl prezintă nașterile mamelor sub 20 de ani. Ce s-a întâmplat din acest punct de vedere?

Tabelul nr. 2
Fertilitatea feminină pe grupe de vârstă și medii: 1994 ca % din 1990

| | Urban | Rural |
|-------|-------|-------|
| Total | 69,6 | 86,0 |
| 15-19 | 68,8 | 108,5 |
| 20-24 | 72,2 | 91,9 |
| 25-29 | 75,9 | 79,1 |
| 30-34 | 64,4 | 53,5 |
| 35-39 | 61,7 | 54,7 |

Pentru o societate atât de fragilă ca cea a noastră, fertilitatea ridicată la vârste scăzute reprezintă un risc major pentru tânăra generație.

Un alt exemplu din această categorie se referă la populația de romi.

Datele diferitelor cercetări indică faptul că copiii acestui segment al populației sunt asociați cu riscuri de dezvoltare semnificativ mai mari: s-au înregistrat până la 50% copiii de romi în leagănele pentru copii abandonați; starea sănătății copiilor de romi este precară; nivelul de educație (și de aici și șansele în viață) este foarte scăzut; expunerea la un mediu cu o rată ridicată de criminalitate este mare.

Populația de romi reprezintă însă o natalitate semnificativ mai ridicată decât populația pe ansamblu. După calculele noastre, în 1992, fertilitatea la populația de romi era de două ori mai mare decât pe ansamblul populației. Dacă procesul de modernizare a societății din ultimele decenii pare a fi scăzut fertilitatea cu aproximativ 0,5 copii, de la o generație bătrână la cea intermediară actuală, generația tânără nu pare a se comporta substanțial diferit, sub impactul tranziției, cu liberalizarea avorturilor și sărăcirea masivă, de generația precedentă. Acest aspect ar trebui să fie aprofundat, datele nefiind concludente. Unele date sugerează, cel puțin pentru București, că avem o scădere mai accentuată a fertilității la populația de romi decât la restul populației. Alte date par să sugereze o ipoteză contrară: ipoteza regresului la *pattern*-urile tradiționale sub impactul sărăcirii și marginalizării, caracterizat printre altele de o creștere relativă a fertilității. O asemenea ipoteză pare a fi susținută de datele din tabelul nr. 2: la sat, fertilitatea femeilor de sub 20 de ani (aici fiind incluse probabil mai ales femei din populația de romi, în celelalte segmente ale populației fertilitatea fiind foarte scăzută) a crescut în 1994 în raport cu 1990. Este de altfel singura situație de creștere.

Îngrijorarea legată de această tendință se referă deci nu la aspectul etic, ci la efectele sociale implicate. O mare majoritate a populației de romi este în momentul actual caracterizată prin: educație scăzută, șomaj ridicat, angajare în economia subterană, criminalitate, sărăcie. Este de presupus că toate acestea vor afecta negativ calitatea tinerei generații.

Din punctul de vedere al politicii sociale s-ar putea formula deci mai multe întrebări:

1. Cum să se stimuleze creșterea natalității în segmentele populației care au premise mai bune de creștere a copiilor, decât în cele în care aceste premise sunt mai proaste?

2. Cum să intervii, prin politici sociale speciale, pentru a corecta lipsurile de condiții pentru copii în unele segmente mai puțin favorizate, în așa fel încât handicapul părinților să nu se transforme într-un handicap al copiilor?

Răspunsul la aceste întrebări nu este deloc simplu. Voi formula doar o situație de acest gen. Multe dintre măsurile de sprijin al familiilor cu copii pot avea un efect pervers. Ele devin din suport al copiilor, suport al maturilor care au mulți copii; din sprijin al celor care au deja copii, pot deveni motivație de a avea copii. Se spune adesea că datele demografice au demonstrat că suportul economic ar trebui să fie mult prea ridicat pentru a avea un astfel de efect. Dar și aici suntem în fața unei estimări globale. Pentru unele segmente, gradul de stimulativitate poate fi foarte diferit.

În fapt, politica socială poate influența diferențiat procesele demografice, dar într-un mod neintenționat. Adesea ne aflăm în fața unor adevărate paradouri în ceea ce privește politica demografică.

CERCETAREA DEMOGRAFICĂ ÎN ROMÂNIA

Acad. Vladimir TREBICI

Demografia, ca știință socială, este sensibilă la două feluri de solicitări. În primul rând, la semnalele venite din partea corpului demografic, în special la cele care sunt relevante, având uneori caracter de criză – mortalitate înaltă, natalitate în scădere – și alte simptome. Ea este însă puternic sensibilizată de ceea ce se numește „comanda socială”, fie că ne referim la autoritatea publică, ca factor decizional în materie de politică demografică și socială, fie că avem în vedere societatea civilă, diferitele sale segmente sau organizațiile neguvernamentale, al căror rol devine tot mai important. Relația este de interdependență, creându-se conexiuni inverse. O cercetare demografică activă poate influența „comanda socială”, ca și opinia publică, prin conștientizarea asupra momentelor principale din evoluția demografică.

În perioada interbelică, problemele percepute ca negative au fost nivelul ridicat al mortalității, în special al celei infantile, impactul grav al bolilor sociale, cea mai agresată fiind populația rurală. „Feed-back”-ul științelor sociale și medicale este bine cunoscut: cercetările sistematice întreprinse de școala sociologică a profesorului D. Gusti, cuprinzând și aspectele demografice, precum și studiile și acțiunile unor eminente medici, specialiști în medicina și igiena socială, cum au fost: profesorul Iuliu Moldovan, profesorul Gheorghe Banu, doctorul Sabin Manuila. Factorul politic decizional a fost și el influențat, cu atât mai mult cu cât doi dintre cei amintiți au fost titulari ai Ministerului Sănătății. Mai trebuie amintite, în acest context, dezvoltarea și perfecționarea statisticii populației și a celei sanitare, concentrată în cea mai mare parte la Institutul Central de Statistică, având pe eminentele organizatori și oameni de știință dr. Sabin Manuila (1894-1964) și Anton Golopenția (1909-1951).

Nu ne propunem să facem un istoric – am făcut în altă parte, de-a lungul anilor – și nici nu intenționăm să propunem o „platformă” sau „un plan de cercetare” pentru demografie și celelalte discipline interesate de problematica populației. Ne vom exprima părerile în ceea ce privește situația demografică din ultimii ani, reacția factorului politic și unele probleme ale cercetării demografice, nu înainte de a aminti faptul că, în această perioadă, informația statistică a crescut considerabil, cantitativ și calitativ, grație eforturilor Comisiei Naționale pentru Statistică. Această împrejurare a creat o premisă favorabilă pentru cercetarea demografică. Amintim că în cadrul instituției centrale de statistică a luat ființă Oficiul de Studii și Proiectări Demografice.

Perioada 1990-1995 se caracterizează prin câteva momente, intens mediatizate, percepute ca fiind negative. Să le amintim succint. Fertilitatea popula-

ției feminine s-a înscris într-o tendință de scădere: „producția de vieți” a scăzut de la circa 370.000 de născuți (1989), la ceva mai puțin de 250.000 în ultimul an. Nu se mai asigură înlocuirea generațiilor („reproducția simplă”). Mortalitatea se află la un nivel înalt; numărul deceselor, de aproximativ 260-265.000, depășește pe cel al nașterilor. Folosind o metaforă pusă în circulație în perioada interbelică vom spune: „se fac mai multe sicrie decât leagăne”. Durata medie a vieții populației României nu a atins încă 70 de ani. Din 1990 numărul populației scade în urma soldului negativ al migrației internaționale. Din 1992 se adaugă la aceasta sporul natural negativ. Cele câteva estimări prospective ajung la constatarea că numărul populației va continua să se reducă: în anul 2025 el ar putea fi cu 2-2,5 milioane mai mic decât a fost la recensământul populației din 7 ianuarie 1992. Îmbătrânirea demografică se va accelera, generând importante consecințe economice, dar și demografice. Analizii remarcă un nivel relativ ridicat – în comparație europeană – al nupțialității, afirmând că „propensiunea” populației pentru căsătorie, familie și copii este încă puternică. Anchetele prin sondaj confirmă, în linii generale, această teză. De altfel, divorțialitatea înregistrează un nivel moderat. Nu mai amintim de alte probleme demografice, cum ar fi migrația internă, repartitia teritorială a populației, urbanizarea, structura etnică și confesională, dar vom sublinia că toate aceste tendințe au loc în contextul „tranziției” cu dificultățile cunoscute. Relevante sub raport demografic sunt sărăcia și șomajul, cu efecte directe asupra nupțialității, natalității și mortalității.

Percepția și reacția factorului politic la această situație sunt măsuri sectoriale, mai cu seamă cu caracter de protecție socială. Întârzierea în adoptarea unei politici demografice este motivată prin restricții financiare. Reacția cercetării demografice la acești „stimuli” este și ea „sectorială”, fragmentară și inegală. În general, judecând după articolele și cărțile publicate în anii 1990-1995 (puține la număr), cercetarea demografică este modestă, mai curând săracă.

Dacă îmbătrânirea demografică și mortalitatea s-au bucurat de mai multă atenție – două ministere sunt direct interesate: Ministerul Muncii și Protecției Sociale și Ministerul Sănătății – în schimb, problemele natalității, familiei și femeii sunt abordate cu totul nesatisfăcător. Este adevărat, în România nu există un minister al populației, al familiei sau al femeii – cum există în unele țări -, dar nici măcar un departament care să coordoneze asemenea activități.

Revenind la demografie, trebuie să ne întrebăm: ce ne poate ea da? Vom ajunge astfel la probleme de epistemologie, logică, inducție-deducție, descriere și analiză, empiric-teorie.

După cum arată și numele, demografia înseamnă descrierea populației. Ea este prin excelență descriptivă și empirică, o știință a observației. **Aceasta este vocația ei.** Dar ea dispune de metode care pot realiza această funcție. Unele sunt clasice; altele sunt moderne, unele din ele foarte sofisticate. Progresele demografiei în ultimele două decenii sunt considerabile. Ele au fost mult înlesnite de aplicațiile informaticii, care permit rezolvări matematice com-

plexe, estimății prospective, elaborarea de modele cu un număr mare de variabile.

Să luăm un exemplu: fertilitatea populației feminine. Prin sistematizarea informației statistice, aflăm că fertilitatea este funcție de vârstă, că ea este diferită pe cele două medii – urban și rural -, pe județele țării și pe provincii istorice; ea variază pe naționalități și pe confesiuni. Seriile statistice cronologice ne arată evoluția acestui important fenomen demografic în timp. Să mai adăugăm că fertilitatea este funcție de categoria socială și de nivelul de instruire.

Toate acestea le știm din datele statistice corect prelucrate. Cu toate acestea, suntem la nivelul descrierii. Posibilele explicații ale fertilității și ale variației ei se găsesc chiar în această descriere. Este primul pas spre analiza causală. Nivelul de instruire sau nivelul venitului femeii sau, mai general, al familiei, poate reprezenta o variabilă explicativă. Dar aceasta, la rândul ei, este influențată și explicată prin alți factori. Se creează astfel un lanț de factori: variabile directe sau proxime (“proximate determinants” ale lui J. Bongaarts), variabile intermediare (Blake-Davis), ajungând până la blocul variabilelor de context social-economic, un fel de Mare Anonim, ca să folosim expresia lui Lucian Blaga. Dar variabilele culturale, educaționale, psihologice și comportamentale ?!

Interpretarea și analiza fenomenelor demografice și a interdependențelor cu cele sociale, economice, culturale ne duc imediat la alte două probleme: necesitatea abordării interdisciplinare și aceea a teoriei. Se poate dispensa (sau ignora) demografia de aportul sociologiei, economiei, istoriei, antropologiei, psihologiei sociale, al științelor juridice, al etnografiei sau al medicinei? Poate demografia să-și elaboreze propriile sale teorii? La prima întrebare răspunsul este superfluu. Pentru a doua întrebare răspunsul trebuie să fie nuanțat.

Ridicându-se de la empiric la teoretic, demografia poate elabora teorii, să spunem de nivel mediu. Pentru a ilustra această capacitate a demografiei se invocă așa-numita teorie a tranziției demografice. Dar aceasta, la originea ei, se reducea la descrierea evoluției natalității și mortalității, pe baza unor serii cronologice pe termen lung (modelul european). Treptat, ea a început să fie dezvoltată de sociologi, economiști, istorici, pentru a ajunge o teorie coerentă, incluzând factorii explicativi. Există teorii sociologice privind fertilitatea, teorii economice, antropologice etc.

De la descrierea (demografică) la analiza (interdisciplinară) calea este atât de lungă. Ce să mai spunem despre familie? Unii analiști consideră că familia este „copilul vitreg” al demografiei (J. Bongaarts, Th. Burch). Dar familia este nu numai „nucleul de bază al societății”, ci și cadrul în care se produc evenimentele demografice fundamentale – nașterea ori moartea.

Este locul să amintim faptul că se înmulțesc provocările la adresa demografiei și celorlalte științe care se ocupă de populație. S-a pus în circulație noțiunea de „securitate demografică”, alături de cele de „securitate națională” și „securitate alimentară”. Se afirmă puternic preocupările de geopolitică: numai în anul 1995 au apărut două cărți consacrate acestei probleme, purtând nume-

le profesorului Ilie Bădescu și Dan Dungaciu, ca și al profesorului Sergiu Tămaș.

Interesează în cel mai înalt grad problema consecințelor sociale și economice pe care le generează o populație al cărei număr scade. De asemenea, aspecte noi sunt legate de dezechilibrele ecologice.

Factorul politic are nevoie de concluzii științifice clare pentru opțiunile sale. Măsurile de politică demografică reclamă fonduri mari. Mai mult, ele trebuie să aibă eficacitate, cum ar fi reducerea mortalității sau menținerea – dacă nu redresarea – natalității. Lăsăm la o parte preocuparea pentru protecția socială. Dialogul dintre factorul politic se poartă nu cu o populație globală, nediferențiată, ci cu **familia**. De aceea, în ultimul timp se vorbește despre politica familială și nu demografică.

Există însă reprezentări simpliste, de tipul **idola tribus**, care au o puternică inerție. La unele anchete de opinie în legătură cu căsătoria sau copiii, nu arareori răspunsul persoanelor intervievate a fost de genul: „cum să-ți întemeiezi o familie când veniturile sunt mici și nivelul de trai este așa de scăzut?” sau „trebuie să fii inconștient să aduci pe lume un copil când nu ai cu ce să-l hrănești și să-l întreții”. Se invocă deci, atotputernicia factorului economic – importanța sa nu poate fi subestimată -, dar se omite faptul că fertilitatea populației Italiei, Spaniei și Portugaliei este și mai scăzută decât în România. Nivelul scăzut al fertilității în România este asociat cu sărăcia, iar în celelalte cazuri, cu nivelul ridicat al bunăstării. S-ar putea pune întrebarea: de ce la țigani, pentecostali, bapțiști, adventiști natalitatea este superioară mediei naționale?

Aminteam că unele anchete arătau persistența unor modele culturale de origine țărănească, favorabile valorilor familiei tradiționale – căsătoria, refuzul modelului de „coabitare fără căsătorie” (uniune consensuală), atitudine de condamnare a divorțului, propensiune pentru copii. Această împrejurare trebuie avută în vedere de viitoarea politică demografică. Se invocă adesea – în mod justificat – drepturile fundamentale ale persoanei și ale cuplului, potrivit cărora orice cuplu „hotărăște pe proprie răspundere numărul copiilor și eșalonarea nașterii lor”. Acest drept trebuie respectat; mai mult, autoritatea publică trebuie să asigure condițiile necesare pentru exercitarea neîngrădită a acestor drepturi. Ne este proaspătă amintirea încălcărilor brutale ale acestor drepturi. Dar, așa cum spunea, în 1971 sau 1972, Valery Giscard d'Estaing, pe atunci președinte al Franței, că dacă un cuplu nu vrea să aducă pe lume nici un copil, și acest drept trebuie respectat, tot așa un cuplu care intenționează să aibă un copil sau mai mulți trebuie ajutat să-și exercite acest drept. Aceasta este esența dialogului (nu a negocierii) dintre familie și stat, în spiritul democrației și al unui autentic umanism, dar și al răspunderii față de viitorime.

Cercetarea demografică din România are datorii mari de împlinit. Gândurile exprimate în această comunicare, mai curând în manieră impresionistă, sunt prilejuate de prima consfătuire științifică a Centrului de Cercetări Demografice al Academiei Române. Intenționăm să organizăm lunar asemenea întâlniri,

să stabilim contacte și colaborări. Este prevăzută organizarea unui colocviu internațional de demografie, în colaborare cu Asociația Internațională a Demografilor de Limbă Franceză (AIDELF), din Paris, prevăzut pentru septembrie 1996, la Sinaia. Un număr reputat de specialiști, în special din țările francofone, și-au anunțat participarea. Îmbucurător este faptul că la acest colocviu vor prezenta comunicări științifice specialiști din România: demografi, sociologi, economiști, medici. Este un pas. Centrul de Cercetări Demografice intenționează să stabilească relații de colaborare cu institute de cercetare, dar și cu învățământul superior.

Dacă nu ne putem face prea multe iluzii, în schimb, nu este interzis să sperăm că, printr-o muncă organizată și perseverentă, vom reuși să atenuăm rămânerea în urmă a demografiei românești și să-i asigurăm, în câțiva ani, un loc onorabil în familia europeană.



**INSTITUTUL NAȚIONAL
DE
CERCETĂRI ECONOMICE**

**ANALE
NR. 2/1996**



**CENTRUL DE INFORMARE
ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ
BUCUREȘTI**

**ACADEMIA ROMÂNĂ
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE
CENTRUL DE CERCETĂRI DEMOGRAFICE**

**POPULAȚIA ROMÂNIEI ȘI
MINORITĂȚILE NAȚIONALE: PREZENT ȘI
PERSPECTIVE**

**Acad. Vladimir TREBICI
Conf. univ. dr. Vasile GHEȚĂU**

CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ

CUPRINS

| | |
|---|----|
| MINORITĂȚILE NAȚIONALE DIN ROMÂNIA: PREZENT ȘI ESTIMAȚIE PROSPECTIVĂ (I)..... | 51 |
| Acad. Vladimir TREBICI | |
| Argument..... | 51 |
| Informația statistică și calitatea ei..... | 53 |
| Minoritatea etnică maghiară și problema Transilvaniei..... | 53 |
| Ceangăii din Moldova, originea lor și situația lor actuală..... | 56 |
| Aspecte demografice diferențiale..... | 61 |
| Un eșantion: județele Covasna și Harghita..... | 62 |
| Migrație internă și colonizare..... | 63 |
| Demografie și istorie..... | 66 |
| NOTE | 68 |
| BIBLIOGRAFIE | 70 |
| O PROIECTARE CONDIȚIONALĂ A POPULAȚIEI ROMÂNIEI PE PRINCIPALELE NAȚIONALITĂȚI (1992-2025)..... | 75 |
| Conf. univ. dr. Vasile GHEȚĂU | |
| 1. INTRODUCERE | 75 |
| 2. POPULAȚIILE PROIECTATE | 76 |
| 3. CÂTEVA CONSIDERAȚII ASUPRA IPOTEZELOR..... | 81 |
| 4. REZULTATE | 82 |
| VI. ÎN LOC DE CONCLUZII..... | 91 |
| BIBLIOGRAFIE | 91 |

MINORITĂȚILE NAȚIONALE DIN ROMÂNIA: PREZENT ȘI ESTIMAȚIE PROSPECTIVĂ (I)

Acad. Vladimir TREBICI

Argument

La recensământul populației și al locuințelor din 7 ianuarie 1992, populația României a fost de 22. 810. 035 locuitori, din care românii, în număr de 20. 408. 542, reprezentau 89,5%, iar persoanele aparținând minorităților naționale se cifrau la 2. 401. 493, adică 10,5% din populația României (1).

Studiul demografic al minorităților naționale, obiectiv principal al Centrului de Cercetări Demografice al Academiei Române, este absolut necesar, el adăugându-se demersului istoric, ca și celui geopolitic. Interesează, în primul rând, evoluția numărului și structurii demografice a minorităților naționale, a repartiției teritoriale a acestora, a caracteristicilor sociale, economice, educaționale. Întrucât românii reprezintă și ei minorități naționale în unele state învecinate- Ucraina, Ungaria, Federația Rusă, unele state din Peninsula Balcanică-, problema trebuie studiată și în acest context. Mai mult, un asemenea studiu trebuie să includă și demografia țărilor vecine, devenind un studiu regional.

Interesează însă, în cel mai înalt grad, perspectivele evoluției minorităților naționale din România, și ele în context regional și european. Până în prezent (1 ianuarie 1996) nu au fost încă încheiate tratatele de bază cu Ucraina, Ungaria și Federația Rusă. Aspectul demografic al problemei trebuie deci bine cunoscut.

Se impune și studierea românilor de peste hotare, al căror număr nu este cunoscut decât cu aproximație.

Acestea sunt obiectivele, desigur ambițioase, pe care și le-a propus Centrul de Cercetări Demografice. Să mai adăugăm că acest studiu trebuie întreprins cu obiectivitate și responsabilitate, în spiritul aceluși „sine ira et studio”, cu valorificarea corectă a surselor statistice și documentare, a opiniilor oamenilor de știință – istorici, geografi, politologi, etnografi.

Tablou general

Situația consemnată la recensământul din 1992 ne arată următoarea structură etnică:

Tabelul nr. 1
Populația României pe naționalități în 1992

| Naționalitatea | Populația | % |
|------------------------|--------------|-------|
| România | 22. 810. 035 | 100,0 |
| 1. Români | 22. 408. 542 | 89,5 |
| 2. Maghiari | 1. 624. 959 | 7,1 |
| 3. Germani | 119. 462 | 0,5 |
| 4. Romi (țigani) | 401. 087 | 1,8 |
| 5. Ucraineni | 65. 764 | 0,3 |
| 6. Sârbi, croați | 33. 493 | 0,1 |
| 7. Ruși- Lipoveni | 38. 606 | 0,2 |
| 8. Evrei | 8. 955 | - |
| 9. Tătari | 24. 596 | 0,1 |
| 10. Slovaci | 19. 594 | 0,1 |
| 11. Turci | 29. 832 | 0,1 |
| 12. Bulgari | 9. 851 | - |
| 13. Cehi | 5. 797 | - |
| 14. Greci | 3. 940 | - |
| 15. Polonezi | 4. 232 | - |
| 16. Armeni | 1. 957 | - |
| 17. Alte naționalități | 8. 602 | |
| 18. Nedecarați | 766 | - |

Notă. 1. Slovenii au fost incluși la „alte naționalități”

2. „sub 0,1%”

Ca importanță numerică, minoritățile naționale se ierarhizează astfel: maghiarii (7,1%), romii (1,8%), germanii (0,5%), ucrainenii (0,3%), rușii-lipovenii (0,2%), sârbii și croații (0,1%), turcii (0,1%), tătarii (0,1%), având efective ce depășesc 20. 000 persoane fiecare.

Din tabelul nr. 1 se reține că evreii, bulgarii, cehii, grecii, polonezii și armenii totalizează 34. 732 persoane sau 0,15% din populația României.

Datele pe naționalități obținute la recensămintele din anii 1930, 1948 (numai limba maternă), 1956, 1966 și 1977 permit reiterarea evoluției numerice. Schimbările sunt, pentru unele minorități naționale, considerabile, explicația trebuie căutată în istorie, anume, perioada 1930-1991. Un studiu complet va reține printre factori emigrările, schimbul de populație, deportările, genocidul. Aceasta însă va trebui să pună în evidență efectul unor procese cum ar fi asimilarea și regimul demografic propriu fiecărei minorități naționale, mai ales fertilitatea diferențială.

Informația statistică și calitatea ei

Datele recensămintelor populației, indiferent de țară sau de perioadă, au fost obiectul unor critici și contestări. Este deci necesar să aducem unele precizări pentru recensămintele din România.

La recensământul din 1930 noțiunea folosită a fost „neamul”, la cele din 1956, 1966, 1977 și 1992 caracteristica a fost „naționalitatea”, cu o definiție sumară. Important este faptul că înscrierea „naționalității” în formularul de recensământ s-a făcut pe baza declarațiilor fiecărei persoane recensate. Același procedeu este valabil și pentru caracteristicile „limba maternă” și „religia”, (aceasta fiind înregistrată numai în 1930 și 1992). Întrebarea pe care și-o pune analistul este dacă declararea „naționalității” a fost corectă, dacă nu au fost cumva presiuni din partea autorităților (recenzorilor), eventual o presiune psihologică. Cazul cel mai grăitor este cel al romilor (țiganilor): cifrele obținute la recensăminte sunt considerate subevaluate atât de liderii acestei minorități naționale cât și de către organizatorii recensămintelor. Vom relua problema atunci când vom analiza minoritatea romilor.

În general, cei ce contestă exactitatea unui recensământ trebuie să aducă probe, conform principiului „cujus affirmatio ejus probatio”. Ele pot fi evidențele parohiale, înregistrări parțiale, investigații etnografice și lingvistice etc.

Cu asemenea dificultăți se confruntă cei ce vor să stabilească numărul românilor din Peninsula Balcanică sau din Ucraina, de pildă.

O apreciere specială se cuvine făcută pentru recensământul din 1992. Marea majoritate a caracteristicilor a fost prelucrată pe naționalități: repartitia pe urban și rural, pe sexe și pe vârste, după religie și naționalitate, după nivelul de instruire, știința de carte, activitatea economică, gospodăria și familia, suprafața locuibilă. Cele mai multe sunt publicate în sursa bibliografică (6). Este un avantaj considerabil care permite întocmirea unor veritabile monografii pe minoritățile naționale. Unele naționalități sunt mai „urbane”, altele mai „rurale”, unele mai îmbătrânite demografic, altele sunt mai tinere, unele sunt mai „instruite”, altele au un „stoc de învățământ” mai redus; analfabetismul este și el diferențiat pe minoritățile naționale. De altfel și activitatea economică ca și repartitia pe sectoarele primar, secundar și terțiar variază pe minoritățile naționale. O prelucrare suplimentară a migrației interne pe naționalități ar fi de un folos imens și ar contribui la elucidarea problemei „colonizării” în unele regiuni ale țării și deci a așa-numitei „deznaționalizării” a unor etnii.

Minoritatea etnică maghiară și problema Transilvaniei

Proiectarea demografică a conf. dr. Vasile Ghețău pentru orizontul 2025 încearcă pentru prima oară să facă acest lucru separat pentru minoritățile etnice a maghiarilor și a romilor. Vom încerca deci să examinăm mai detaliat demografia maghiarilor din România și, în acest cadru, demografia Transilvaniei.

O proiectare demografică pentru viitorii 30 de ani are nevoie de o analiză pe o perioadă de cel puțin 30 de ani, indispensabilă pentru evidențierea tendințelor demografice, fie și numai pentru o proiectare explorativ-tendențială. Ea este însă obligată să coboare în istorie, în așa fel încât perioada supusă analizei să acopere aproximativ un secol. Vor fi deci folosite surse demografice maghiare, cel puțin recensământul din 1910, ultimul din timpul monarhiei austro-ungare.

Cât privește pozițiile istoriografiei române și ale celei maghiare, divergențele sunt bine cunoscute. Unele surse bibliografice citate sunt o mărturie în această privință. Nu ne vom referi la ele decât în unele cazuri.

Istoricul maghiarilor în România, al perioadei așezărilor în spațiul intracarpatic, poate fi cunoscut din sursa 18, într-o formă simplificată; repartiția pe sexe și grupe de vârstă, fertilitatea și alte informații, se găsesc în sursa statistică oficială (6) și sunt preluate în studiul lui V. Ghețău.

Cum a evoluat numeric minoritatea națională maghiară în România?

Tabelul nr. 2
Numărul maghiarilor în România la recensămintele din 1930, 1948, 1956, 1966, 1977 și 1992

| Anul | Numărul populației | Ponderea în populația României (%) | Numărul maghiarilor din Transilvania | Ponderea maghiarilor din Transilvania în numărul total al maghiarilor (%) |
|------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1930 | 1.423.459 | 10,0 | 1.316.292 | 92,5 |
| 1948 | 1.499.851 | 9,4 | 1.481.903 | 98,8 |
| 1956 | 1.587.675 | 9,1 | 1.558.254 | 98,1 |
| 1966 | 1.619.592 | 8,5 | 1.597.438 | 98,6 |
| 1977 | 1.713.928 | 7,9 | 1.691.048 | 98,7 |
| 1992 | 1.624.959 | 7,1 | 1.603.923 | 98,7 |

Notă: Pentru 1948 s-a luat limba maternă maghiara.

O precizare necesară. Atât în materialele românești cât și cele maghiare, prin termenul generic „Transilvania” se înțelege: Transilvania, Banatul și Crișana-Maramureș, sau provinciile intracarpatică sau provinciile de peste Carpați. Or, suprafața nu este în întregime comparabilă. La recensămintele din 1930 și 1992 situația se prezintă astfel:

Tabelul nr. 3
Suprafața provinciilor de peste munți în 1930 și 1992

| Provincia | Suprafața (kmp) | | Diferențe 1930-1992 |
|-------------------|-----------------|---------|------------------------|
| | 1930 | 1992 | |
| Banat | 18.725 | 17.217 | -1.498 |
| Transilvania | 62.229 | 57.056 | -5.173 |
| Crișana-Maramureș | 21.338 | 26.020 | +4.682 |
| Total | 102.282 | 100.293 | -1.989 |

O parte din Banat a fost arondată la Oltenia (județul Mehedinți); celelalte diferențe se explică prin efectul revizuirii împărțirii administrative a țării. Datele din sursele statistice actuale sunt recalculate la teritoriul actual de 100.293 kmp; cele din 1930 (dr. S. Manuila) și din sursele maghiare (1910) se referă la suprafața de 102.282 kmp.

Cu excepția perioadei 1977-1992, când se înregistrează o scădere a numărului maghiarilor, în celelalte perioade se constată o creștere, în ritmuri diferite însă. După sursa (6) numărul emigranților de naționalitate maghiară în perioada 1977-1992 s-a ridicat la peste 68 mii persoane din care aproape jumătate în anii 1988-1990. Emigrația maghiarilor s-a continuat, mult mai atenuat, în anii 1993-1995. Cum din 1992 la nivelul populației României se înregistrează un spor natural negativ este interesant de a ști dacă un asemenea sold negativ afectează și populația de naționalitate maghiară.

În perioada 1918-1944 au avut loc mișcări de populație a căror expresie cantitativă este aproximativă. După sursa maghiară (15), după 1918 un număr de 200.000 unguri au plecat din Transilvania și s-au stabilit în Ungaria; după 1944- după aceeași sursă- s-a înregistrat un nou val de emigrație, după ce Transilvania de Nord a revenit la România (2).

Au avut loc și emigrări de populație românească ca urmare a aplicării Diktatului de la Viena, prin care Transilvania de Nord a fost încorporată în Ungaria (1940-1944). Iată ce aflăm dintr-o sursă românească (12).

„Comisariatul general al refugiaților din Transilvania de Nord a întocmit, la sfârșitul anului 1943, o statistică generală a refugiaților înregistrați de organele teritoriale în perioada 1940-1 decembrie 1943, potrivit căreia au rezultat 218.919 refugiați, la care se adaugă cei 5.166 români refugiați în anul 1944, ca și cei 250.000 de români surprinși de sentința de la Viena în alte părți ale țării, dar care aveau bunuri și familii în teritoriul cedat, totalizând un număr de aproape 500.000 de români originari din Transilvania de Nord obligați să se refugieze sau să rămână pe teritoriul României" (p. 224). Cifra pare exagerată. După sursa (19) numărul populației Transilvaniei de Nord, cedată Ungariei, a fost de 2.388.774, din care numărul românilor s-a ridicat la 1.173.479. Ar rezulta că 43% au devenit refugiați. Cunoscând situația Nordului Bucovinei – victimă a actului Ribbentrop-Molotov – mă întreb: câți din cei 500.000 erau originari din

Vechiul Regat, câți s-au întors după 1944, câți au rămas definitiv în România?. Un răspuns l-ar putea da prelucrarea datelor recensământelor din 1966, 1977 și 1992, unde figurează caracteristica „domiciliul actual” și „localitatea de naștere”. Dacă luăm numai Municipiul București (fără Sectorul Agricol Ilfov), la recensământul din 1992 din numărul total al populației stabile, de 2.053.557, un număr de 95.221 indicau un loc de naștere, Transilvania (4,6%). Dacă luăm recensământul din 1977, numărul persoanelor născute în Transilvania și stabilite în Municipiul București a fost de 130.241, adică 6,7% din populația totală. (3).

La problema migrației interne vom fi obligați să revenim, fie numai pentru a răspunde la teza „colonizării românești” a Transilvaniei în perioada 1948-1989.

Ceangăii din Moldova, originea lor și situația lor actuală

După unele surse maghiare numărul lor ar fi cuprins între 50 și 100.000. Or, la recensământul din 1992 s-au înregistrat un număr de 2,1 mii de ceangăi care, la prelucrare, au fost trecuți la „alte naționalități” (4).

Importantă este repartiția maghiarilor în teritoriu: pe mediile urban și rural, pe județe și pe provinciile istorice.

O primă constatare (tabelul nr. 2) este aceea că maghiarii sunt concentrați în Transilvania (Banat, Transilvania, Crișana-Maramureș), în afara acestor provincii istorice se află aproximativ 22-23.000 maghiari, adică 1,3% din numărul lor total. Excepție face anul 1930, când în Vechiul Regat se afla un număr mai mare de maghiari. De altfel, nu numai maghiarii, dar și românii din Transilvania sunt mult mai „sedentari”, mai legați de provincia lor. Numai o analiză mai aprofundată a migrației interne din perioada 1948-1992 poate explica această tendință. Fluxurile migratorii au avut direcții bine stabilite, ca și motivații economice clar definite: de la sate spre orașe, dinspre județele mai puțin industrializate către cele mai industrializate și urbanizate. Pe primul loc se situează Moldova a cărei natalitate ridicată a contribuit substanțial la acest proces. Cândva, mă întrebam dacă Moldova se „catolicizează” judecând după proporția mare a românilor din Moldova care, la recensământul din 1992, s-au declarat romano-catolici.

Ar fi îndreptățită întrebarea dacă Transilvania a fost „moldovenizată” sau, după afirmația unui analist ungar, dacă Transilvania a cunoscut o „colonizare românească” în perioada 1948-1987, a cărei „unealtă” a fost „industrializarea socialistă”.

Vom încerca, ceva mai târziu, să ne spunem părerea în această problemă importantă. Nu va putea fi ocolită tematica mai generală a migrației interne, a teoriilor și modelelor migrației, ca și a motivației persoanelor care se angajează în acest proces. Este vorba de un fenomen economic general, cu mecanisme relativ binecunoscute. Nu ignorăm faptul că poate exista și o politică a

migrației, inclusiv a colonizărilor, bine cunoscută în istoria țării noastre, pentru a fi nevoie s-o amintim aici.

Tabelul nr. 4
Numărul și proporția maghiarilor (%) pe județe și provincii istorice (1992)

| Județul și provincia | Numărul maghiarilor | % |
|----------------------------|---------------------|------|
| ROMÂNIA | 1.624.959 | 7,1 |
| 1. Caraș-Severin | 7.876 | 2,1 |
| 2. Timiș | 62.866 | 9,0 |
| BANAT | 70.742 | 6,6 |
| 1. Alba | 24.765 | 6,0 |
| 2. Bistrița-Năsăud | 21.098 | 6,5 |
| 3. Brașov | 63.558 | 9,9 |
| 4. Cluj | 146.186 | 19,9 |
| 5. Covasna | 175.502 | 75,2 |
| 6. Harghita | 295.104 | 84,7 |
| 7. Hunedoara | 33.849 | 6,2 |
| 8. Mureș | 252.651 | 41,4 |
| 9. Sălaj | 63.151 | 23,7 |
| 10. Sibiu | 19.309 | 4,3 |
| TRANSILVANIA | 1.095.173 | 23,9 |
| 1. Arad | 61.011 | 12,5 |
| 2. Bihor | 181.703 | 28,4 |
| 3. Maramureș | 54.902 | 10,2 |
| 4. Satu-Mare | 140.392 | 35,0 |
| CRIȘANA-MARAMUREȘ | 438.008 | 21,2 |
| Provinciile de peste munți | 1.603.923 | 20,8 |

Repetăm: numai 21.036 maghiari se aflau, la data recensământului din 1992, în afara Transilvaniei (Oltenia, Muntenia, Moldova, Dobrogea și Municipiul București).

În ordinea descrescătoare a proporției maghiarilor pe județe, situația din 1992 era următoarea:

Tabelul nr. 5
Proporția românilor, maghiarilor și altor naționalități în 1992
în câteva județe

| Județul și provincia | Total | În procente | | |
|----------------------|-------|-------------|--------|--------------------|
| | | Maghiari | Români | Alte naționalități |
| ROMÂNIA | 100,0 | 7,1 | 89,5 | 3,4 |
| Banat | 100,0 | 6,6 | 82,4 | 11,0 |
| Transilvania | 100,0 | 23,9 | 72,2 | 3,9 |
| Crișana-Maramureș | 100,0 | 21,2 | 72,1 | 6,7 |
| 1. Harghita | 100,0 | 84,7 | 14,1 | 1,8 |
| 2. Covasna | 100,0 | 75,2 | 23,4 | 1,4 |
| 3. Mureș | 100,0 | 41,4 | 52,1 | 6,5 |
| 4. Satu-Mare | 100,0 | 35,0 | 58,5 | 6,5 |
| 5. Bihor | 100,0 | 28,4 | 66,5 | 5,1 |
| 6. Sălaj | 100,0 | 23,7 | 72,2 | 4,1 |
| 7. Cluj | 100,0 | 19,9 | 77,6 | 2,5 |
| 8. Arad | 100,0 | 12,5 | 80,5 | 7,0 |
| 9. Maramureș | 100,0 | 10,2 | 81,1 | 8,7 |
| 10. Brașov | 100,0 | 9,9 | 86,0 | 4,1 |
| 11. Timiș | 100,0 | 9,0 | 80,2 | 10,9 |

Înainte de a face comentarii, vom apela la datele din 1930 (S. Manuila, p. 46).

Tabelul nr. 6
Proporția românilor, maghiarilor și altor naționalități

| Provincia | Români | Maghiari | Alte naționalități |
|-------------------|--------|----------|--------------------|
| Banat | 54,1 | 10,4 | 35,5 |
| Transilvania | 57,6 | 29,0 | 13,4 |
| Crișana-Maramureș | 60,2 | 23,1 | 16,7 |
| TOTAL | 57,8 | 28,4 | 13,8 |

Ponderea maghiarilor în provinciile de peste munți a scăzut de la 28,4% (1930) la 20,8% (1992). Întrucât ponderile pe naționalități au fost influențate de diminuarea numărului germanilor și evreilor, recurgem la un alt indice: în 1930 reveneau doi români la un maghiar; în 1992, 3,5 români revin la un maghiar.

După sursele maghiare (9 și 15), la recensământul din 1910, ultimul din monarhia austro-ungară, numărul populației Transilvaniei a fost de 5.259.721, din care: românii 2.829.377 (53,8%), maghiarii 1.660.488 (31,8%), germanii 533.902(10,2%). Scăderea de la 31,8% (1910) la 28,4% (1930) este explicabilă prin ceea ce s-a întâmplat între 1919-1930. Cifra de 24%, cât reprezintă

ponderea maghiarilor în populația Transilvaniei în 1992, are nevoie de un examen amplu în care să intervină regimul demografic (nașteri și decese), dar și emigrația.

Să dăm situația de la recensământul maghiar din 1900, preluată dintr-o sursă românească (20, pag. 59):

Tabelul nr. 7
Numărul și proporția românilor, maghiarilor și germanilor din Transilvania, pe mediile urban și rural (1900)

| Naționalitatea Numărul populației | Numărul populației | % |
|--|---------------------------|----------|
| Transilvania | 4. 872. 021 | 100,0 |
| Români | 2. 682. 435 | 55,1 |
| Maghiari | 1. 436. 896 | 29,5 |
| Germani | 582. 027 | 11,9 |
| U r b a n | | |
| Români | 103. 948 | 17,7 |
| Maghiari | 294. 229 | 50,2 |
| Germani | 100. 647 | 17,1 |
| R u r a l | | |
| Români | 2. 578. 487 | 60,2 |
| Maghiari | 893. 083 | 22,9 |
| Germani | 481. 380 | 11,2 |

Între 1900 și 1910 ponderea românilor scade, a maghiarilor crește. Se mai remarcă ponderea redusă a românilor în mediul urban de care se va ocupa, mai târziu, dr. S. Manuila (1929).

Revenind la tabelul nr. 4, remarcăm că numai în două județe (Harghita și Covasna) proporția românilor este mai mică decât cea a maghiarilor. Zona locuită compact de maghiari cuprinde regiunea din estul Transilvaniei, se continuă cu județele din nordul Transilvaniei, apoi, o parte importantă din Crișana, afectează parțial Maramureșul și Banatul. Transpusă într-o cartogramă, configurația amintește de Transilvania de Nord (43.243 kmp, 2.388.774 locuitori din care români 49,2%), anexată de Ungaria horthystă ca urmare a Diktatului de la Viena (figura nr. 1).

Strâns legată de naționalitate este **limba maternă**. Definitiv pentru identitatea națională prin cultură și apartenență la modelele spirituale, limba poate sluji și la înstrăinarea unei minorități naționale.

La recensământul din 1992, numărul persoanelor care au declarat ca limbă maternă, maghiara a fost de 1.639.135; din aceștia 1.590.290 aparțineau naționalității maghiare (97%).

De consemnat că un număr de 15.375 români, 18.860 romi și 11.642 germani au declarat maghiara ca limbă maternă. În schimb, un număr de 32.949 maghiari au declarat limba română ca limbă maternă (2%). S-ar putea vorbi de o deznaționalizare a maghiarilor prin adoptarea „limbii române”?

Iată alte minorități naționale în cadrul cărora limba română are o proporție ridicată ca limbă maternă: evreii (72%), romii (54,3%), armenii (49,7%), grecii (37,6%). Și-au pierdut evreii sau armenii identitatea lor națională având o proporție atât de ridicată a celor care declară limba română ca limbă maternă?!

Un caz semnificativ este situația minorității naționale române din regiunea Cernăuți (Ucraina). De la un recensământ la altul ponderea românilor care declară româna drept limbă maternă scade, fiind, în 1989, de 54%. Discuția trebuie deplasată spre învățământ și alți factori care explică asemenea tendințe.

O a treia caracteristică definitorie pentru fiecare minoritate națională este **religia** sau **confesiunea**. Românii, în proporție covârșitoare, aparțin religiei ortodoxe, turcii și tătarii sunt musulmani ("**suniți**"), polonezii sunt romano-catolici, germanii se împart între cei ce aparțin religiei evanghelice sau lutherane ("confesiune augustană") și cei ce aparțin religiei romano-catolice. Aceasta este diferența dintre sași și șvabi (Banat).

Situația maghiarilor este mult mai diferită de cea a celorlalte minorități sub raportul confesiunilor. Ei aparțin unui număr de trei religii principale: romano-catolică, reformată (calvinistă) și unitariană.

O încercare istorică am prezentat în sursa bibliografică (18).

Tabelul nr. 8
Repartiția maghiarilor după religie (1992)

| Religia | Număr | % |
|-------------------------------------|-----------|-------|
| Total | 1.624.959 | 100,0 |
| Reformată (calvinistă) | 765.370 | 47,1 |
| Romano-catolică | 669.420 | 41,2 |
| Unitariană | 74.021 | 4,6 |
| Ortodoxă | 27.828 | 1,7 |
| Greco-catolică | 23.393 | 1,4 |
| Baptistă | 12.845 | 0,8 |
| Evanghelică sinodo-presbiteriană | 12.842 | 0,8 |
| Adventistă | 8.280 | 0,5 |
| Evanghelică de confesiune augustană | 7.201 | 0,4 |

Celor trei religii principale le aparțin 92% din numărul total al maghiarilor. Numărul maghiarilor ortodocși și greco-catolici se ridică la 51.221, adică 3% din total. Numai o analiză a familiilor mixte ar putea ajuta la explicația acestei

situații. Să mai remarcăm că ponderea confesiunilor neoprotestante în rândul maghiarilor este de 1,7%, în timp ce la români ea este de 2,6%.

Pentru studiul aspectelor etnico-religioase și al relațiilor interetnice este de semnalat că românii care aparțin religiei reformate și celei unitariene se ridică la circa 17.600. Din nou, problema familiilor mixte.

Interes prezintă repartitia maghiarilor după religie din punct de vedere teritorial. Maghiarii din județul Harghita sunt în proporție de 75,6% romano-catolici, cei din județul Timiș, circa 68% romano-catolici, în timp ce în județul Covasna ponderile sunt aproximativ egale: 46,3% sunt romano-catolici și 45% reformați.

În Ungaria religia romano-catolică deținea în 1949, circa 68%, iar cea reformată (calvinistă) circa 22%. Se știe din istorie ce rol important a jucat religia romano-catolică în regatul apostolic al Coroanei Sf. Ștefan.

Ne interesează problema structurii confesionale a maghiarilor și din punctul de vedere al eventualei influențe asupra fertilității și a tranziției demografice.

Evident, o problemă complexă.

Aspecte demografice diferențiale

Minoritatea maghiară conviețuiește de câteva secole cu românii, până la 1918, în altă formație statală, din 1918, în cadrul statului român. Ea însă conviețuiește și cu alte minorități naționale, printre care cea mai importantă o reprezintă germanii. Li se adaugă și evreii. În Transilvania interbelică (102.282 kmp) existau 3.207.870 români, 1.353.276 maghiari, 543.852 germani, 178.699 evrei, 109.156 țigani, 43.342 sârbi, croați și 46.786 cehi și slovaci, 29.607 ucraineni (ruteni). Etnii diferite, confesiuni specifice pentru fiecare din acestea, modele culturale deosebite. Unele din acestea erau așezate mai compact, altele erau răspândite pe teritoriu.

Deceniile 1930-1990 au cunoscut schimbări considerabile care au afectat numărul și ponderea diferitelor etnii. Dar întrebarea pe care și-o pune demografia – alături de istorie, antropologia culturală, etnografia – este aceea a modelelor culturale și a comportamentelor demografice. O conviețuire a mai multor etnii – cu excepția enclavelor – presupune comunicare, schimb de valori spirituale, influențe reciproce. Are loc și un anumit proces de apropiere, de omogenizare – termenul este compromis! – ale cărui rezultate ar trebui identificate și în plan demografic: fertilitate, mortalitate, familie și chiar tipologia tranziției demografice. Nu putem întreprinde un studiu atât de complex, dar unele elemente pot fi puse în evidență în lumina datelor recensământului populației din 1992 și a statisticii demografice curente.

Repartitia maghiarilor după vârstă arată o îmbătrânire demografică ceva mai avansată decât a românilor: vârsta mediană este de 37,1 de ani (față de 33,2 de ani la români), proporția populației tinere (0-14 ani) este de 19,1%, a

populației vârstnice, 19,7%, față de 22,7%, respectiv 16,3% la români (figura nr. 2).

Fertilitatea, calculată pe bază longitudinală retrospectivă ca descendență la diferite vârste și ca descendență finală, este ceva mai scăzută ca la români.

Mortalitatea este mai greu de estimat. Informații se pot obține indirect prin analiza informației pe județe, evidențiind județele cu o proporție mai ridicată a maghiarilor.

Există numeroase alte informații privind caracteristicile sociale, economice, educaționale care pot servi unor analize cauzale.

Migrația internă – atât de importantă pentru analiza repartiției teritoriale – nu poate fi cunoscută decât pe județe, municipii și orașe, pe comune, județe și, prin agregare, pe provincii istorice.

Un eșantion: județele Covasna și Harghita

Cele două județe oferă analizei demografice un avantaj mare: maghiarii reprezintă aici circa 80% din populația totală (75,2% în județul Covasna și 84,7% în județul Harghita), așezarea teritorială este compactă. Este vorba de fostele scaune secuiești. Diferențe se înregistrează la repartiția maghiarilor după confesiune. Ca suprafață ele reprezintă aproximativ 10.000 kmp (exact suprafața Bucovinei istorice), iar populația maghiară din aceste județe înseamnă aproape o treime (29%) din numărul total al maghiarilor din România.

Tabelul nr. 9
Repartiția maghiarilor din județele Covasna și Harghita
pe principalele religii (1992)

| Religia | Județul Covasna | | Județul Harghita | |
|--------------------|-----------------|-------|------------------|-------|
| | Număr | % | Număr | % |
| Total maghiari | 175.502 | 100,0 | 295.104 | 100,0 |
| 1. Romano-catolici | 81.345 | 46,3 | 222.998 | 75,6 |
| 2. Reformată | 78.929 | 45,0 | 43.675 | 14,8 |
| 3. Unitariană | 10.628 | 6,1 | 24.528 | 8,3 |
| 4. Celelalte | 4.600 | 2,6 | 3.849 | 1,3 |

Există date statistice pentru perioada 1966-1994 privind mișcarea naturală pe județe (5). Dacă la natalitate și la mortalitate nu se înregistrează diferențe notabile (figura nr. 3), în schimb la indici calitativi, atât de importanți cum sunt mortalitatea infantilă și durata medie de viață ("speranța de viață la naștere"), diferențele sunt sensibile.

După tabela de mortalitate pe anii 1989-1991 durata medie a vieții la bărbați pe țară a fost de 66,59 ani, în județul Covasna, de 67,84 în județul Har-

ghita 67,87 ani. Diferența este deci de 1,28 ani în favoarea județelor Harghita și Covasna. La femei, durata medie a vieții în România a fost de 73,05 ani în județul Covasna 73,79 ani, iar în județul Harghita 74,87 ani (cel mai bun nivel în România), deci o diferență de 1,82 ani (5).

La mortalitatea infantilă, dacă ne rezumăm la perioada 1981- 1991, constatăm că acest indice în județul Covasna este cu 8% mai mic decât în România, în timp ce în județul Harghita el este cu 25% mai scăzut (figura nr. 4).

Cât privește nivelul fertilității (1991) el este de 1,56 fete la o femeie în România, de 1,53 în județul Covasna și 1,63 în județul Harghita.

A fost vorba doar de o ilustrare.

În general, alura curbelor natalității și mortalității în perioada 1966-1994 este aproximativ aceeași cu cea a populației totale. Chiar și în anii care au înregistrat o natalitate maximă, cu efect al legislației ceaușiste împotriva întreruperilor de sarcină (1967-1970, 1970-1974 și 1984-1986), diferențele nu sunt importante.

O analiză comparativă cu micșorarea naturală din Ungaria ar putea să ne arate dacă comportamentul demografic al maghiarilor este mai apropiat de Ungaria sau de România.

Din 1990 numărul populației României a început să scadă datorită soldului negativ al migrației internaționale; din 1992, se adaugă și sporul natural negativ. Această tendință cuprinde atât pe români cât și pe maghiari. Unele minorități naționale nu sunt afectate de această tendință: romii (țigarii), ucrainenii, rușii-lipoveni, turcii și tătarii.

Migrație internă și colonizare

Din punct de vedere teritorial, vom distinge în România – ca și în alte țări – zone economice mai dezvoltate și altele mai puțin dezvoltate. Se creează deci condiții pentru migrație. Ea este determinată de politica de investiții. Ca politică de stat ea poate favoriza schimbări în structura etnică a populației din regiunile de destinație. Nu este locul să examinăm aici „politica de industrializare socialistă” și nici „politica de repartizare națională a forțelor de producție pe teritoriu”, populația activă, pusă în mișcare dintr-o regiune în alta, având motivații economice în principal.

În Vechiul Regat, principalele zone economice erau Bucureștii și Ploieștii; în Transilvania, asemenea zone erau Brașov, Hunedoara, Timișoara, Reșița, Valea Jiului. S-au creat fluxuri migratorii dintre Moldova (în special) și anumite zone din Transilvania. Mai intense în primii ani, ele s-au atenuat, pe măsură ce și zonele rămase în urmă (Oltenia, Moldova, Dobrogea) au intrat și ele în proces de industrializare.

Un produs „secundar” al industrializării a fost și urbanizarea, obiectiv al unei politici de stat. În general, procesele de acest gen au un caracter preponderent economic; nu întotdeauna finalitatea politică sau etnică este identificabilă.

Aceste considerații ne sunt impuse de unele afirmații întâlnite la unii autori maghiari. Astfel, în lucrarea lui Antal Laszlo, întâlnim formulări de genul:

"Numărul românilor (în Transilvania n. n.) este în continuă creștere de la 1948 încoace datorită colonizărilor (sic!) tot mai masive din Muntenia și Moldova" (p. 35).

"Între 1948 și 1977 în Transilvania au fost colonizați (sic!) circa 500. 000 de locuitori ai Vechiului Regat" (p. 39);

".O unealtă a acestei politici este industrializarea forțată" (p. 42).

Bineînțeles, nu ne putem permite să intrăm în polemică cu autorul. Problema trebuie examinată științific, pe baza informațiilor statistice, corecte și cu o interpretare obiectivă.

În Transilvania dinainte de 1918 ponderea cea mai mare a românilor se afla în mediul rural. Aceeași situație era consemnată și la recensământul românesc din 1930. Într-un studiu al lui S. Manuila, din 1929, se arăta că ponderea ridicată a maghiarilor și altor minorități naționale din Transilvania se va modifica în favoarea românilor, la aceasta contribuind doi factori: **hinderlandul** românesc din jurul orașelor, cu o natalitate mai ridicată, și **imigrarea** românilor în orașe, ca forță de muncă obiectiv solicitată de dezvoltarea industrială și urbană. În 1992, situația era sensibil modificată.

Tabelul nr. 10
Ponderea populației românești (%)
în marile orașe

| Orașe | 1930 | 1992 |
|-------------|------|------|
| Sibiu | 36,7 | 93,7 |
| Brașov | 32,5 | 88,8 |
| Timișoara | 24,6 | 82,1 |
| Cluj | 35,9 | 75,6 |
| Oradea | 26,3 | 64,8 |
| Târgu-Mureș | 26,7 | 46,2 |

Cu excepția orașelor Sibiu și Timișoara, unde ponderea ridicată a românilor se datorează și emigrației mari a sașilor și șvabilor, în celelalte orașe o contribuție importantă au avut-o chiar populația românească din Transilvania, venită de la sate.

La recensămintele din 1966, 1977 și 1992 s-au înregistrat două caracteristici (domiciliul actual și localitatea de naștere) a căror prelucrare poate ajuta la identificarea fluxurilor migratorii dinspre Moldova și Muntenia.

Iată unele exemple.

Tabelul nr. 11
Populația județelor Covasna și Harghita după locul nașterii (1992)

| | Covasna | % | Harghita | % |
|---------------------------------|----------------|----------|-----------------|----------|
| Total | 233,628 | 100,0 | 349. 669 | 100,0 |
| Născuți în județul de domiciliu | 195. 979 | 83,9 | 311. 480 | 89,1 |
| Moldova | 7. 856 | 3,4 | 10. 792 | 3,1 |
| Muntenia | 2. 857 | 1,2 | 1. 598 | 0,5 |

Proporția redusă a celor care au venit din Moldova și Muntenia arată slaba motivație economică a celor două județe. Motivația etnică (colonizarea) este exclusă (6).

O situație diferită ne oferă municipiile și orașele din județele Brașov și Cluj.

Tabelul nr. 12
Populația județelor Brașov și Cluj (municipii și orașe) după locul nașterii (1992)

| | Brașov | % | Cluj | % |
|------------------|---------------|----------|-------------|----------|
| Total | 477.402 | 100,0 | 477. 283 | 100,0 |
| Născuți în județ | 279.687 | 58,6 | 375. 268 | 78,6 |
| Moldova | 73.605 | 15,4 | 7. 174 | 1,5 |
| Muntenia | 47.453 | 9,9 | 8. 430 | 1,8 |

În municipiile și orașele din județul Cluj, populația născută în cadrul județului reprezintă aproape 79%; cei veniți din Moldova și Muntenia se ridică la 3,3%. Trebuie presupus și aici că motivația economică pentru imigrare a fost slabă.

Alta este situația în municipiile și orașele din județul Brașov: cei din Moldova și Muntenia, în număr de 121.058, reprezintă un sfert din populația totală. Motivația economică este explicația acestei situații.

Înainte de a analiza migrația interprovincială, este util un examen al migrației intraprovinciale.

Studiul nostru – care este doar un început – a pornit de la întrebarea: care sunt perspectivele demografice ale minorității maghiare în cadrul general al evoluției demografice din România?

Pentru aceasta este necesară cunoașterea situației actuale, ca rezultat al evoluției din ultimele decenii. Recensământul din 1992 ne dă cifra de aproape 1.625.000 maghiari. Ea este uneori contestată avansându-se cifra de două milioane sau chiar peste două milioane. Sunt invocate uneori sursele bisericesti. Există însă și alte posibilități de comparație. Acestea sunt rezultatele alegerilor parlamentare. Cele din 1990 au confirmat datele statistice oficiale prin

proportia voturilor acordate candidaților U.D.M.R.: ceva mai mult de 7%. Între timp numărul maghiarilor a scăzut. Un recent sondaj de opinie Gallup arată că procentul persoanelor care intenționează să voteze cu U.D.M.R. este de 6%. Vom vedea ce rezultate se vor obține din proiectarea condițională a populației României pe naționalități cu orizontul 2025.

Studiul demografic trebuie încadrat într-o analiză mai amplă, cea istorică. Se așteaptă răspunsuri la multe întrebări.

O analiză comparativă a României cu Ungaria, a modelelor și comportamentelor demografice este una din aceste probleme. (7). Pentru un excurs istoric (migrație, colonizare, deznaționalizare etc.) ar fi util să se ia ca „martor” Bucovina istorică (1775-1995). Toate aceste eforturi nu pot avea decât un singur scop: cunoașterea și analiza obiectivă a proceselor demografice ale populației României și ale minorităților naționale care viețuiesc pe teritoriul ei.

Demografie și istorie

Un istoric mărturisea în urmă cu peste patru decenii că istoria fără demografie rămâne o enigmă. Același lucru se poate afirma despre demografie: fără istorie și fără geografie, ea nu poate explica multe din fenomenele demografice contemporane. Inerția demografică, descifrarea acumulărilor care dau un anumit profil situației demografice actuale pot fi invocate în sprijinul afirmațiilor de mai sus.

Până la Marea Unire, România nu a avut o problemă a minorităților naționale: românii reprezentau circa 94% din populația Vechiului Regat. La recensământul din 1930 (România Mare), ponderea românilor s-a redus la 71,9%, minoritățile naționale, numărând peste cinci milioane persoane, dețineau 28,1% din populația totală. Suprafața era de 295.049 kmp. Evenimente istorice, binecunoscute, au avut ca rezultat reducerea teritoriului național cu 56658 kmp. S-a modificat și structura etnică a populației României: românii dețin 89,5%, iar minoritățile naționale 10,5% din populația țării.

Ungaria a cunoscut o altă istorie. În cadrul monarhiei austro-ungare, după cum arată recensământul din 1910, numărul populației după limba maternă a fost de 18.264.533 din care: maghiarii reprezentau 54,4%, românii 16,1%, slovacii 10,7%, germanii 10,4%. În cifre absolute românii erau în număr de 2.948.186. Sub raport confesional, 61% erau ortodocși, 38,4% erau greco-catolici, 0,6% aparțineau altor confesiuni. De remarcat că de la un recensământ la altul ponderea românilor scade: 16,9% (1880) și 16,1% (1910), în timp ce ponderea maghiarilor crește: 44,8% (1880) și 54,4% (1910). Ponderea românilor din Transilvania, de 59% (1850), scade la 53,8% (1910).

În urma evenimentelor istorice, suprafața actuală a Ungariei este de 93030 kmp, iar numărul populației (1 ianuarie 1995) a fost de 10.246.000. Ponderea maghiarilor este de 97,8%. Minoritățile naționale, numărând 232.751 persoane, dețin 2,2% din care țiganii, cu 142.683, au ponderea cea mai mare

(1,4%). Românii, în număr de 10.740, reprezintă 0,1%. Ca și cifra maghiarilor din România, cifra românilor din Ungaria a fost contestată de unii.

După evenimentele din 1989, atât Ungaria cât și România au devenit în limbajul O.N.U. – „țări în tranziție”. O serie de tendințe demografice sunt comune, printre care rata fertilității sub nivelul de înlocuire, accentuarea îmbătrânirii demografice, scăderea numărului populației. Prognozele O.N.U. (1994) arată că aceste tendințe se vor continua în următoarele decenii.

Dacă demersul istoric este obligatoriu, nu mai puțin importantă este analiza comparativă cu țările vecine, analiza regională și zonală, însoțită de considerații geopolitice.

NOTE

1. Dacă se modifică cifra romilor (țiganilor) de 401.067, considerată subestimată, atunci ponderea românilor și a maghiarilor se reduce.
2. După tratatul de la Trianon, s-a reglementat problema persoanelor de naționalitate ungară care s-au hotărât să rămână în Ungaria (problema „optanților unguri”).
3. În afară de cifra de 218.919 refugiați – cifră verosimilă și, respectiv, 500.000, au fost puse în circulație și alte cifre. Estimația cea mai plauzibilă este cea făcută de dr. D. C. Georgescu, (sursa 2). Eminentul statistician și demograf, dr. D. C. Georgescu (1904-1974), a întocmit un studiu în care sunt reproduse și rezultatele recensământului maghiar din ianuarie 1941, pentru Transilvania de Nord (suprafața 42.243 kmp), deci la circa patru luni de la anexarea acesteia de către Ungaria. Numărul populației Transilvaniei de Nord, conform recensământului maghiar, se ridică la 2.577.260, din care români 1.029.470 (39,9%) iar al maghiarilor de 1.380.506 (53,6%). După statistica românească (S. Manuila și A. Golopenția), (sursele 1 și 3) populația Transilvaniei de Nord a fost de 2.388.774, conform recensământului din 1930, și de 2.603.832 (estimația 1940), din care românii reprezentau 1.173.470 (49,2%) și respectiv 1.173.000 (estimația 1940). Față de cifra recensământului maghiar din 1941, diferența este de 35.000; în schimb repartiția pe naționalități este diferită. Românii apar cu un deficit de 285.000, iar maghiarii, cu un surplus de 412.000. D. C. Georgescu consideră că „ la cifra românilor din Transilvania de Nord trebuie să se adauge cei peste 220.000 refugiați de ocupație și expulzați de autoritățile maghiare” (p.16). Cifrele estimate de D. C. Georgescu pentru populația Transilvaniei de Nord la 11 ianuarie 1940 arată un număr total de 2.612.102, din care 1.314.654 români (50,3%) și maghiari 969.175 (37,1%). Se poate deci aprecia că numărul refugiaților ar fi fost de 220.000 – 290.000 persoane.
4. Problema ceangăilor cunoaște o bogată literatură românească și maghiară, la care nu ne vom referi aici. Trebuie însă să arătăm că teza unor istorici maghiari, potrivit căreia, mare parte din ceangăii din Moldova au fost români, dar și-au păstrat religia romano-catolică, nu are temei. Se invocă în sprijinul acestei teze situația din județul Bacău. Dar, la recensământul din 1992, la o populație totală de 737.512, maghiarii reprezentau 4373, din aceștia 3910 erau romano-catolici. Din cei 125.805 romano-catolici, un număr de 120.552 erau români. Răspândirea catolicismului în Moldova are cu totul altă istorie decât aceea a „românizării” ceangăilor romano-catolici, așa cum am arătat în sursa 18.
5. Datele din tabela de mortalitate pe anii 1992-1994 arată următoarele: durata medie de viață pentru România este de 69,48 ani. În Covasna 70,07 ani iar

-
- în Harghita 70,09. În schimb, diferențele la acest indicator pentru femei sunt notabile: 73,32 ani (România), 75,09 ani (Covasna) și 74,25 (Harghita).
6. Nu este lipsit de interes să arătăm că din 7.856 „moldoveni” stabiliți în județul Covasna 3.691 aveau ca localități de naștere județul Bacău (47%), iar în județul Harghita din cei 10.792 „moldoveni” un număr de 4.735 proveneau din județul Bacău (44%). Este vorba, probabil, de maghiarii din Bacău imigrați în județele Covasna și Harghita. Faptul este plauzibil și ar explica scăderea maghiarilor din județul Bacău: în anul 1930 numărul era de 13.575, la recensământul din 1992 el se redusese la 4.373.
 7. Sursele statistice O.N.U. (21) și Consiliul Europei (22) ne oferă posibilitatea de a face comparația cu demografia Ungariei (1950-1995) și perspectivele pentru perioada 1995-2050. Scăderea numărului populației României și a Ungariei în viitor este deja acceptată în proiectările O.N.U.

Bibliografie

1. Dr. S. Manuila, *Studiu etnografic asupra populației României*, I. C. S., București, 1940.
2. Dr. D. C. Georgescu, „Populația României (repartiție, structură, evoluție)”. *Manuscris în arhiva fostului Institut Central de Statistică*, București, 4 septembrie 1945, pag. 27.
3. Anton Golopenția, „Populația teritoriilor românești desprinse în 1940”. În: *Geopolitica și geoistoria*, Revistă română pentru sud-estul european. I., București, 1941.
4. A. Golopenția și D. C. Georgescu, *Populația Republicii Populare Române la 15 ianuarie 1948. Rezultatele provizorii ale recensământului*, I. C. S., București, 1948.
5. *România. Date demografice*, Comisia Națională pentru Statistică, 1994. Seria 1930-1991.
6. Recensământul populației și locuințelor din 7 ianuarie 1992. *Structura etnică și confesională a populației*, Comisia Națională pentru Statistică, București, 1995.
7. *Proiectarea populației României pe județe în perioada 1994-2010*, Comisia Națională pentru Statistică, Oficiul de studii și proiectări demografice – noiembrie 1995.
8. *Modificări intervenite în fluxurile migrației interne a populației României în perioada 1990-1994*, Comisia Națională pentru Statistică, Oficiul de studii și proiectări demografice, 1995.
9. *Erdély településeinek nemzetiségi (anya nyelvis) mezoszlds (1850-1941)*, Központi Statisztikais Hivatal, Budapest, 1991.
10. *Time Series of Historical Statistics 1867-1992*. Volume I. Population-Vital Statistics. Hungarian Central Statistical Office, Budapest, 1992.
11. David Prodan, *Transilvania și iar Transilvania. Considerații istorice*, Editura Enciclopedică, București, 1992.
12. Titus Podea, *Transilvania*, Editura Fundației Culturale Române, București, f. n. ("Ediția de față reproduce ediția princeps publicată la București în 1936").
13. Milton G. Lehrer, *Ardealul, pământ românesc*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1989.
14. Jean Nouzile, *Transilvania. Zonă de contacte și conflicte* (versiunea originală: La Transylvanie. Terre de contacts et de conflits. Revue d'Europe Centrale, Strasbourg, 1993), Editura Enciclopedică, București, 1995.
15. Antal G. Laszlo, *Situația minorității etnice maghiare în România*, A.C.N.R., Odorheiu Secuiesc, 1990.

-
16. Francisc Pal, „Romanians in the middle ages”, în *Bulletin of the Center for Transylvanian Studies*, Number 2, april 1993, Romanian Cultural Fondation, Cluj-Napoca.
 17. Anton Golopenția, „A fost Transilvania în veacul al XVIII-lea țintă sau punct de plecare de migrații românești?” în *Geopolitica și Geoistoria, Revista Română pentru sud-estul european*, vol. I, Societatea Română de Statistică, București, 1941.
 18. Vladimir Trebici, *Demografie contemporană*, Academia Română, Centrul de Cercetări Demografice, Centrul de Informare și Documentare Economică, București, 1995.
 19. Vladimir Trebici, *Pierderile teritoriale ale României în vara anului 1940. Bilanț demografic*, Academia Română, Centrul de Cercetări Demografice, Centrul de Informare și Documentare Economică, București, 1995.
 20. Ioan Bolovan și Sorina Bolovan, „Contribuția privind structura etnică și confesională a Transilvaniei în sec. XX”, în vol. Sabin Manuila, *Istorie și demografie*. Coordonatori: Sorina Bolovan și Ioan Bolovan, Fundația Culturală Română, Centrul de studii transilvane, Cluj-Napoca, 1995.
 21. World Population Prospects. The 1994 Revision, United Nations, Population Division, New York, 1995.
 22. Recent demographic developments in Europe, 1995, Council of Europe Press, Strassbourg, 1995.

Figura nr. 1. Ponderea (%) a maghiarilor pe județe (1992)

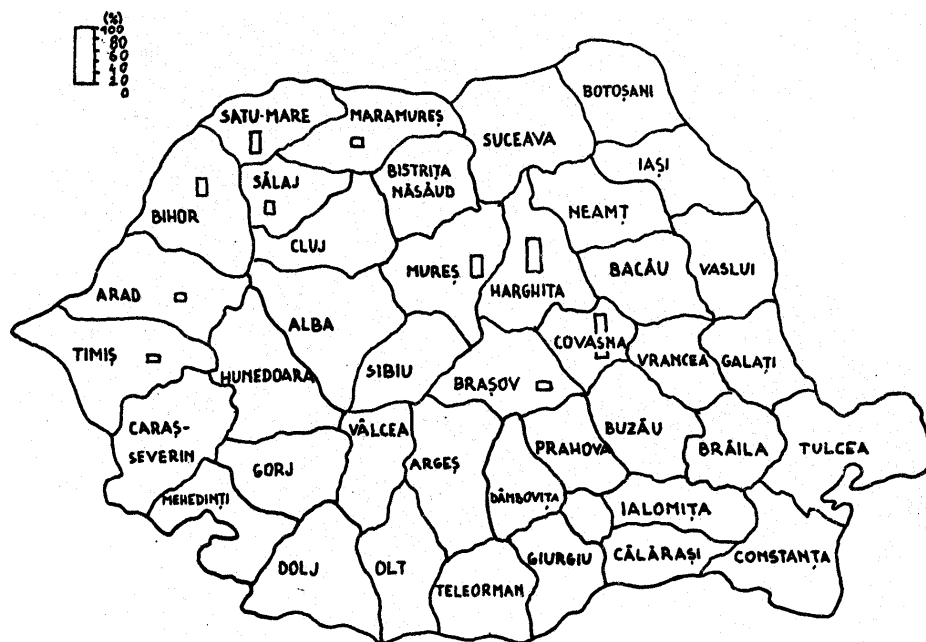


Figura nr. 2. Piramida vârstelor pentru populația maghiară la recensământul din 1992

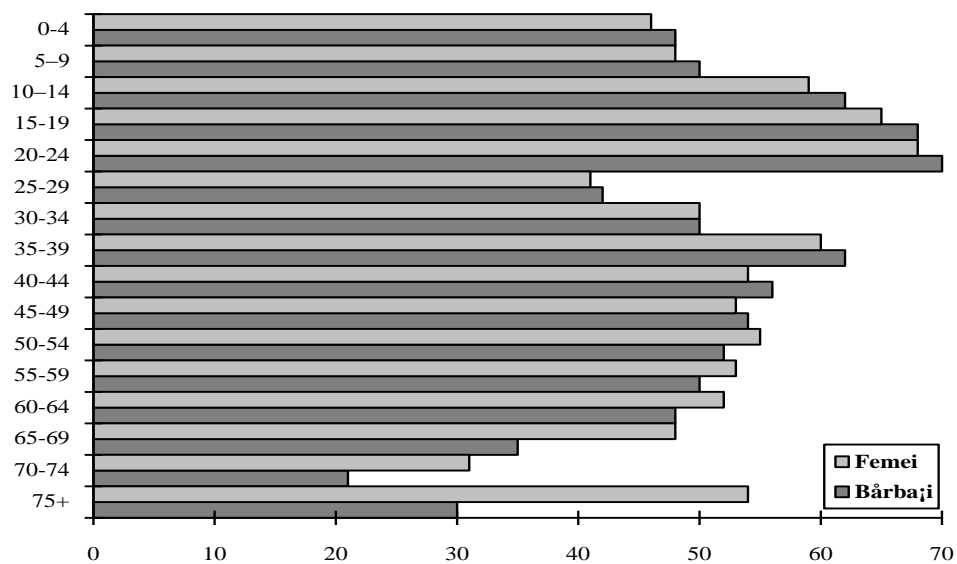
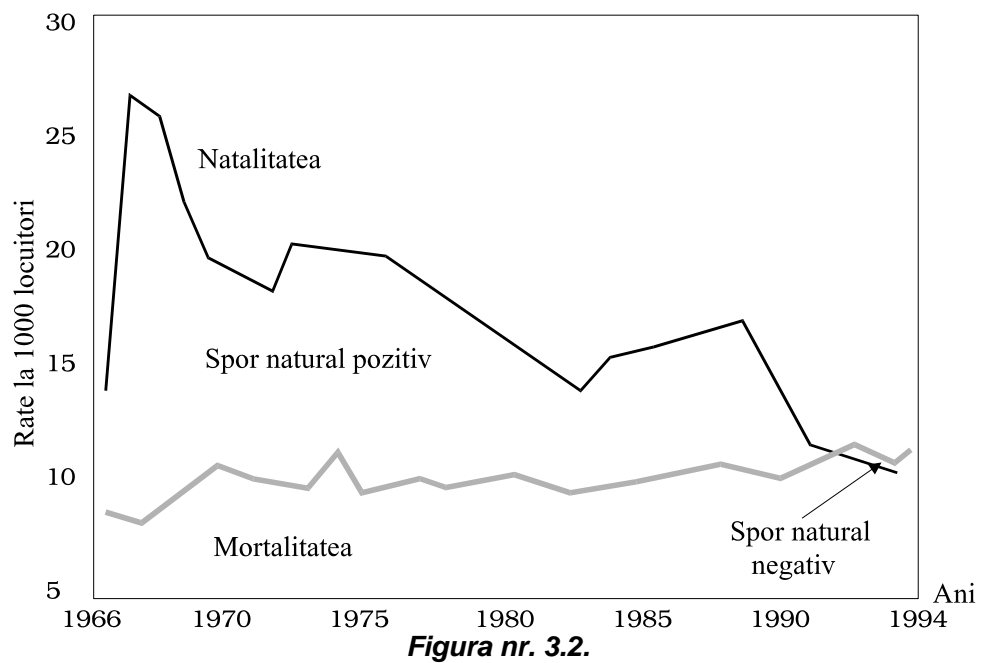


Figura nr. 3.1. Evoluția mortalității și natalității în perioada 1966-1994
 • în România



• în județul Covasna

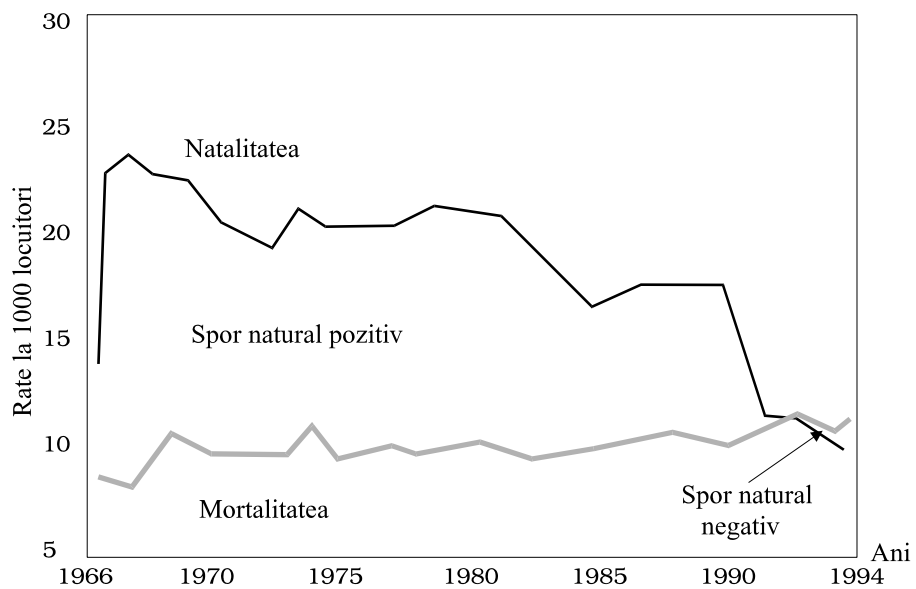
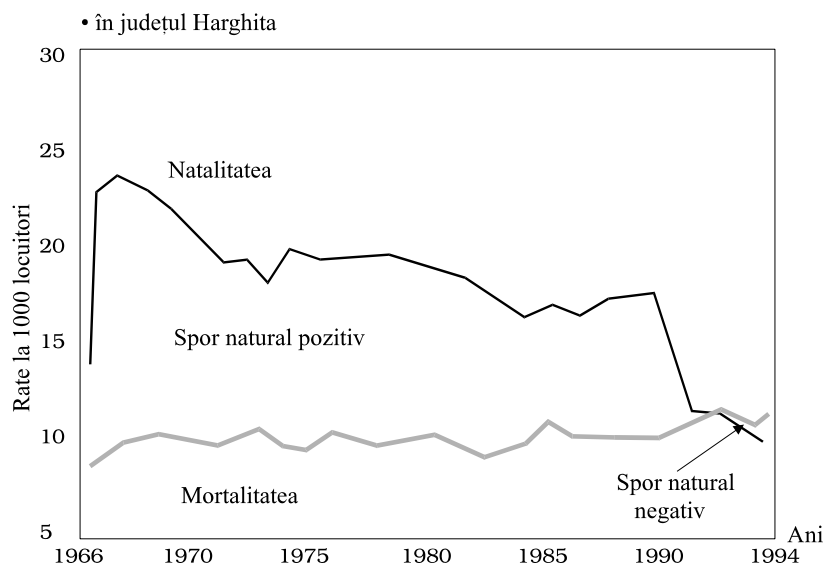
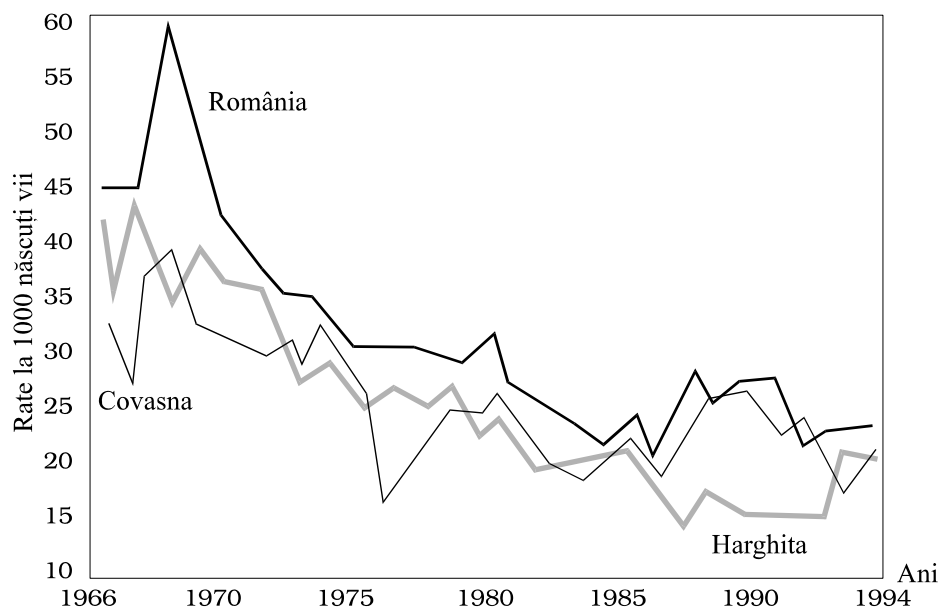


Figura nr. 3.3.**Figura nr. 4. Evoluția mortalității infantile în perioada 1966-1994 în România și în județele Covasna și Harghita**

O PROIECTARE CONDIȚIONALĂ A POPULAȚIEI ROMÂNIEI PE PRINCIPALELE NAȚIONALITĂȚI (1992-2025)

Conf. univ. dr. Vasile GHEȚĂU

1. INTRODUCERE

Structura populației României pe naționalități – așa cum apare aceasta în datele furnizate de recensămintele populației – a cunoscut în ultimele decenii unele schimbări determinate, fundamental, de migrația externă și de creșterea naturală diferențiată. Migrația externă a jucat un rol major în scăderea numărului și ponderii populației de naționalitate germană și evreiască. O creștere naturală redusă sau chiar negativă a accentuat această evoluție. În cazul maghiarilor, scăderea ce se remarcă între recensămintele din 1977 și 1992 nu poate fi decât rezultatul migrației externe, creșterea naturală fiind – după informațiile indirecte disponibile – pozitivă.

Creșterile care se înregistrează la români, ucraineni, ruși-lipoveni, turci, tătari și romi sunt determinate de un spor natural pozitiv, fertilitatea fiind la aceste naționalități mai ridicată.

Scăderea numărului populației țării după anul 1989, determinată de migrația externă în 1990-1991 și continuând în anii următori atât printr-un sold negativ al migrației externe cât și printr-un excedent al deceselor asupra nașterilor, trebuie apreciată ca o reacție firească a demograficului la schimbările politice, economice și sociale pe care le-a cunoscut și le cunoaște societatea românească după 1989. Amplitudinea și duritatea acestor schimbări și îndeosebi criza economică și socială nu puteau rămâne fără urmări pe plan demografic.

Evoluțiile demografice negative la care suntem martori își au deci originea într-un anumit context socioeconomic și numai schimbarea acestui context ar putea avea efecte pozitive pe plan demografic. Cu alte cuvinte, menținerea actualului context va amplifica deteriorarea situației demografice a țării și, implicit, efectele sale negative pe plan demografic și socioeconomic.

Problema pe care dorim să o abordăm în acest studiu este cea a potențialelor implicații ale menținerii actualelor caracteristici demografice asupra structurii populației României pe principalele naționalități. Deși întreprinderea noastră este extrem de dificilă – datorită cunoștințelor limitate pe care le avem asupra dimensiunii statistice reale a unor naționalități și, mai ales, asupra caracteristicilor mișcării naturale și migratorii ale naționalităților – credem că un astfel de studiu se justifică din plin, fie și numai din rațiuni strict tehnice și metodologice.

2. POPULAȚIILE PROIECTATE

2.1. EFECTIVE

Cele două probleme asupra cărora o opțiune s-a impus a fi luată au fost:

(a) care dintre naționalități justifică o abordare prospectivă, și:

(b) care este efectivul inițial (la data recensământului) al naționalităților reținute pentru proiectare.

După cum se poate vedea în tabelul nr. 1, la recensământul din 1992 doar trei minorități aveau un efectiv mai mare de 100 mii persoane și care s-ar justifica – prin prisma mărimii lor- a fi luate în considerare într-o abordare prospectivă, toate celelalte circa 20 de minorități însumând doar 255 mii persoane și reprezentând 1% din populația țării. În plus, aceste minorități sunt foarte eterogene din punct de vedere al caracteristicilor demografice.

Tabelul nr. 1
Populația României pe unele naționalități la recensământul din 7 ianuarie 1992

| Naționalitatea | Număr – în mii | În procente |
|--------------------|----------------|-------------|
| TOTAL | 22810,0 | 100,0 |
| Români | 20408,5 | 89,5 |
| Maghiari | 1625,5 | 7,1 |
| Romi | 401,1 | 1,8 |
| Germani | 119,5 | 0,5 |
| Alte naționalități | 255,4 | 1,1 |

Sursa: Comisia Națională pentru Statistică, 1994.

Ținând cont de faptul că minoritatea germană se află în scădere continuă atât prin emigrare cât și prin caracteristicile mișcării naturale (mortalitate mai mare decât natalitate), am apreciat că nu există suficiente motivații pentru a elabora o proiectare separată pentru această minoritate (efectivul ei fiind însă inclus în grupa „alte naționalități”).

Proiectările noastre vizează, așadar, românii, maghiarii, romii și ansamblul celorlalte naționalități.

Dacă asupra efectivelor românilor și maghiarilor la recensământul din 1992 nu există semne de întrebare, cifra referitoare la romi ridică problema veridicității ei.

Deși față de recensământul din 1977 numărul celor care s-au declarat romi la recensământul din 1992 este aproape dublu, cifra de 401 mii este, cu certitudine, departe de realitate și reflectă o nedeclarare masivă a adevăratei apartenențe etnice în rândul romilor, din multiple și variate motivații.

Cifra pe care am luat-o în considerare pentru proiectările noastre este cea rezultată din cercetarea selectivă efectuată în anul 1992 de Institutul de Cercetare a Calității Vieții. Deși această cercetare nu și-a propus a determina dimensiunea minorității romilor, pe baza informațiilor furnizate de cercetare autorii acesteia estimează numărul romilor, în anul 1992, la

1 milion (E. Zamfir și C. Zamfir, 1993). Cum însă această cifră este apreciată de către autorii cercetării drept minimă, am considerat că pentru o explorare prospectivă putem adopta și ipoteza unei populații de romi de 1,5 milioane în 1992. O astfel de valoare s-ar situa la mijlocul celor două cifre extreme ce pot fi luate în considerare – 400 mii la recensământ și 2,5 milioane potrivit declarațiilor unor lideri ai romilor.

Adoptând pentru studiul nostru cele două cifre s-a impus a reduce în mod corespunzător populația de altă naționalitate. Soluția la care am recurs este cea a diminuării proporționale a numărului de români și maghiari (chiar dacă o astfel de procedură poate ridica mici obiecții).

Iată în tabelul nr. 2 noile valori și structuri.

Tabelul nr. 2
Populația României pe unele naționalități la recensământul din 7 ianuarie 1992-cifre corectate

| Naționalitatea | Varianta 1 | | Varianta 2 | |
|--------------------|--------------------|-------|------------------------|-------|
| | (1 milion de romi) | | (1,5 milioane de romi) | |
| | Număr – în mii | În % | Număr – în mii | În % |
| TOTAL | 22810,0 | 100,0 | 22810,0 | 100,0 |
| Români | 19851,0 | 87,0 | 19385,5 | 85,0 |
| Maghiari | 1583,6 | 7,0 | 1549,1 | 6,8 |
| Romi | 1000,0 | 4,4 | 1500,0 | 6,6 |
| Alte naționalități | 375,4 | 1,6 | 375,4 | 1,6 |

Structura pe vârste a „noilor” populații de romi respectă structura de la recensământ.

2.2. CARACTERISTICILE MIȘCĂRII NATURALE ȘI MIGRATORII

De o manieră generală, informațiile disponibile asupra fertilității, mortalității și migrației externe la nivelul naționalităților sunt limitate și inegale.

FERTILITATEA. Datele de recensământ ne furnizează un indicator extrem de valoros și semnificativ asupra fertilității feminine – numărul de copii născuți vii la 1000 femei. Este vorba de un indicator de tip longitudinal, reflectând de fapt descendența atinsă la data recensământului.

Tabelul nr. 3
Fertilitatea feminină (descendența) la recensământul
din 7 ianuarie 1992 la unele naționalități

Copii născuți vii la 1000 femei

| Grupa de vârstă | TOTAL | Români | Maghiari | Romi |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 15-49 ani | 1467 | 1452 | 1418 | 2449 |
| 15-19 ani | 67 | 60 | 57 | 362 |
| 20-24 ani | 647 | 632 | 582 | 1607 |
| 25-29 ani | 1513 | 1488 | 1428 | 3001 |
| 30-34 ani | 1967 | 1942 | 1883 | 3744 |
| 35-39 ani | 2140 | 2119 | 2052 | 4002 |
| 40-44 ani | 2287 | 2274 | 2172 | 4035 |
| 45-49 ani | 2343 | 2348 | 2136 | 3873 |

Sursa: Comisia Națională pentru Statistică, 1995

Datele asupra fertilității feminine la data recensământului sunt elocvente în ceea ce privește diferențele de model cultural și reproductiv dintre cele trei naționalități și îndeosebi asupra fertilității feminine considerabil mai mari la romi. Aceste date au o incontestabilă valoare și pentru o abordare prospectivă dar, din păcate, ele nu pot fi utilizate în această formă la elaborarea unei proiectări a populației, indiferent dacă indicatorii fertilității care ar fi folosiți la această proiectare ar fi de tip longitudinal (rate de fertilitate pe vârste și generații) sau transversal (rate de fertilitate pe vârste și ani calendaristici). Se pune astfel problema estimării ratelor de fertilitate pe vârste, în anul 1992 sau în anii următori, pentru naționalitățile luate în considerare.

Deși în statistica demografică curentă printre caracteristicile care se înregistrează figurează și naționalitatea, determinarea ratelor de natalitate pe naționalități scoate în evidență incoerențe serioase la romi, provenind din ne-declararea adevăratei apartenențe etnice la înregistrarea născuților. Astfel, calculele efectuate pentru anul 1992 conduc la următoarele valori ale ratei natalității (născuți vii la 1000 persoane):

| | |
|----------|--------|
| TOTAL | - 11,4 |
| Români | - 11,8 |
| Maghiari | - 9,2 |
| Romi | - 6,2 |

Dacă pentru români și maghiari ratele sunt verosimile, în cazul romilor situația este evident deformată și indicatorul nu poate avea nicio valoare pentru obiectivul nostru – determinarea ratelor de fertilitate pe grupe de vârstă la nivelul naționalităților.

Metoda pe care am folosit-o pentru a estima ratele de fertilitate pe naționalități pleacă de la ipoteza că diferențele relative (ca raport) dintre fertilitățile pe grupe de vârstă ale naționalităților și cele ale întregii populații, la data re-

censământului, se mențin și între ratele de tip transversal. Cu alte cuvinte, plecând de la aceste raporturi și de la ratele de fertilitate pe grupe de vârstă la nivel național în anul 1994, am estimat ratele de fertilitate pe grupe de vârstă ale naționalităților în anul 1994. Alegerea anului 1994 (și nu a anului 1992) ni s-a părut a fi mai indicată, având în vedere că fertilitatea a fost în declin în anii 1993 și 1994 iar proiectarea se va elabora numai în ipoteza constanței fertilității (și mortalității, de altfel) în întreaga perioadă acoperită de proiectări.

Iată – în tabelul nr. 4 – rezultatele la care am ajuns.

Tabelul nr. 4
Ratele de fertilitate estimate pentru anul 1994 la unele naționalități

Născuți vii la 1000 femei

| Grupa de vârstă | TOTAL | Români | Maghiari | Romi |
|-----------------|--------|--------|----------|--------|
| 15-19 ani | 45,0 | 40,0 | 38,0 | 242,8 |
| 20-24 ani | 119,3 | 116,5 | 107,4 | 296,5 |
| 25-29 ani | 75,8 | 74,6 | 71,6 | 150,3 |
| 30-34 ani | 28,7 | 28,3 | 27,5 | 54,6 |
| 35-39 ani | 11,3 | 11,2 | 10,8 | 21,1 |
| 40-44 ani | 3,2 | 3,2 | 3,0 | 5,6 |
| 45-49 ani | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 |
| I.S.F. | 1417,5 | 1370,0 | 1292,5 | 3856,6 |

I.S.F. = Indicatorul sintetic al fertilității

Ratele de fertilitate astfel calculate impun câteva observații.

Metoda pe care am folosit-o noi are la bază raportul dintre fertilitatea naționalităților și cea generală (națională), pe grupe de vârstă, la data recensământului. Aceste fertilități sunt **fertilități cumulate**, fiind rezultatul unui comportament reproductiv trecut, etalat pe un mare număr de ani și reflectând deci un întreg context socioeconomic și legislativ, acesta din urmă fiind unul de excepție în cazul țării noastre și care în nici un fel nu poate fi neglijat sau subestimat. Scăderea rapidă și importantă a fertilității după 1989 nu se regăsește decât în mod secundar, insignifiant, în fertilitățile de la recensământ. În cazul românilor și maghiarilor ratele de fertilitate din tabelul nr. 4 sunt realiste și coerente cu toate informațiile pe care le avem (ratele de natalitate ale românilor și maghiarilor în anii 1992-1994, fertilitatea din județele Covasna și Harghita comparativ cu celelalte județe). În cazul romilor situația ni se pare a fi diferită. Fertilitatea (cumulată) a acestei naționalități la recensământ și diferențele dintre aceasta și celelalte două naționalități nu pot reflecta decât parțial diferențele dintre fertilitatea actuală a romilor și cea a românilor și maghiarilor. Pentru că, pe de o parte, creșterea fertilității după 1966 și nivelul din anii ulterioari au fost net în favoarea romilor iar, pe de altă parte, după 1989 scăderea fertilității a fost generală,

chiar dacă dimensiunile scăderii nu pot fi identice la nivelul naționalităților și în mod cert fertilitatea romilor, deși se menține la valori net superioare celorlalte naționalități, este în scădere indiscutabilă. Studiul deja citat asupra romilor remarcă de altfel această tendință de scădere a fertilității acestei naționalități. Ni se pare deci că o fertilitate (în 1994) corespunzătoare unui indicator sintetic al fertilității de 3,9 copii la o femeie s-ar putea să supraestimeze nivelul real actual al fenomenului.

Luând în considerare intensitatea scăderii fertilității după 1989 am apreciat că o a doua variantă asupra fertilității romilor se impune. Metoda pe care am folosit-o pleacă de la ipoteza că între fertilitatea (pe grupe de vârstă) actuală a romilor și cea a românilor se menține o diferență importantă, nivelul acesteia fiind cel dintre fertilitatea femeilor de 15-49 ani de naționalitate romi și români la recensământul din 1992: 1,69. Acestui raport îi corespund un indicator sintetic al fertilității romilor de 2,32 copii la o femeie și următoarele rate de fertilitate pe grupe de vârste (structura fertilității pe vârste fiind identică cu cea din varianta precedentă):

| 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | I.S.F. |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 145,8 | 178,0 | 90,3 | 32,8 | 12,7 | 3,4 | 0,2 | 2315,5 |

După cum se poate remarca, nivelul fertilității este în această variantă inferior celui din varianta precedentă, dar se menține la o valoare considerabil superioară comparativ cu fertilitatea românilor.

Pentru a evalua calitatea estimărilor noastre asupra fertilității pe naționalități, am recalculat ratele de fertilitate la nivel național ca medie aritmetică ponderată a ratelor de fertilitate pe grupe de vârstă ale celor patru naționalități, coeficienții de ponderare fiind efectivele feminine pe grupe de vârstă ale naționalităților în anul 1992. Ratele astfel recalculate conduc la un indicator sintetic al fertilității la nivel național de 1,495 în prima variantă a fertilității romilor

(I.S.F. =3,86) și de 1,417 în cea de-a doua variantă (I.S.F. =2,32). O comparație cu valoarea reală a I.S.F. – 1,417 – evidențiază o excelentă consistență a rezultatelor noastre asupra fertilității naționalităților în varianta unui indicator sintetic de 2,32 la romi. Am putea spune că și în prima variantă ratele fertilității celor patru naționalități sunt destul de realiste, o diferență de numai 5% la nivelul I.S.F. (1,495/1,417) putând fi considerată drept acceptabilă. Oricum însă, ipoteza unei fertilități a romilor de 2,32 copii la o femeie apare mai bine fundamentată și variantele proiectărilor noastre elaborate pe baza acestei ipoteze (variantele 1.B., 1.D., 2.B. și 2.D.) ar trebui să fie mai realiste și mai precise.

MORTALITATEA. În cazul mortalității, elementele pe care le avem pentru a estima mortalități diferențiale sunt practic inexistente. Din statistica demografică curentă a anului 1992 rezultă, pentru romi, o rată a mortalității generale de numai doi la mie!

Lipsa de informații asupra mortalității diferențiale pe naționalități ne-a determinat a utiliza, într-o primă variantă, aceeași tabelă de mortalitate pentru toate cele patru populații proiectate. Este tabela de mortalitate a anului 1994, speranța de viață la naștere fiind de 65,5 ani la bărbați și 73,1 ani la femei. Într-o a doua variantă, am apreciat că mortalitatea este mai ridicată la romi, speranța de viață la naștere fiind cu cinci ani mai mică atât la populația masculină cât și la cea feminină, în raport cu valorile deja menționate. Tabela de mortalitate corespunzătoare a fost obținută prin utilizarea procedurii MATCH din pachetele de programe Mort Pak-Lite ale Diviziei de Populație a Națiunilor Unite (United Nations, 1988). Prin această metodă se poate obține o familie de tabele de mortalitate cu valori diferite ale speranței de viață la naștere, dar conservând o anumită fizionomie a mortalității pe vârste. Chiar dacă este posibil ca mortalitatea romilor să fie nu numai mai mare, ci și de o structură pe vârste diferită, nu credem că poate fi vorba de o structură **total diferită**.

Fără îndoială, în alegerea unei speranțe de viață la naștere cu cinci ani mai mică la romi există o doză importantă de abordare subiectivă a problemei. Dar nu vedem o altă manieră de a soluționa această delicată chestiune a mortalității diferențiale, cu atât mai mult cu cât, după cum vom vedea, numărul proiectat al romilor în ipoteza unei speranțe de viață cu cinci ani mai mică (variantele C și D) diferă cu numai cinci la sută de numărul proiectat în ipoteza unei mortalități unice pentru întreaga populație (variantele A și B). Este deci posibil ca speranța de viață a romilor să fie inferioară celei a întregii populații cu mai mult de cinci ani.

MIGRAȚIA EXTERNĂ. Nu am luat în considerare nicio ipoteză asupra migrației externe și aceasta din două rațiuni. Pe de o parte, datele statistice nu se referă decât la români, germani, maghiari, evrei și alte naționalități (Comisia Națională pentru Statistică, 1995b), fără a permite identificarea romilor. Pe de altă parte, dacă ipoteza unui sold anual negativ de 10-15 mii persoane pare a fi realistă, menținerea actualei structuri pe naționalități a acestui sold al migrației externe nu poate fi susținută cu argumente solide. Am preferat deci a nu lua în considerație migrația externă, ceea ce impune o anumită corecție ce ar trebui avută în vedere la examinarea și evaluarea rezultatelor proiectărilor, în special la români și maghiari. De o manieră generală însă, credem că ipoteza noastră se justifică și nu poate influența semnificativ rezultatele proiectărilor.

3. CÂTEVA CONSIDERAȚII ASUPRA IPOTELOR

Întregul set de proiectări este elaborat în ipoteza constanței nivelurilor fertilității și mortalității, precum și al unui sold nul al migrației externe. Această abordare pare a fi simplistă dar credem că se justifică din plin, prin următoarele argumente:

- contextul demografic actual este unul de excepție și nu există nici un temei pentru a adopta ipoteze realiste vizând redresarea fertilității sau mortalității în perioada următoare. În plus, chiar dacă am adopta astfel de ipoteze, nu dispunem de nici un element pentru a alege nivelul probabil al celor două fenomene, momentul în care redresarea se instalează și etalarea în timp a acestei redresări;

- constanța fertilității și mortalității oferă o excelentă viziune a ceea ce se poate întâmpla pe plan demografic în următorii 30 de ani dacă nu intervin modificări, indiferent de natura și originea acestora;

- pornind de la rezultatele acestor proiectări, analistul poate ușor sesiza și chiar evalua evoluțiile posibile în ipoteza altor valori ale fertilității și mortalității.

Proiectările noastre nu au decât un caracter pur exploratoriu și în acest context trebuie examinate și judecate.

4. REZULTATE

Pornind de la cele două variante asupra numărului de romi (și, implicit, de români și maghiari) în anul 1992 și adoptând câte două ipoteze asupra mortalității și fertilității romilor, au rezultat opt variante de proiectare a numărului populației. Iată în tabelul de mai jos ipotezele acestor variante.

| | Speranța de viață – ani | | I.S.F.- copii la o femeie | | | | |
|---|----------------------------|--------------------|---------------------------|------|------|------|------|
| | M-65,49 F-73,14 | M-60,63 F-68,26 | 3,86 | 2,32 | 1,42 | 1,37 | 1,29 |
| VARIANTA 1: 1 milion de romi în 1992 | | | | | | | |
| Varianta 1. A. | | | | | | | |
| Români | X | | | | | X | |
| Maghiari | X | | | | | | X |
| Romi | X | | X | | | | |
| Alte naționalități | X | | | | X | | |
| Varianta 1. B. | | | | | | | |
| Români | X | | | | | X | |
| Maghiari | X | | | | | | X |
| Romi | X | | | X | | | |
| Alte naționalități | X | | | | X | | |
| Varianta 1. C. | | | | | | | |
| Români | X | | | | | X | |
| Maghiari | X | | | | | | X |
| Romi | | X | X | | | | |
| Alte naționalități | X | | | | X | | |
| Varianta 1. D. | | | | | | | |
| Români | X | | | | | X | |

| | Speranța de viață – ani | | I.S.F.- copii la o femeie | | | | |
|---|----------------------------|--------------------|---------------------------|------|------|------|------|
| | M-65,49 F-73,14 | M-60,63 F-68,26 | 3,86 | 2,32 | 1,42 | 1,37 | 1,29 |
| Maghiari | X | | | | | | X |
| Romi | | X | | X | | | |
| Alte naționalități | X | | | | X | | |
| VARIANTA 2: 1,5 milioane de romi în 1992 | | | | | | | |
| Varianta 2. A. | | | | | | | |
| Români | X | | | | | X | |
| Maghiari | X | | | | | | X |
| Romi | X | | X | | | | |
| Alte naționalități | X | | | | X | | |
| Varianta 2. B. | | | | | | | |
| Români | X | | | | | X | |
| Maghiari | X | | | | | | X |
| Romi | X | | | X | | | |
| Alte naționalități | X | | | | X | | |
| Varianta 2. C. | | | | | | | |
| Români | X | | | | | X | |
| Maghiari | X | | | | | | X |
| Romi | | X | X | | | | |
| Alte naționalități | X | | | | X | | |
| Varianta 2. D. | | | | | | | |
| Români | X | | | | | X | |
| Maghiari | X | | | | | | X |
| Romi | | X | | X | | | |
| Alte naționalități | X | | | | X | | |

Deși ni s-ar putea reproșa numărul mare de variante la care am recurs în studiul nostru, credem că suntem într-o arie cu incertitudini prea mari pentru a ne fi mărginit la un număr mai mic de ipoteze și deci de variante. În plus, analiza rezultatelor va conferi câtorva variante o consistență superioară, ceea ce poate ghida cititorul în evaluarea ansamblului.

Datele din tabelul nr. 5 ne oferă o viziune generală asupra evoluției populațiilor luate în considerare, în perioada 1992-2025, în toate variantele proiectărilor noastre. Mai multe comentarii se impun a fi făcute pe marginea acestor date.

După cum se poate constata, românii, maghiarii și populația din grupa „alte naționalități” urmează a cunoaște scăderi importante în perioada 1992-2025 în toate variantele, ca urmare a menținerii actualelor caracteristici ale mortalității și natalității. În variantele 2 scăderile relative ar fi – la români și maghiari – moderat superioare celor din variantele 1, având în vedere efectivele inițiale mai mici din variantele 2.

Tabelul nr. 5
Populația României pe unele naționalități la recensământul din anul 1992
și cea proiectată pentru anul 2025

| | TOTAL | Români | Ma- ghiari | Romi | Alte națio- nalități |
|---|---------|---------|---------------|--------|-------------------------|
| VARIANTA 1: 1 milion de romi în 1992 | | | | | |
| 1992 | | | | | |
| Număr-mii | 22810,0 | 19851,0 | 1583,6 | 1000,0 | 375,4 |
| Structura (%) | 100,0 | 87,0 | 6,9 | 4,4 | 1,7 |
| 2025 | | | | | |
| Varianta 1. A. | | | | | |
| Număr-mii | 21318,6 | 17271,9 | 1225,8 | 2535,3 | 285,6 |
| Structura (%) | 100,0 | 81,0 | 5,8 | 11,9 | 1,3 |
| Creștere/scădere 1992-2025(%) | -6,5 | -13,0 | -22,6 | +153,5 | -23,9 |
| Varianta 1. B. | | | | | |
| Număr-mii | 20427,7 | 17271,9 | 1225,8 | 1644,3 | 285,7 |
| = Structura(%) | 100,0 | 84,6 | 6,0 | 8,0 | 1,4 |
| Creștere/scădere 1992-2025(%) | -10,4 | -13,0 | -22,6 | +64,4 | -23,9 |
| Varianta 1. C. | | | | | |
| = Număr-mii | 21204,4 | 17271,9 | 1225,8 | 2421,0 | 285,7 |
| = Structura(%) | 100,0 | 81,5 | 5,8 | 11,4 | 1,3 |
| = Creștere/scădere 1992-2025(%) | -7,0 | -13,0 | -22,6 | +142,1 | -23,9 |
| Varianta 1. D. | | | | | |
| Număr-mii | 20348,0 | 17271,9 | 1225,8 | 1564,6 | 285,7 |
| Structura(%) | 100,0 | 84,9 | 6,0 | 7,7 | 1,4 |
| Creștere/scădere 1992-2025(%) | -10,8 | -13,0 | -22,6 | +56,5 | -23,9 |
| VARIANTA 2: 1,5 milioane de romi în 1992 | | | | | |
| 1992 | | | | | |
| = Număr-mii | 22810,0 | 19385,5 | 1549,1 | 1500,0 | 375,4 |
| = Structura (%) | 100,0 | 85,0 | 6,8 | 6,6 | 1,6 |
| 2025 | | | | | |
| Varianta 2. A. | | | | | |
| = Număr-mii | 21980,8 | 16705,5 | 1186,7 | 3802,9 | 285,7 |
| = Structura(%) | 100,0 | 76,0 | 5,4 | 17,3 | 1,3 |
| = Creștere/scădere 1992-2025 (%) | -3,6 | -13,8 | -23,4 | +153,5 | -23,9 |
| Varianta 2. B. | | | | | |
| = Număr-mii | 20644,4 | 16705,5 | 1186,7 | 2466,5 | 285,7 |

| | TOTAL | Români | Ma- ghiar i | Romi | Alte națio- nalități |
|-------------------------------------|---------|---------|-------------------|--------|-------------------------|
| = Structura(%) | 100,0 | 80,9 | 5,8 | 11,9 | 1,4 |
| = Creștere/scădere 1992-2025 (%) | -9,5 | -13,8 | -23,4 | +64,4 | -23,9 |
| Varianta 2. C. | | | | | |
| = Număr-mii | 21809,4 | 16705,5 | 1186,7 | 3631,5 | 285,7 |
| = Structura(%) | 100,0 | 76,6 | 5,4 | 16,7 | 1,3 |
| = Creștere/scădere 1992-2025(%) | -4,4 | -13,8 | -23,4 | +142,1 | -23,9 |
| Varianta 2. D. | | | | | |
| = Număr-mii | 20524,7 | 16705,5 | 1186,7 | 2346,8 | 285,7 |
| Structura(%) | 100,0 | 81,4 | 5,8 | 11,4 | 1,4 |
| Creștere/scădere 1992-2025 (%) | -10,0 | -13,8 | -23,4 | +56,5 | -23,9 |

Scăderea – în valoare relativă – a numărului maghiarilor ar fi de aproape două ori mai mare în raport cu scăderea românilor, indiferent de variantă. Această dinamică diferită își are originea în valorile natalității (fertilității) și mortalității generale ale celor două populații, valori defavorabile maghiarilor, și creșterii decalajelor actuale în viitor (a se vedea figurile 2 și 3), ca urmare a particularităților structurii pe vârste a celor două populații, particularități care sunt, de asemenea, defavorabile maghiarilor. Ponderea populației de 60 de ani și peste, de pildă, era în anul 1992 de 16,6% la români și de 20,0 la maghiari, valorile rezultate pentru anul 2025 fiind de 21,6 și respectiv 24,1%. Iată care ar fi evoluția natalității și mortalității generale la cele două populații în perioada 1995-2025 (la 1000 loc.):

| | Natalitate | | Mortalitate | |
|------|------------|----------|-------------|----------|
| | Români | Maghiari | Români | Maghiari |
| 1995 | 10,8 | 9,6 | 11,9 | 14,3 |
| 2000 | 11,0 | 9,8 | 13,0 | 15,2 |
| 2010 | 10,0 | 8,5 | 14,5 | 16,7 |
| 2025 | 8,1 | 7,2 | 16,1 | 18,5 |

Evoluția descendentă a natalității este și ea rezultatul deteriorării structurii pe vârste, mai ales după anul 2005, când la vârstele fertile ajung generațiile reduse numeric născute după 1990. Se cuvine a sublinia faptul că valorile natalității și mortalității maghiarilor în anul 1995, așa cum rezultă ele din proiectările noastre, sunt foarte coerente cu valorile calculate pentru anul 1994 pe baza datelor din statistica demografică curentă. În plus, o comparație cu nivelul acelorși indicatori din Ungaria relevă o excelentă consistență a datelor, mortalitatea fiind identică iar natalitatea, cum era de așteptat, cu puțin mai mare în Un-

garia, unde valoarea I.S.F. a fost în 1994 de 1,6 față de 1,4 în România (Council of Europe, 1995).

Scăderea pe care ar urma să o înregistreze grupa „alte naționalități” este cea mai însemnată – aproape 24% – și ea trebuie pusă pe seama gradului ridicat de îmbătrânire demografică a acestei populații (23%), o treime din ea fiind compusă din minoritatea germană. Creșterea naturală negativă a acestei populații are astăzi valorile cele mai ridicate și această caracteristică se va accentua în viitor (figura 4).

Cum era de așteptat, numărul romilor ar urma să crească de o manieră spectaculoasă, îndeosebi în ipoteza unui I.S.F. de 3,86 copii la o femeie. În variantele elaborate pe baza acestei ipoteze s-ar ajunge în anul 2025 la 2,4-2,5 milioane de romi pornind de la 1 milion în 1992 și la 3,6-3,8 milioane, dacă se pornește de la 1,5 milioane. Evident, cifrele ar fi mai mici în ipoteza unui I.S.F. de 2,32 copii la o femeie (figurile 5 și 6).

După cum se poate remarca în figurile 7-11, creșterea naturală deosebit de puternică a romilor este rezultatul nu numai al unei natalități foarte ridicate, ci și al unei mortalități (la nivelul ratei brute, doar) mai scăzute, ca urmare a unei structuri pe vârste considerabil mai puțin îmbătrânite.

Iată care ar fi nivelul natalității și mortalității generale, precum și ponderea populației de 60 de ani și peste în variantele extreme 1.A. și 1.D. (cei trei indicatori sunt identici în variantele 2.A. și, respectiv, 2.D.).

| | Natalitate | | Mortalitate | Populație | 60 ani+(%) | |
|------|------------|--------|-------------|-----------|------------|--------|
| | V.1.A. | V.1.D. | V.1.A. | V.1.D. | V.1.A. | V.1.D. |
| 1992 | 34,6 | 20,8 | 4,7 | 6,6 | 5,1 | 5,1 |
| 1995 | 35,6 | 22,4 | 5,0 | 6,7 | 5,5 | 5,6 |
| 2000 | 34,7 | 23,3 | 5,3 | 7,2 | 5,9 | 6,2 |
| 2005 | 33,7 | 24,0 | 5,5 | 7,8 | 5,6 | 6,2 |
| 2010 | 32,7 | 22,4 | 5,7 | 8,2 | 5,6 | 6,4 |
| 2015 | 32,9 | 19,8 | 5,7 | 8,5 | 5,9 | 7,2 |
| 2020 | 33,1 | 18,8 | 5,7 | 8,9 | 6,2 | 8,1 |
| 2025 | 32,7 | 18,8 | 5,8 | 9,6 | 5,9 | 8,3 |

Creșterea rapidă și deosebit de importantă a romilor, paralel cu diminuarea numărului românilor, maghiarilor și grupului „alte naționalități”, ar urma să schimbe sensibil fizio-nomia structurii populației pe naționalități (figurile 12-15). De la 87% în anul 1992, românii ar ajunge în anul 2025 la o pondere cuprinsă între 76% în varianta 2. A. și 85% în varianta 1. D. (figura 16). Scăderi ale ponderilor s-ar înregistra și la maghiari, ca și la grupul „alte naționalități” (la nivelul ansamblului acestui grup eterogen pentru că în interiorul său sunt și naționalități care vor cunoaște creșteri – cazul turcilor, tătarilor și, într-o măsură mai redusă, al ucrainenilor, dacă avem în vedere caracteristicile natalității și mortalității acestor naționalități). În schimb, romii ar cunoaște – în toate variantele – o

creștere a proporției în populația țării (figurile 17-18). În variantele 2. A. și 2. C. această proporție ar atinge 17%!

O schimbare nu lipsită de interes este cea dintre numărul și ponderea maghiarilor și romilor: în toate variantele ar urma să asistăm la o inversare a pozițiilor, romii depășind considerabil ponderea maghiarilor (figurile 19-22).

Dacă schimbările structurale la nivelul populațiilor sunt importante, chiar foarte importante în unele variante, trebuie subliniat că și mai importante sunt schimbările potențiale din structura născuților după naționalitate (figurile 23-26). În variantele 2. A. și 2. C. numărul născuților proveniți de la romi se apropie de cel al românilor. Este ușor de imaginat impactul acestor schimbări asupra evoluției populației celor două naționalități după anul 2025.

Informațiile limitate pe care le avem asupra caracteristicilor mortalității și fertilității naționalităților și îndeosebi asupra romilor, ne-au obligat să adoptăm câte două ipoteze asupra mortalității și fertilității acestei naționalități. A rezultat un număr relativ ridicat de variante ale proiectărilor, conducând la un număr total al populației în anul 2025 – obținut ca sumă a naționalităților – situat între 20348,0 (V. 1.D.) și 21980,8 (V. 2.A.) mii persoane. Aceste cifre impun câteva observații.

Diferența relativ importantă dintre cele două valori extreme nu are la bază, cum am fi tentați să credem, efectivul inițial al romilor. Și în varianta V. 2.D., plecând de la 1,5 milioane de romi în 1992, se ajunge în anul 2025 la o populație apropiată de cea din varianta V. 1.D. – 20524,7 mii locuitori. Factorul de diferențiere este nivelul fertilității romilor. Cu alte cuvinte, o fertilitate de 3,86 copii la o femeie este puțin probabilă. Dar ea nu poate fi exclusă ca ipoteză de lucru tocmai pentru că ne asigură elemente de comparație indispensabile într-o întreprindere atât de sensibilă cum este cea în care ne aflăm.

Din proiectarea separată a populației naționale rezultă pentru anul 2025 o cifră de 20293,5 mii, ceea ce ar conferi variantelor construite pe baza unei fertilități a romilor de 2,32 copii la o femeie (V. 1.B., V. 1.D., V. 2.B. și V. 2.D.) și care conduc la o populație în anul 2025 apropiată de cea menționată mai sus (a se vedea tabelul nr. 5) mai mult realism și fiabilitate.

În sfârșit, o populație de 20,3-20,6 milioane locuitori în anul 2025, cum este cea la care ajungem în cele patru variante apreciate drept cele mai realiste, impune o anumită precizare. Întrucât în proiectările noastre nu am luat în considerare migrația externă, din motive care au fost deja menționate, apreciem că rezultatele trebuie corectate, adică diminuate cu aproximativ 500 mii persoane, cât ar reprezenta soldul negativ al migrației în perioada 1993-2025, în ipoteza menținerii acestui sold la o valoare anuală de 15 mii persoane.

După cum se poate remarca din datele tabelului nr. 6, noile valori se situează între 19848,0 și 21480,8 mii.

Ajunși în acest punct al analizei credem că dispunem de un element în plus de apreciere a celor opt variante prin prisma realismului lor.

Tabelul nr. 6
Numărul proiectat al populației în anul 2025

- în mii -

| Varianta | Numărul proiectat | Numărul proiectat corectat* | Ipoteze-mort. și fert. la romi** | |
|---|-----------------------|-----------------------------|---|------------------------|
| | | | Speranța de viață M/F (ani) | I.S. F. (copii/femeie) |
| 1992 | 22810,0 (Recensământ) | | | |
| Varianta 1: 1 milion de romi în 1992 | | | | |
| 1. A. | 21318,6 | 20818,6 | 65,49/73,14 | 3,86 |
| 1. B. | 20427,7 | 19927,7 | 65,49/73,14 | 2,32 |
| 1. C. | 21204,4 | 20704,4 | 60,63/68,26 | 3,86 |
| 1. D. | 20348,0 | 19848,0 | 60,63/68,26 | 2,32 |
| Varianta 2: 1,5 milioane de romi în 1992 | | | | |
| 2. A. | 21980,8 | 21480,8 | Ipoteze identice cu cele de la variantele I.A. – I.D. | |
| 2. B. | 20644,4 | 20144,4 | | |
| 2. C. | 21809,4 | 21309,4 | | |
| 2. D. | 20524,7 | 20024,7 | | |

* Numărul corectat este numărul proiectat diminuat cu volumul estimat al migrației externe pentru perioada 1993-2025 (500 mii persoane).

** Ipotezele asupra mortalității și fertilității celorlalte naționalități luate în considerare:

- Mortalitate: 65,49/ 73,14

- Fertilitate: români-1,37; maghiari-1,29; alte naționalități-1,42.

Toate proiectările elaborate în ultimii ani asupra populației României (luată în totalitatea ei și nu ca sumă a unor subpopulații) în ipoteza constanței mortalității, fertilității și migrației conduc la o populație de 19,8-19,9 milioane locuitori în anul 2025. În raportul național al României prezentat la Conferința Internațională asupra Populației și Dezvoltării, Cairo, 1994, numărul proiectat al populației în anul 2020, în varianta minimă, este de 20,6 milioane locuitori (Comitetul Național pentru pregătirea participării la Conferința Internațională a Națiunilor Unite asupra Populației și Dezvoltării, 1994). Acestui număr îi corespunde, prin extrapolare, o populație de 19,8-19,9 milioane locuitori în anul 2025. Cifra de 20,6 milioane locuitori pentru anul 2020 și, implicit, 19,8-19,9 milioane pentru anul 2025, o regăsim și în raportul asupra evoluției populației și a situației demografice din România în perioada 1990-1994 elaborat de Comisia Națională de Statistică (1995c). O comparație cu ultimele proiectări ale Națiunilor Unite (1995), este și ea relevantă, în varianta minimă ("low") a acestor proiectări, construită pe ipoteze aproape similare cu ale noastre, numărul populației României în anul 2025 ajungând la 19,99 milioane locuitori.

Analizând datele din tabelul nr. 6 și ipotezele care stau la baza lor, credem că, de fapt, există doar două variante care ar trebui să rețină în mod deo-

sebit atenția și care merită a fi luate în considerare în analize mai aprofundate. Este vorba de variantele 1.D. și 2.D. În aceste două variante, numărul proiectat (corectat) al populației țării, rezultat din însumarea subpopulațiilor, este de 19,8 și, respectiv, 20,0 milioane locuitori, deci consistent cu ceea ce rezultă din proiectarea „întregului”. Ipotezele asupra mortalității și fertilității ni se par a fi mai realiste în aceste variante.

Mortalitatea romilor este în mod cert mai mare decât a celorlalte naționalități, chiar dacă o speranță de viață mai mică cu cinci ani, cum este cea pe care am adoptat-o noi, nu ar reflecta suficient de exact adevărata diferență. De altfel, după cum se poate remarca, diferențele dintre variantele 1.A. – 1.C. ori 1.B. – 1.D., ca și cele dintre variantele 2.A. – 2.C. ori 2.B. – 2.D., având la bază doar mortalități diferite, sunt minime, chiar neînsemnate în cazul primelor două.

În ceea ce privește ipotezele asupra fertilității romilor, componenta fundamentală a diferențelor dintre variante, credem că un I.S.F. de 2,32 copii la o femeie este mai apropiat de cel real. Ne este greu să admitem că, în 1996, fertilitatea romilor ar putea fi de trei ori mai mare decât cea a românilor. Faptul că un astfel de nivel ar conduce la 20,8-20,7 milioane locuitori – în variantele 1.A., 1. C. și la 21,5-21,3 – în variantele 2.A., 2. C., deci considerabil peste nivelul rezultat din proiectarea separată a populației țării, este semnificativ. În plus, după cum am spus-o deja, în ipoteza unui I.S.F. de 2,32 (la romi) mediile ponderate ale ratelor de fertilitate pe vârste ale celor patru naționalități luate în considerare în proiectările noastre conduc la o valoare agregată a I.S.F. identică cu cea înregistrată (1,4 copii la o femeie), argument ce nu poate fi neglijat.

Variantele 1.D. și 2.D. constituie deci construcții destul de solide, coerente și bine fundamentate pentru a putea fi utilizate în analize prospective de substanță (tabelul nr. 7).

Tabelul nr. 7
Numărul populației pe unele naționalități în anul 1992 și cel proiectat în anul 2025. Variantele 1.D. și 2.D.

| | Varianta 1.D. | | | | Varianta 2.D. | | | |
|--------------------|---------------|-------|---------|-------|---------------|-------|---------|-------|
| | 1992 | | 2025 | | 1992 | | 2025 | |
| | În mii | În % | În mii | În % | În mii | În % | În mii | În % |
| TOTAL | 22810,0 | 100,0 | 20348,0 | 100,0 | 22810,0 | 100,0 | 20524,7 | 100,0 |
| Români | 19851,0 | 87,0 | 17271,9 | 84,9 | 19385,5 | 85,0 | 16705,5 | 81,4 |
| Maghiari | 1583,6 | 6,9 | 1225,8 | 6,0 | 1549,1 | 6,8 | 1186,7 | 5,8 |
| Romi | 1000,0 | 4,4 | 1564,6 | 7,7 | 1500,0 | 6,6 | 2346,8 | 11,4 |
| Alte naționalități | 375,4 | 1,7 | 285,7 | 1,4 | 375,4 | 1,6 | 285,7 | 1,4 |

Menținerea actualelor caracteristici generale ale mortalității și fertilității ar diminua populația României cu 10% până în anul 2025. În spatele acestei scăderi globale s-ar afla însă o scădere de 13% la români, de 23% la maghiari, de

24% la „alte naționalități” și, paralel, o creștere de 57% a romilor. În consecință, ponderea acestora ar crește de la 4,4% în 1992 la 7,7-11,4% în 2025, depășind ponderea maghiarilor.

Degradarea structurii pe vârste la români, maghiari și la grupul „alte naționalități” s-ar concretiza în reducerea considerabilă a ponderii populației tinere și creșterea gradului de îmbătrânire demografică (tabelul nr. 8).

Tabelul nr. 8
Structura populației pe grupe mari de vârstă, vârsta mediană, natalitatea și mortalitatea în anii 1992 și 2025, la unele naționalități.
Variantele 1.D. și 2.D.

| | Varianta 1.D. | | Varianta 2.D. | |
|-----------------------|---------------|-------|---------------|-------|
| | 1992 | 2025 | 1992 | 2025 |
| ROMĂNI Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 22,2 | 13,4 | 21,7 | 13,3 |
| 15-59 | 61,3 | 64,9 | 61,4 | 64,7 |
| 60+ | 16,6 | 21,6 | 16,8 | 21,9 |
| Vârsta mediană (ani) | 33,7 | 43,2 | 34,1 | 43,4 |
| Natalitate (la 1000) | 10,4 | 8,1 | 10,3 | 8,0 |
| Mortalitate (la 1000) | 11,9 | 16,1 | 12,1 | 16,4 |
| MAGHIARI | | | | |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 18,7 | 12,1 | 18,2 | 12,0 |
| 15-59 | 61,3 | 63,8 | 61,5 | 63,5 |
| 60+ | 20,0 | 24,1 | 20,3 | 24,5 |
| Vârsta mediană (ani) | 37,5 | 45,3 | 37,9 | 45,5 |
| Natalitate (la 1000) | 9,0 | 7,2 | 9,0 | 7,2 |
| Mortalitate (la 1000) | 14,2 | 18,5 | 14,4 | 18,8 |
| ROMI Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 41,4 | 26,1 | 41,4 | 26,1 |
| 15-59 | 53,5 | 65,6 | 53,5 | 65,6 |
| 60+ | 5,1 | 8,3 | 5,1 | 8,3 |
| Vârsta mediană (ani) | 18,6 | 29,4 | 18,6 | 29,4 |
| Natalitate (la 1000) | 20,8 | 18,8 | 20,8 | 18,8 |
| Mortalitate (la 1000) | 6,6 | 9,6 | 6,6 | 9,6 |
| ALTE NAȚIONALITĂȚI | | | | |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-14 | 18,8 | 13,4 | 18,8 | 13,4 |
| 15-59 | 58,4 | 62,9 | 58,4 | 62,9 |
| 60+ | 22,8 | 23,6 | 22,8 | 23,6 |
| Vârsta mediană (ani) | 38,9 | 43,7 | 38,9 | 43,7 |
| Natalitate (la 1000) | 8,8 | 8,1 | 8,8 | 8,1 |
| Mortalitate (la 1000) | 16,1 | 17,9 | 16,1 | 17,9 |

VI. ÎN LOC DE CONCLUZII

Studiul nostru nu poate avea decât un evident caracter exploratoriu, caracter motivat atât de o cunoaștere actuală parțială a caracteristicilor demografice ale naționalităților, cât și de ipoteza constanței în timp, pe un orizont lung, a mortalității și fertilității. Chiar și în aceste condiții însă, interesul și actualitatea problematicii abordate sunt indiscutabile, iar rezultatele la care am ajuns ar putea constitui un îndemn nu numai pentru aprofundarea domeniului – atât sub raportul informațiilor disponibile cât și al metodei, ci și pentru reflecție, depășind granițele demograficului.

Dacă lăsăm la o parte situații excepționale, demograficul nu se remarcă prin spectacular în evoluțiile sale pe termen scurt și mediu. Ceea ce ar putea explica neglijarea lui, nu în puține cazuri, de către politicieni și guvernanți. Acumulările lente consolidează însă tendințe și mecanisme, cu efecte multiplicatoare, care, în timp, duc la schimbări cantitative de amploare, cu implicații greu de evaluat.

BIBLIOGRAFIE

- Comisia Națională pentru Statistică, „Recensământul populației și locuințelor din 7 ianuarie 1992”. Volumul I – *Populație – Structura demografică*, București, 1994.
- Comisia Națională pentru Statistică, „Recensământul populației și locuințelor din 7 ianuarie 1992”. *Structura etnică și confesională a populației*, București, 1995a.
- Comisia Națională pentru Statistică, Anuarul statistic al României, București, 1995b.
- Comisia Națională pentru Statistică, *Raport asupra evoluției populației și a situației demografice din România în perioada 1990-1994*, București, 1995c.
- Comitetul Național pentru pregătirea participării la Conferința Internațională a Națiunilor Unite asupra Populației și Dezvoltării, 1994, *Raportul Național pentru Conferința Internațională a Națiunilor Unite asupra Populației și Dezvoltării, Cairo, Egipt, 5-13 septembrie*, București, 1994.
- Council of Europe, 1995. *Recent demographic developments in Europe*, Strasbourg, 1995.
- United Nations, *MortPak-Lite. The United Nations Software Package for Mortality Measurement* (Population Studies No. 104), New York, 1988.
- United Nations, *World Population Prospects. The 1994 Revision*, New York, 1995.
- Zamfir, Elena și Cătălin Zamfir (Coordonatori), *Țigani – între ignorare și îngrijorare*, Editura Alternative, București, 1993.

Fig.1.Rata natalitatii si mortalitatii
in anii 1992 - 2025

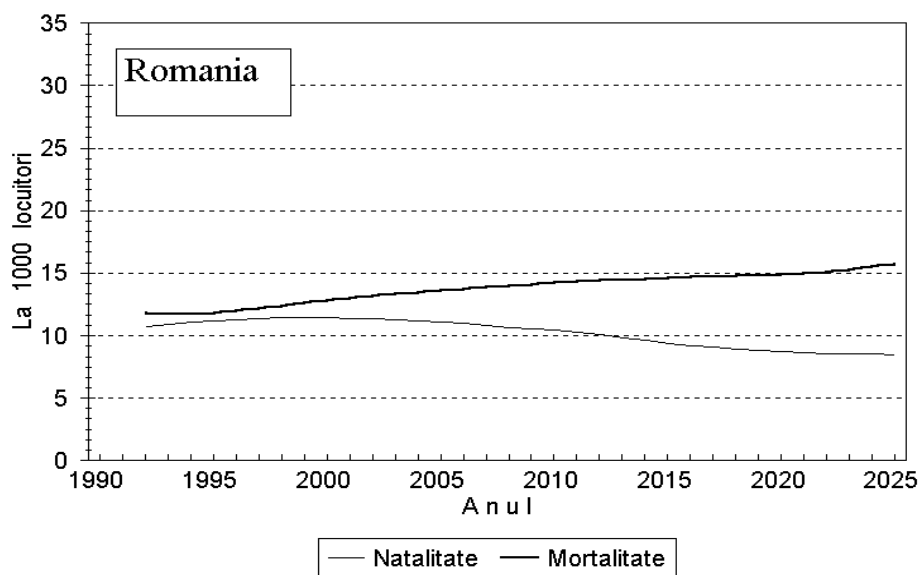


Fig.2.Rata natalitatii si mortalitatii
in anii 1992 - 2025

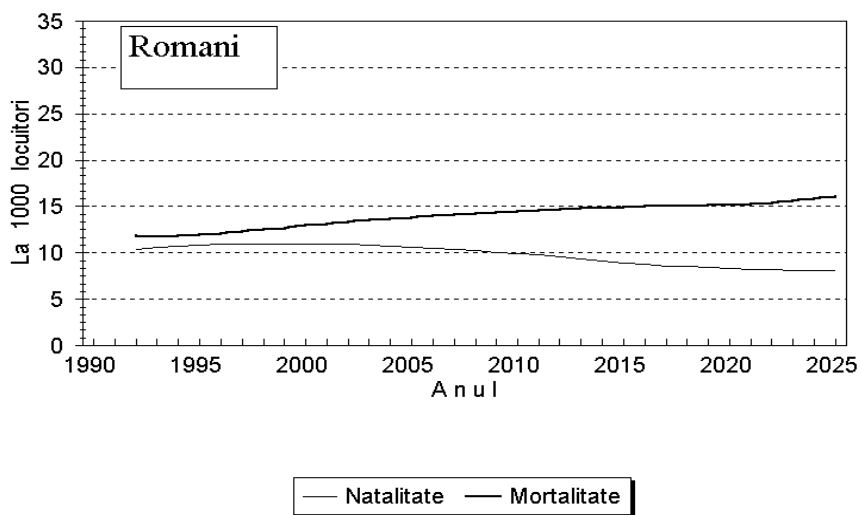


Fig.3.Rata natalitatii si mortalitatii
in anii 1992 - 2025

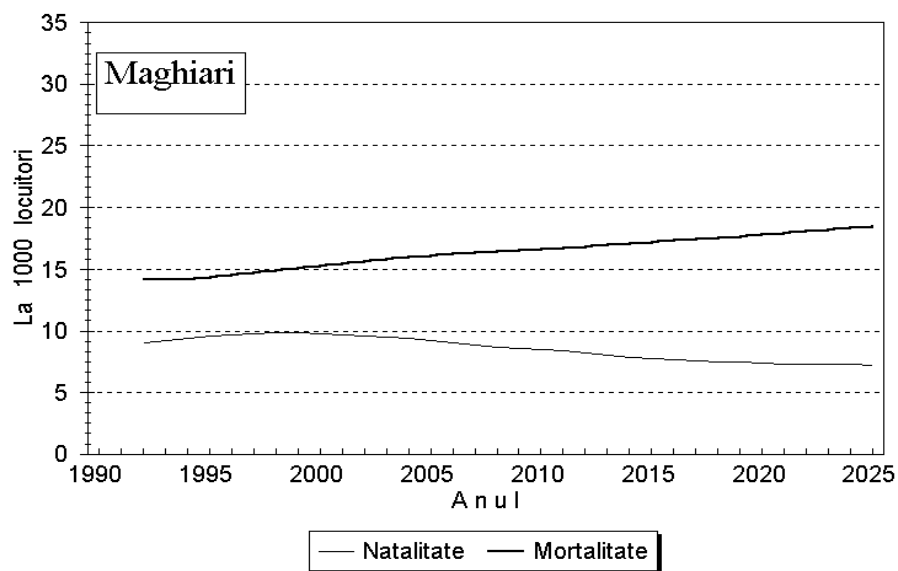


Fig.4.Rata natalitatii si mortalitatii
in anii 1992 - 2025

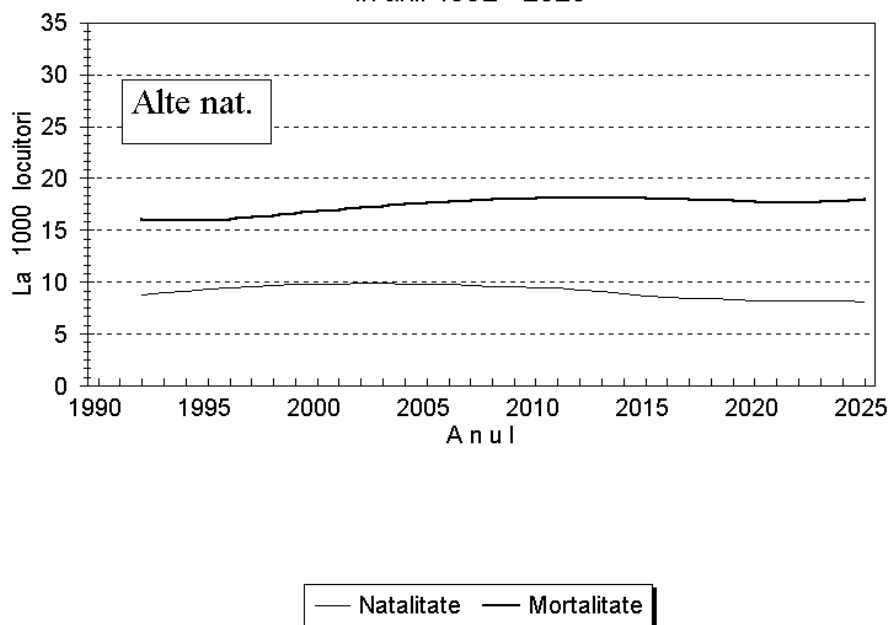


Fig.5. Numarul proiectat al romilor,
1992 - 2025 - V.1.

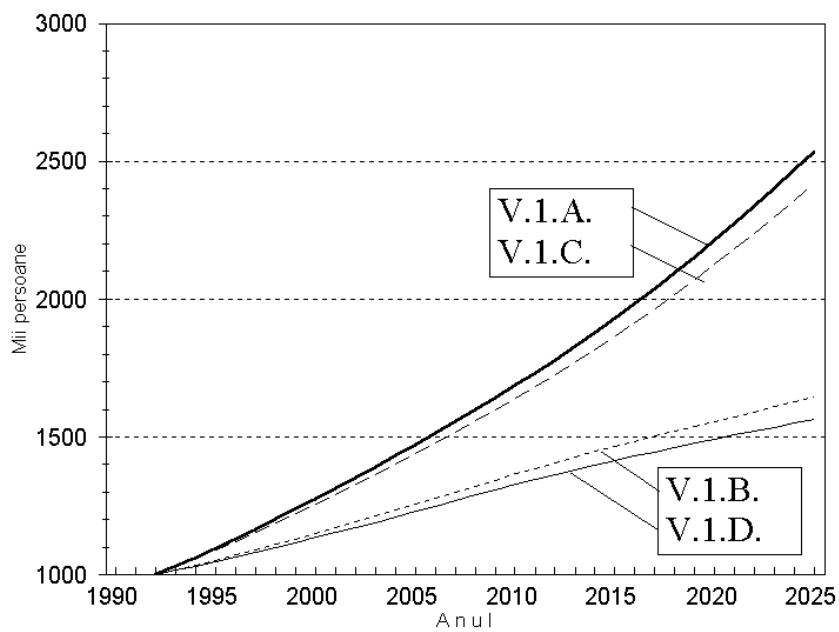


Fig.6. Numarul proiectat al romilor,
1992 - 2025 - V.2.

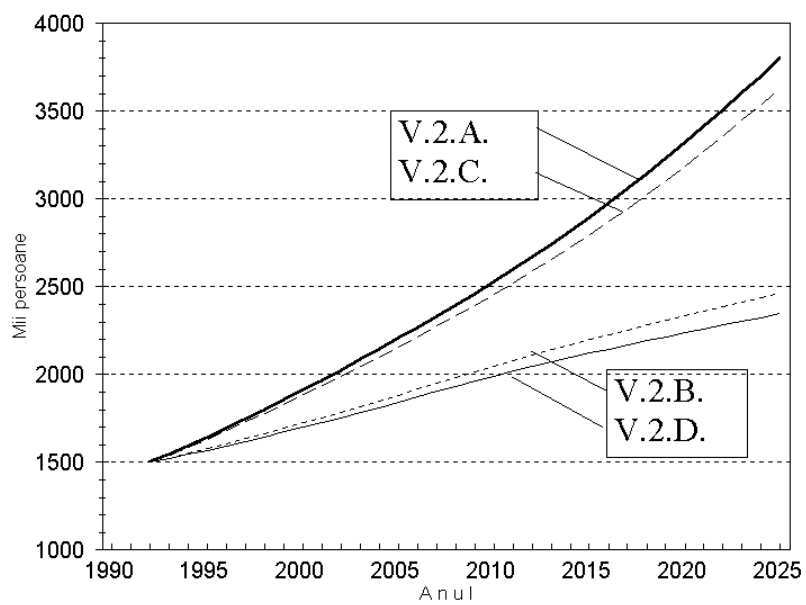


Fig. 7. Rata natalitatii la romi
in anii 1992-2025

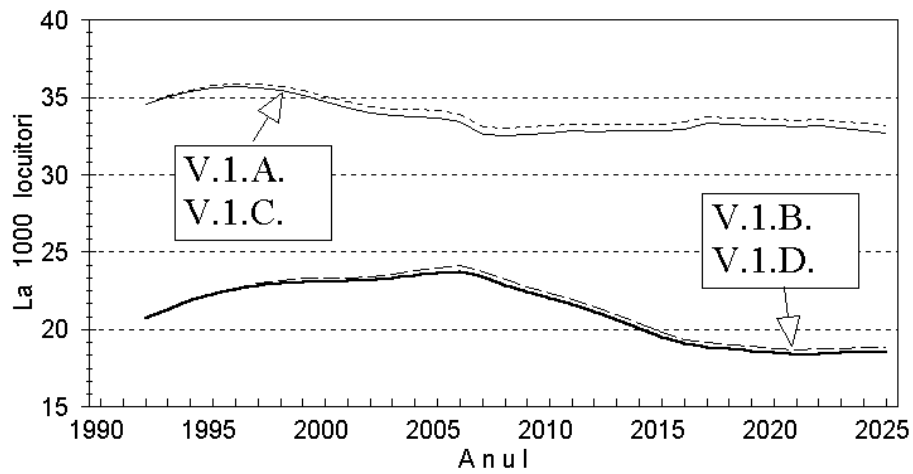


Fig.8.Rata natalitatii si mortalitatii
in anii 1992 - 2025

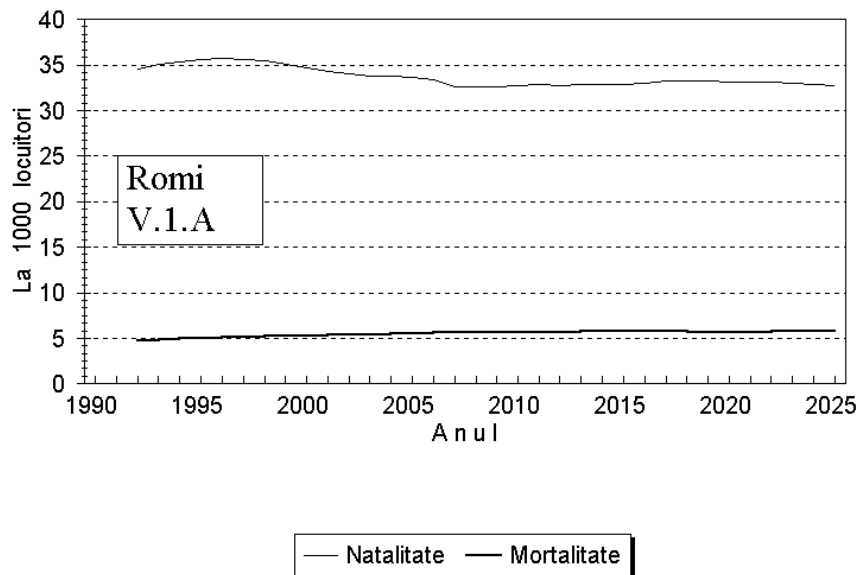


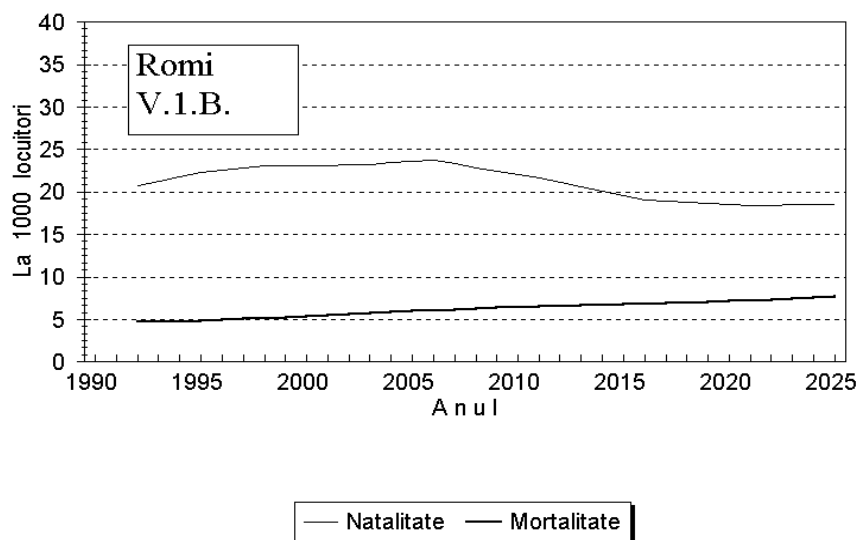
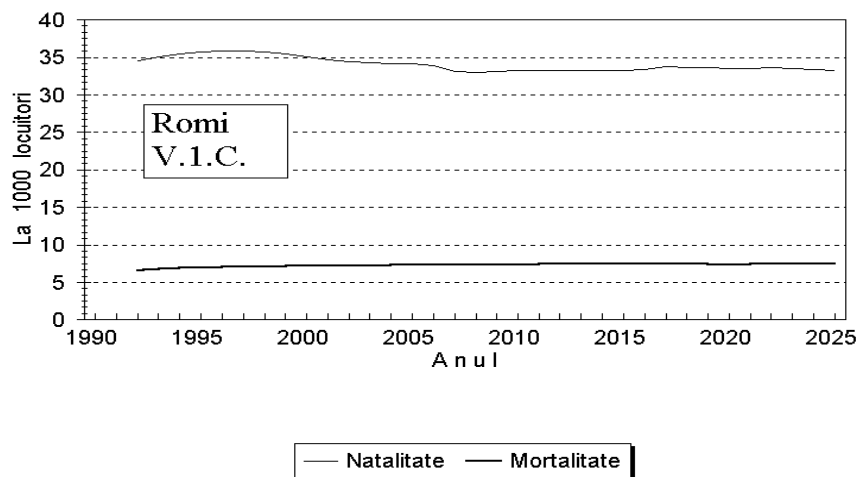
Fig.9.Rata natalitatii si mortalitatii
in anii 1992 - 2025Fig10.Rata natalitatii si mortalitatii
in anii 1992 - 2025

Fig11.Rata natalitatii si mortalitatii
in anii 1992 - 2025

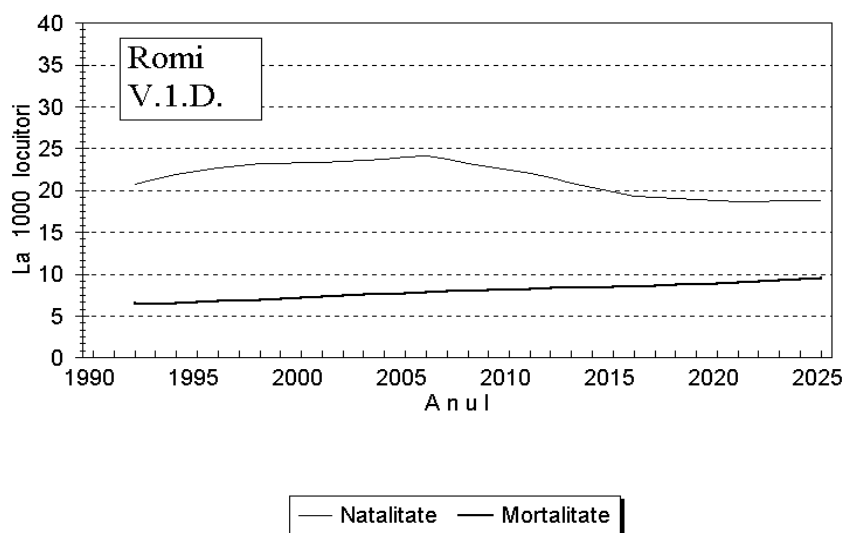


Fig.12. Structura populatiei pe unele
nationalitati, 1992 - 2025 - V.1.A.

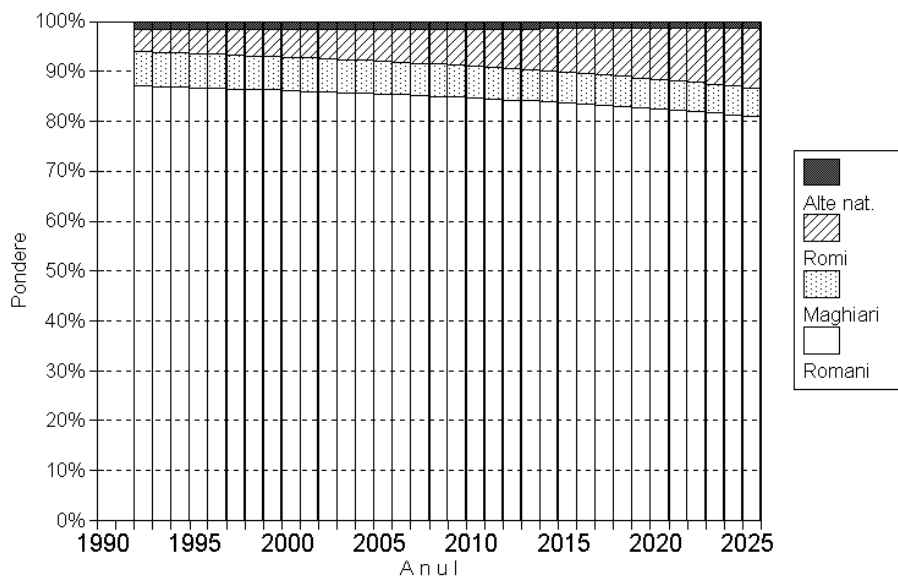


Fig. 13. Structura populatiei pe unele nationalitati, 1992 - 2025 - V.1.B.

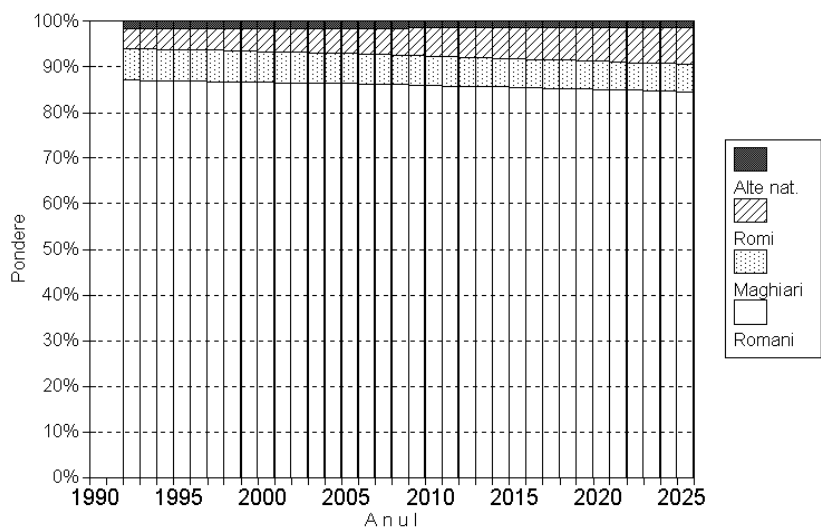
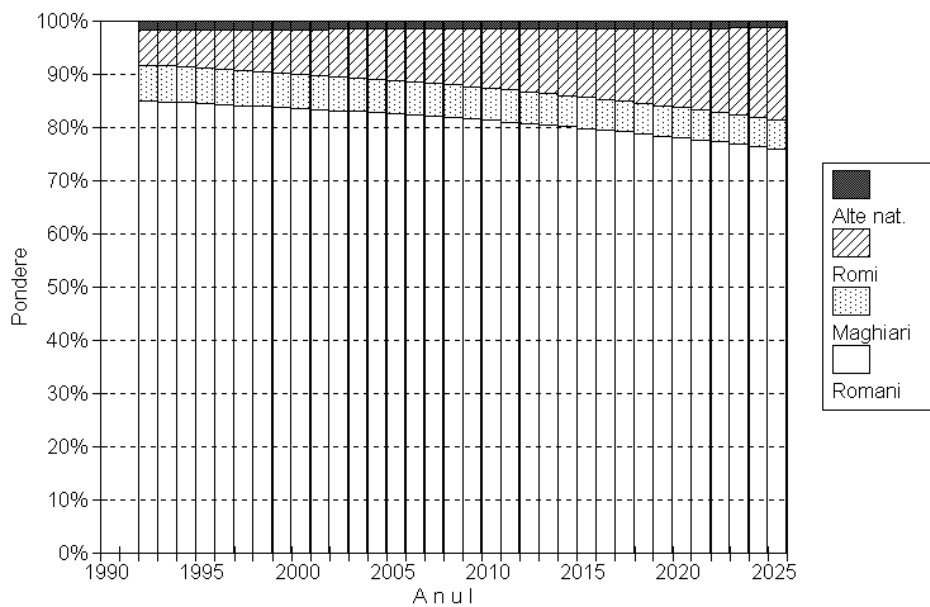


Fig. 14. Structura populatiei pe unele nationalitati, 1992 - 2025 - V.2.A.



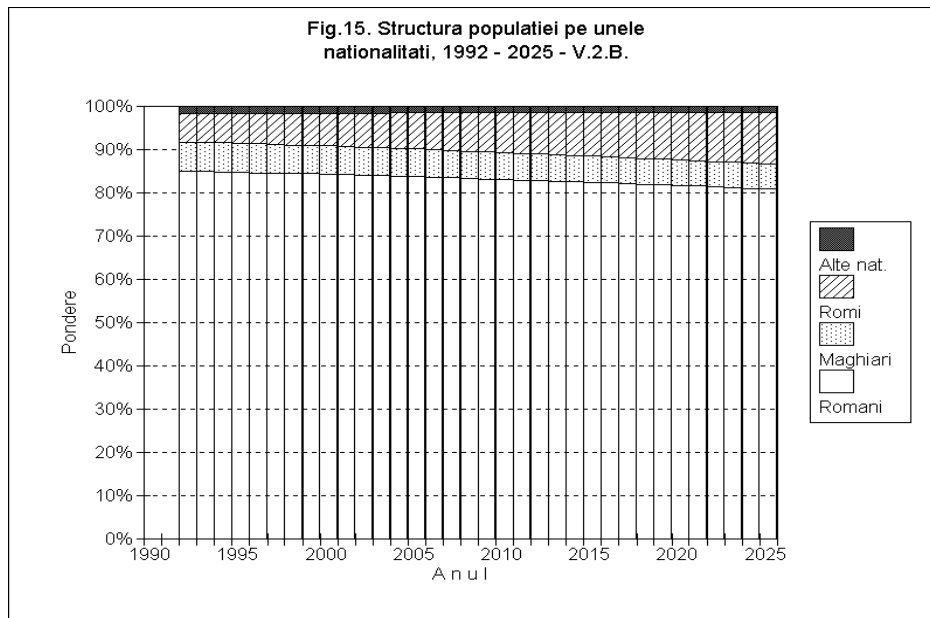


Fig.16.Ponderea romanilor in populatia tarii, 1992 - 2025 - Valori extreme

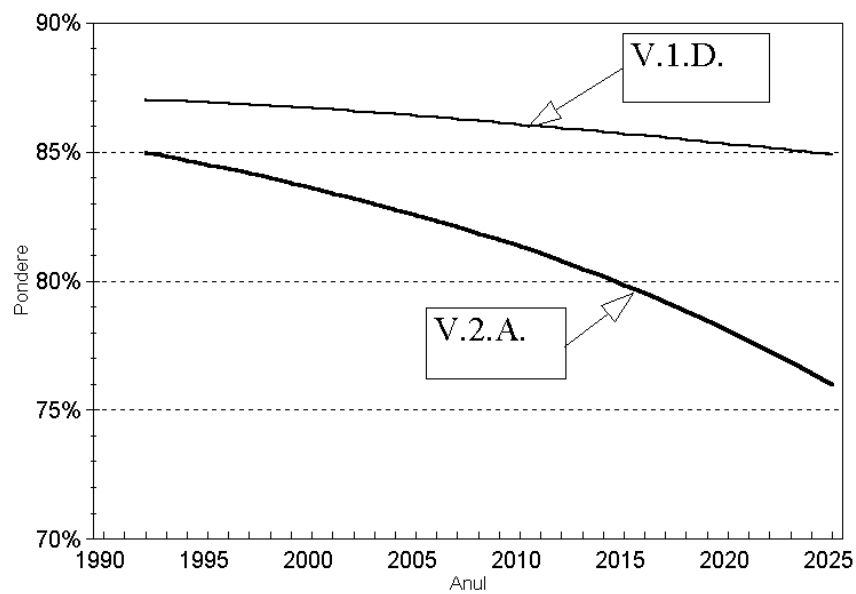


Fig.17. Ponderea romilor in populatia tarii, 1992 - 2025 - V.2.

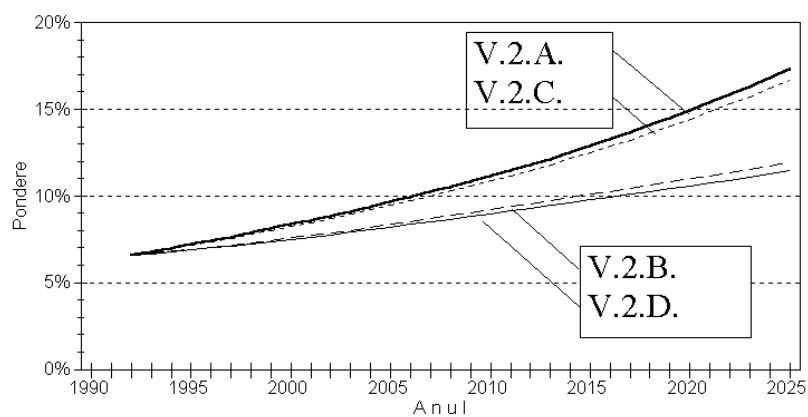


Fig.18. Ponderea romilor in populatia tarii, 1992 - 2025 - V.1.

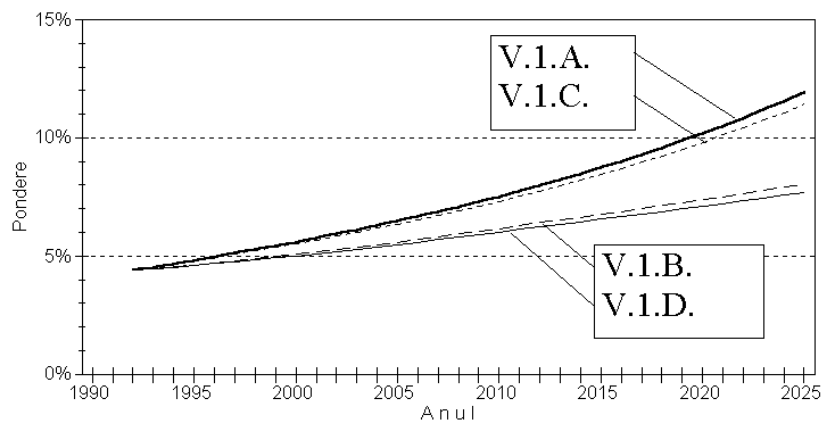


Fig.19.Ponderea maghiarilor si romilor
in populatia tarii, 1992 - 2025 -V.1.A



Fig.20.Ponderea maghiarilor si romilor
in populatia tarii, 1992 - 2025 -V.1.D

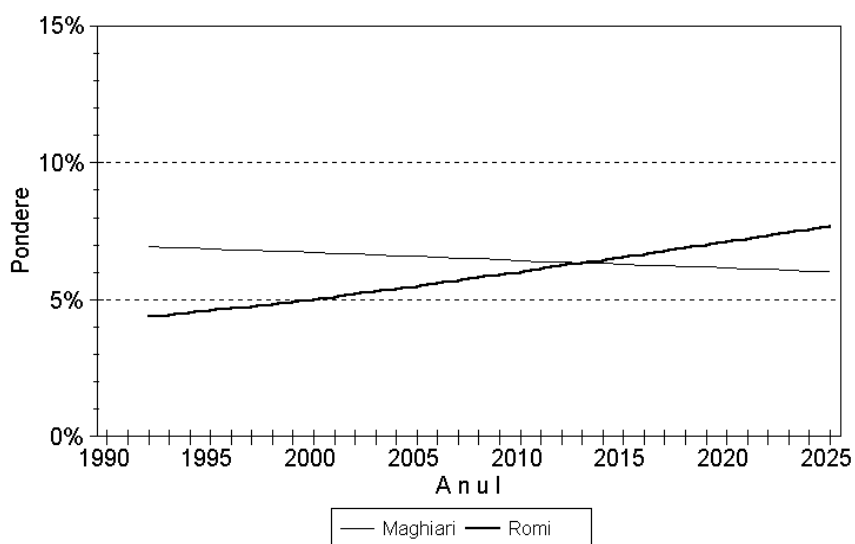


Fig.21.Ponderea maghiarilor si romilor
in populatia tarii, 1992 - 2025 -V.2.A

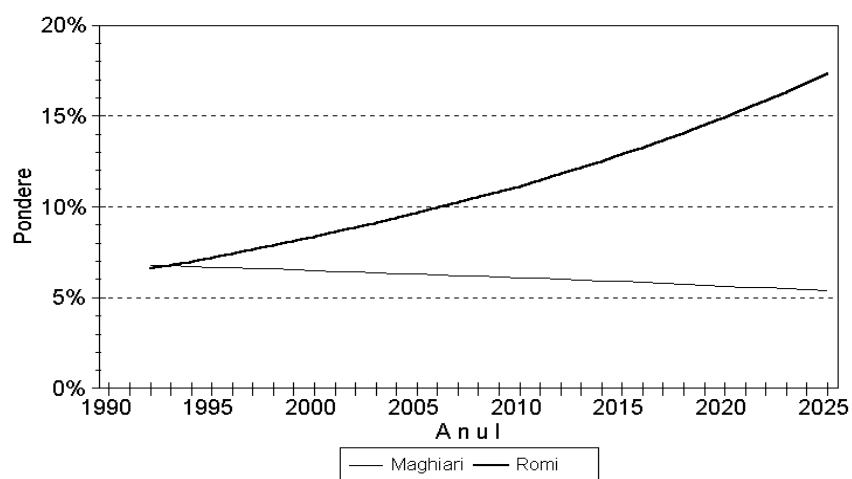


Fig.22.Ponderea maghiarilor si romilor
in populatia tarii, 1992 - 2025 -V.2.D

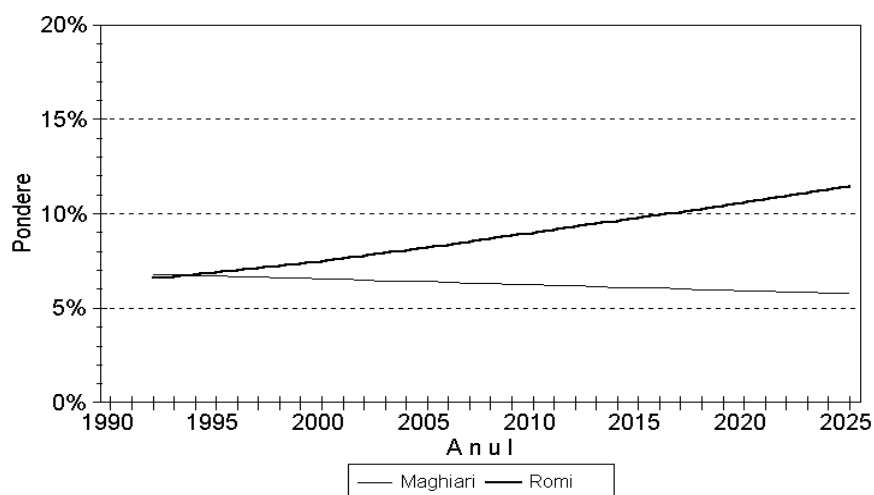


Fig.23.Structura nascutilor pe nationalitati

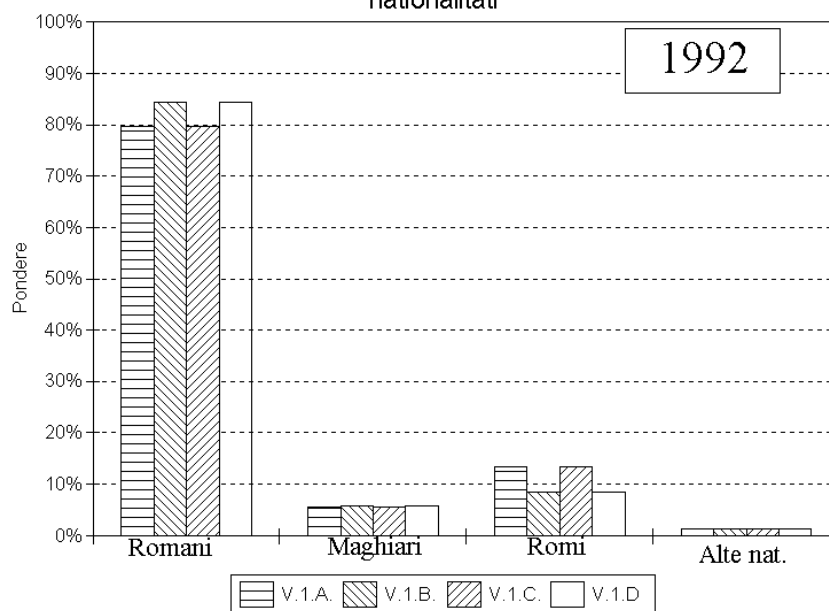


Fig.24.Structura nascutilor pe nationalitati

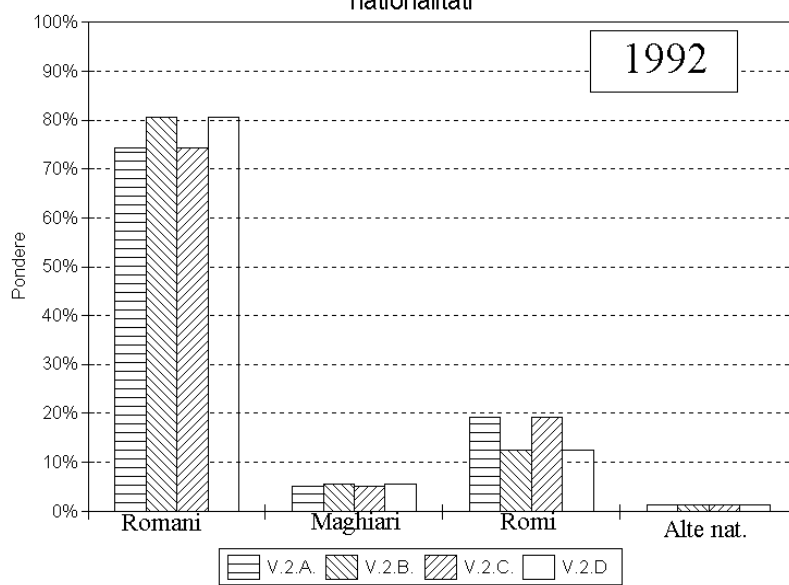


Fig.25. Structura nasterilor pe nationalitati

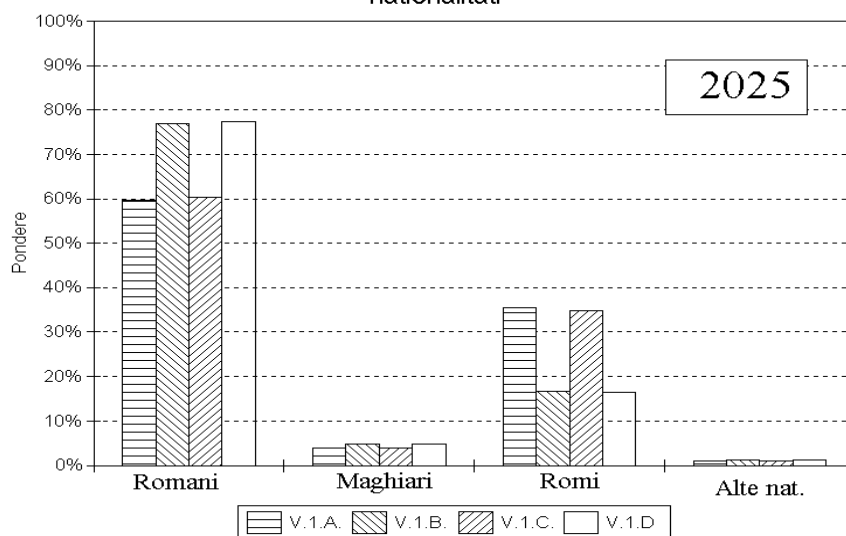
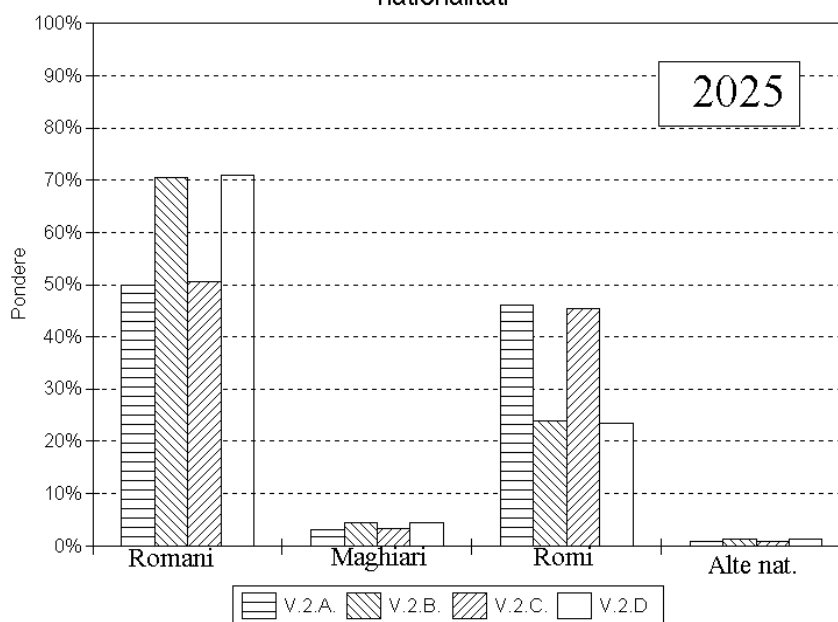


Fig.26. Structura nasterilor pe nationalitati





**INSTITUTUL NAȚIONAL
DE
CERCETĂRI ECONOMICE**

**ANALE
NR. 3/1996**



**CENTRUL DE INFORMARE
ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ
BUCUREȘTI**

**ACADEMIA ROMÂNĂ
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE
CENTRUL DE CERCETĂRI DEMOGRAFICE**

**DEMOGRAFIE
- bibliografie selectată de autor -**

Acad. Vladimir TREBICI

CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ

CUPRINS

| | |
|--|-----|
| A. CĂRȚI, AUTOR, COAUTOR, STUDII INCLUSE ÎN VOLUME | 111 |
| B. STUDII ȘI ARTICOLE | 116 |
| C. COMUNICĂRI ȘI REFERATE | 120 |
| D. VARIA..... | 123 |
| E. TRADUCERI | 124 |

A. CĂRȚI, AUTOR, COAUTOR, STUDII INCLUSE ÎN VOLUME

1. **1966:** Recensământul populației și locuințelor din 15 martie 1966. Editura DCS, 37 pag. (f.n.).
2. **1970:** Curs de statistica populației. Academia de Studii Economice, xerox, 981 pag.
3. **1971:** Populația României și creșterea economică. Studii de demografie economică (Colecția „Creșterea economică”). Editura Politică, 384 pag. (11 recenzii, din care 2 în străinătate).
4. **1972:** Proiectări demografice (în colaborare cu Vasile Ghețău). Caiet CIDSP, în colecția „Proгноza economică”, nr. 2.
5. **1973:** Proгноza demografică. Academia „Ștefan Gheorghiu”, xerox, 91 pag.
6. **1974:** Populația mondială. Editura Științifică, București, 203 pag.
7. **1974:** Cap. VI. Proiectarea populației în volumul „Populația României”. Editura Meridiane, București. Idem: versiunea franceză CICRED
8. **1975:** Mică enciclopedie de demografie. Editura Științifică și Enciclopedică, București, 493 pag.
9. **1975:** Law and Social Status of Women (p. 80-108) și Law and Fertility in Romania (p. 500-543), în: Law and Fertility in Europe. A Study of Legislation Directly or Indirectly Affecting Fertility in Europe. Ordina Editions, Dolhain, Belgique.
10. **1976:** Fertilitatea populației României și factorii care o determină. Studiu ASE pentru Academia de Științe Medicale, 214 pag. + 60 pag. anexe (manuscris).
11. **1976:** La population de la Roumanie et les tendances démographiques. Editions Meridiane, București, 193 pag. (De asemenea, versiunile engleză și spaniolă). Recenzată de Aifred Sauvy în „Le Monde”.
12. **1977:** La planification de la familie et la contraception en Roumanie (în colaborare cu dr. I.D. Lemnete și dr.doc. V. Săhleanu). În volumul „Aspects socio-politiques et demographiques de la planification familiale en France, en Hongrie et en Roumanie”. Dossiers et recherches, nr. 2., Février 1977. Centre Europeen de Recherche et Documentation en Sciences Sociales (Vienne), INED, UNESCO, Paris, p. 142-247.
13. **1977:** Demografia orașelor României (sub red. VI. Trebici), în colaborare cu I. Measnicov și I. Hristache. Editura Științifică și Enciclopedică, București.
14. **1977:** Mathematische Methoden und Modelle in der Rumänischen Demographie. În volumul: „Die Demographie und ihre Methoden” (P. Khalatbari, ed.), Beiträge zur Demographie, No.1 Akademie-Verlag, Berlin, p. 237-256.

15. **1978:** Kinder-Soll und Haben in Rumänien, în volumul: Lutz Franke und Hans W. Jurgens (Hrsg): Keine Kinderkeine Zukunft? Zum Stand der Bevölkerungsforschung in Europa Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Boldt Verlag, Boppard am Rhein, p. 59-66.
16. **1977:** Population as a System. În volumul: J. Rose and C. Bilciu (eds.) „Modern Trends in Cybernetics and Systems”, vol.II. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, p. 1000-1004.
17. **1979:** Typen der demographischen Transition in den Entwicklungsländern. În volumul: Parwiz Khalatbari (ed.) Beiträge zur Demographie, No.2, Humboldt-Universität zu Berlin. Akademie Verlag, Berlin.
18. **1979:** Demografia. Editura Științifică și Enciclopedică, București, 481 pag.
19. **1980:** Prognoza demografică. În volumul: Economia mondială orizont 2000 (coordonator M. Malița ș.a.). Editura Academiei Române, p. 21-41.
20. **1980:** Binnenwanderung und Urbanisierung in Rumänien im Zeitraum von 1948 bis 1977. În volumul P. Khalatbari (ed.) Räumliche Bevoikerungsbewegung in sozialistischen Ländern. Akademie-Verlag, Berlin, p. 225-242.
21. **1980:** Nuptiality and Fertility of the Urban Population in the Frame of an Intensive Village-to-town Migration in Romania (1966-1978). În volumul S. Siampos (ed.) Recent Population Change Calling for Policy Actions. NSS of Greece, ECPS, Athens, p. 264-273.
22. **1981:** Resursele umane ale Terrei. În volumul: Resursele și noua ordine internațională. Editura Politică, p. 106-135.
23. **1981:** La transition démographique dans les pays de l'Europe de l'Est: le cas de la Roumanie. tstratto da: Atti del Seminario „L'atransizione demografica. Interrelazioni tra sviluppo demografico e sviluppo economico”. Coilana di studi e monografie della Societa Italiana di Economia, Demografia e Statistica. Nuova Serie, N. 7, Roma, p. 137-170.
24. **1982:** Le cycle de la vie familiale. În volumul: Actes du Seminaire „Droit-Famille-Developpement”. Centre demographique ONU – Roumanie (CEDOR), Bucarest, p. 76-79.
25. **1982:** La situation demographique de la Roumanie. În volumul: Natalité et politiques de population en France et en Europe de l'Est. Colloque de Paris, 2-4 decembre 1980. INED – Trevaux et Documents. Cahier No.98. Presses Universitaires de France, Paris, p. 104-159 și anexe statistice.
26. **1982:** Ce este demografia? Colecția „Știința pentru toți” Nr. 186. Editura Științifică și Enciclopedică, București, 130 pag.
27. **1982:** Populația mondială: de la „explozia demografică” la noua ordine economică internațională. În volumul: Problemele globale și viitorul omenirii. Editura Politică, București, p. 418-442.
28. **1983:** Die demographische Transition. În volumul: Sabine Rupp und Karl Schwarz (ed.) Beiträge aus der Bevölkerungswissenschaftlichen Forschung. Festschrift für Hermann Schubnell, Schriftenreihedes Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Boldt Veriag, p. 29-37.

29. **1983:** Le role de la fécondité et de la mortalité dans Revolution différentielle de la population des provinces historiques de la Roumanie. În volumul: Démographie et destin des sous-populations. Association Internationale des Démographes de Langue Française (AIDELF), Paris, p. 161-169.
30. **1983:** Les provinces historiques de la Roumanie: aspects démographiques. În volumul: Papers In Honour of Octav Onicescu on his 90-th Birthday (Edltors: M.C. Demetrescu și M. Iosifescu). Editura Nagard, Roma, p. 465-474.
31. **1980:** Population and Human Settlements. În volumul: România. An Encyclopedic Survey. Editura științifică și Enciclopedică, Bucharest, p. 90-95 (de asemenea, versiunea franceză).
32. **1985:** Mică enciclopedie de statistică. Autori: M. Iosifescu, C. Moineagu, V.I. Trebici, Em. Ursianu. Coordonator: V.I. Trebici. Editura Științifică și Enciclopedică, București, 611 pag.
33. **1985:** Die "Bevölkerungslehre" Gerhard Mackenroths und die Demographie in Rumänien. În volumul: Josef Schmid (Hg). Bevölkerungswissenschaft. Ole "Bevölkerungslehre" von Gerhard Mackenroth 30 Jahre danach. Mit Beiträgen von V.I. Trebici. Campus Forschung. Frankfurt, New York, p. 191-205.
34. **1985:** Satul românesc și țărănimia: aspecte demografice. În volumul: Satul românesc. Studii (coordonatori I. Matei și I. Mihăilescu). Editura Academiei Române, p. 65-105.
35. **1986:** The Future Population of Developed Regions and the Question of Ageing. În: Population Growth as a Global Problem. The 5-th International Demographie Seminar. Part 2, 6.Jg., Berichte, Heft 3, p. 56-66.
36. **1986:** Demografia teritorială a României (în colaborare cu I. Hristache). Editura Academiei Române, București, 160 pag.
37. **1986:** Demografie și etnografie (în colaborare cu I. Ghinoiu). Editura Științifică și Enciclopedică, București, 325 pag. Premiul Academiei Române.
38. **1986:** Perspectivele demografice ale României în condițiile revoluției științifice și tehnice. În volumul: Revoluția științifico-tehnică și aplicațiile ei în dezvoltarea socială a României (coordonatori M. Drăgănescu și M. Voiculescu). Editura Politică, București, p. 162-183.
39. **1987:** Schimbări în structura demografică a populației României și semnificația lor economică. Sesiunea științifică jubiliară a Institutului de Cercetări Economice, 25-26 februarie 1983. Volumul I, p. 273-294.
40. **1987:** Anton Golopenția (1909-1951) – eminent statistician și demograf. În volumul: Studii de statistică. Lucrările celei de-a unsprezecea consfătuirii științifice de statistică, 20-22 decembrie 1984. Direcția Centrală de Statistică, București, p. 75-80.
41. **1988:** Acorduri și sincopă în ciclul de viață familială. În volumul: Tineret-Educație-Participare. Două decenii de cercetare științifică și acțiune socială, București, 25-27 mai 1988, C.C.P. T., voi. IV, București, p. 252-275.

42. **1989:** Populația lumii peste 25 de ani. În volumul: Omenirea peste un sfert de secol (coordonatori M. Florescu și C. Murgescu). Editura Politică, București, p. 127-136.
43. **1989:** Populația Terrei: între explozie și implozie. În: Almanahul Korunk 1989, Cluj (lb. maghiară).
44. **1991:** Populația Terrei. Demografie mondială. Editura Științifică, București, 354 pag. (3 recenzii din care 2 în străinătate).
45. **1991:** Genocid și demografie. Editura Humanitas, București (Recenzie în Population, INED, nr.1,1992).
46. **1991:** Calitatea vieții în demografie, în volumul: Calitatea vieții. Teorie și practici. Institutul de Cercetare a Calității Vieții, București, p. 64-75.
47. **1992:** Démographie regionale et démographie différentielle: application à la Roumanie. În volumul: AIDELF, Colloque International de Montréal (7-10 juin 1988). PUF, Paris, p. 599-607.
48. **1992:** Malthus – azi. Studiu introductiv la volumul T. R. Malthus. Eseu asupra principiului populației. Ediție îngrijită și tradusă de Dr. Victor Vasiloiu și Elena Angelescu. Editura Științifică, București, p. 7-13.
49. **Romania 1966-1985** as a Demographic Laboratory. În volumul: Romania, ed. prof. Arthur Hollweg (SUA), 20 pag. + anexe (manuscris).
50. **1993:** Basarabia și Bucovina – aspecte demografice. În volumul: Sub povara graniței imperiale. Studii selectate și îngrijite de Adrian Pop. Editura Recife, București, p. 66-88.
51. **1993:** Indicatorii demografici. În volumul: Dicționar de sociologie (coordonatori Cătălin Zamfir și Lazăr Vlăsceanu). Editura Babei, București, p. 678-709.
52. **1994:** Bucovina. Populația și procesele demografice (1775- 1093). În: Buletinul Centrului de Studii Transilvane. Supliment, iunie, fundația Culturală Română, Cluj-Napoca, 40 pag.+ 3 hărți.
53. **1994:** Geopolitica și demografia în România: Anton Golopenția (1909-1951), Seria: „Discursurile de recepție”, Editura Academiei Române, București, 24 pag.
54. **1994:** Colaborare la „Raportul național privind populația României”, prezentat la Conferința Internațională asupra Populației și Dezvoltării, Cairo, 5-13 septembrie.
55. **1995:** Demografia românească: încotro? în volumul: Populația României. Evoluții și perspective. Lucrările Simpozionului Național din 3-4 noiembrie 1994. Comisia Națională pentru Statistică, București, p. 13-17.
56. **1995:** Pierderile teritoriale ale României în vara anului 1940. Bilanț demografic. I.N.C.E., Centrul de Cercetări Demografice, Centrul de Informare și Documentare Economică. Colecția: Probleme economice, București.
57. **1995:** Dr. Sabin Manuilă, organizatorul statisticii științifice în România. În volumul: Sabin Manuilă. Istorie și demografie. Centrul de Studii Transilvane. Fundația Culturală Română, Cluj-Napoca, p. 7-25.

-
58. **1994:** Poblacion. În: Rumania '95. Vision enciclopedica. Editura – Minerva, București.
 59. **1995:** Probleme spinoase ale demografiei românești. În volumul: Conexiuni. Filosofie-Psihologie-Sociologie, Institutul Național de Informații. Editura INI, București, p. 159-165.
 60. **1995:** Demografie contemporană. I.N.C.E., Centrul de Cercetări Demografice, Centrul de Informare și Documentare Economică, București.
 61. **1995:** Geopolitica și demografia în opera lui Anton Golopenția. În volumul: Anton Golopenția. Restituiri. Editor Ștefan Costea, Editura Ararat, București, p. 92-107.

B. STUDII ȘI ARTICOLE

1. **1965:** Economie, populație, forță de muncă. În: Contemporanul, nr. 24 (974), 11 iunie.
2. **1966:** Demografie și statistică demografică. În: Revista de Statistică, nr. 6.
3. **1968:** Organizarea cercetării științifice în demografie. În: Revista de Statistică, nr. 7.
4. **1969:** Aspecte ale fenomenelor demografice pe tipuri de orașe în România (în colaborare cu I. D. Gîndac și I. Hristache). În: Revista de Statistică, nr. 8.
5. **1970:** Teorii moderne despre populație (I) și (II). În: Revista de Statistică, nr. 8 și 10.
6. **1970:** Modele demoeconomice. În: Revista de Statistică, nr. 12.
7. **1971:** Introducere la o încercare de uniformizare a termenilor demografici. În: Revista de Statistică, nr. 10.
8. **1972:** Îmbătrânirea demografică a populației României. În: Viitorul Social, nr. 1.
9. **1972:** Contabilitatea socială și indicatorii sociali. În: Viitorul Social, nr. 4.
10. **1972:** Reflecții demografice în legătură cu prognoza populației urbane. În: Arhitectura, A 34, 72, anul XX, nr. 3-4 (136).
11. **1973:** Dezvoltarea și creșterea demografică. În: Viața Economică, anul XI, nr. 19 (506), 11 mai.
12. **1973:** Structura demografică a orașelor României (în colaborare cu I. Hristache și I. Measnicov). În: Revista de Statistică, nr. 9.
13. **1974:** Demografia contemporană și problemele sale. Convorbire între prof. Alfred Sauvy (Paris) și prof. Vladimir Trebici. În: Viitorul Social, anul III, nr. 1.
14. **1974:** Tabloul demografic al României. În: Roumanie d'aujourd'hui, nr. 7 (și în versiunile engleză, franceză, rusă și spaniolă).
15. **1974:** Fertilitatea și statutul social al femeii. În: Viitorul Social, nr. 2.
16. **1974:** Impactul creșterii demografice asupra creșterii economice. În: Revista Economică, nr. 9.
17. **1974:** Modelul cibernetic al forței de muncă. În: Studii și Cercetări de Calcul Economic și Cibernetică Economică, nr. 3.
18. **1975:** Urbanizare și demografie diferențială în România (în colaborare). În: Viitorul Social, anul IV, nr. 3.
19. **1975:** Populația ca sistem. În: Studii și Cercetări de Calcul Economic și Cibernetică Economică, nr. 3.
20. **1976:** Creșterea și concentrarea urbană în România. În: Viitorul Social, anul V, nr. 1.
21. **1976:** Interdependența dintre creșterea economică și creșterea demografică. În: Revista Economică, nr. 52.
22. **1977:** Populația României la orizontul anului 1990 (cu I. Hristache). În: Viitorul Social, anul VI, nr. 2.

23. **1978:** Aspecte ale migrației interne și urbanizarea în lumina rezultatelor preliminare ale recensământului din 5 ianuarie 1977 (I. Measnicov). În: Revista de statistică, anul XXVII, nr. 4.
24. **1978:** Tranziția demografică în România. În: Viitorul Social, anul VII, nr. 2.
25. **1979:** Planificarea familiei în perspectivă sociologică. În: Viitorul Social, anul VIII, nr. 79. 26. **1979:** Demografia rurală a României. În: Viitorul Social, anul VIII, nr. 2.
27. **1979:** Nupțialitatea populației României, în: Viitorul Social, anul nr. 4.
28. **1980:** Demografia teritorială a României. În: Viitorul Social, anul nr. 2.
29. **1980:** The Demographic Policy – An Essential Component of Economic and Social Development, în: Revue Roumaine des Sciences Sociales. Serie des sciences économiques. Tome 24, nr. 1.
30. **1981:** Populația României și politica demografică. În: Viitorul Social, anul X, nr. 1.
31. **1981:** Ciclul de viață familială. În Revista Economică, octombrie.
32. **1981:** Dezvoltarea demografiei ca știință în România, în: Viitorul Social, anul X, nr. 81.
33. **1982:** Zona colinar-montană și runele probleme demografice, în: Era Socialistă, nr. 6.
34. **1982:** Ciclul de viață familială. În: Viitorul Social, nr. 2.
35. **1982:** Le développement de la démographie en Roumanie (1859-1980). În: European Demographic Information Bulletin, vol. XIII, nr. 3.
36. **1983:** The Demographic Ageing of the Romanian Population – Causes and Consequences. În: Romanian Journal of Gerontology and Geriatrics, Tom 4, nr. 1.
37. **1983:** Populația stabilă: model matematic și aplicații la populația României. În: Studii și Cercetări de Calcul Economic și Cibernetici Economici, anul XVIII, nr. 4. (și în lb. engleză).
38. **1984:** Model demografic național și submodele regionale. În: Viitorul Social, anul LXXVII, nr. 1.
39. **1984:** The Demographic Ageing of the Romanian Population (II) – Causes and Consequences. În: Romanian Journal of Gerontology and Geriatrics, Tom 5, nr. 1.
40. **1984:** Demografie și istorie: spre o nouă sinteză? În: Revista de Istorie, Tom 37, nr. 5.
41. **1984:** Populația ca resursă limitată. În: Viitorul Social, anul LXXVII, nr. 51.
42. **1986:** Nupțialitatea și modelul cultural. În: Viitorul Social, anul LXXIX, nr. 1.
43. **1986:** Familia, stabilitatea și divorțurile. În: Viitorul Social, anul LXXIX, nr. 5.
44. **1986:** Comportamentul demografic și modelele culturale. În: Contemporanul, nr. 41 (2082).
45. **1987:** Demografie și etnografie: pentru o abordare multidisciplinară a populației. În: Viitorul Social, anul LXXX, nr. 1.

46. **1988:** Demografia între știință și acțiune socială. În: Viitorul Social, anul LXXXI.
47. **1989:** Tendințe demografice mondiale. În: Contemporanul, nr. 2 (2199).
48. **1989:** Demografia între istorie și sociologie. În: Viitorul Social, anul LXXXII, nr. 1.
49. **1989:** Some Psychosocial Aspects of Demographic Ageing: A Case Study. În: Revue Roumaine des Sciences Sociales, nr. 1-2.
50. **1990:** Genocid și demografie. În: Tribuna Economică, nr.5.
51. **1990:** De senectute demographica. În: Tribuna Economică, nr. 9.
52. **1990:** Sistemul demografic față cu economia. În: Tribuna Economică, nr. 10.
53. **1990:** Inegalitate și inechitate demografică. În: Tribuna Economică, nr. 11.
54. **1990:** Demografia românească 1975-1989. În: Sociologia Românească, Serie nouă, nr. 1-2.
55. **1990:** Bucovina. Istorie și demografie (i) și (ii). În: Septentrion, nr. 1 și 2-3.
56. **1991:** Dr. Naftis Sadik. L'état de la population mondiale. UNFPA, New York -1990. În: Sociologia românească, Serie nouă, nr. 3-4.
57. **1991:** Populația României și structura etnică. În: Academica, anul I, nr. 10.
58. **1992:** Populația României și repartiția ei după religie. În: Academica, anul II, nr. 11 (23).
59. **1992:** Octav Onicescu. Statisticianul și demograful. În: Academica, anul II, nr. 10.
60. **1992:** Interferența demografiei cu strategia reformei. Colocviu cu prof. Vladimir Trebici. În: Tribuna învățământului. Revistă săptămânală pentru învățământul preuniversitar, anul II, nr. 42, 26 octombrie 1992
60. **1992:** Interferența demografiei cu strategia reformei. Colocviu cu prof. Vladimir Trebici. În: Tribuna învățământului. Revistă săptămânală pentru învățământul preuniversitar, anul II, nr. 42, 26 octombrie 1992.
61. **1992:** Le génogénisme en tant que politique démographique: le cas de la Roumanie. În: Romanian Journal of Sociology, vol. nr. 1.
62. **1992:** The Demography of the Romanians Outside Romania: Bessarabia and North of Bucovina. În: Revue Roumaine de géographie, Tome 35, p. 3-19.
63. **1993:** Tranziția demografică în România: tendințe noi. În revista: Calitatea Vieții, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, nr. 2/3. 64.1994: Dr. Sabin Manuilă. Omul și epoca sa. În: Academica, anul nr. 6 (42), aprilie 1994. De asemenea, în: Sociologia Românească, Serie nouă, nr. 4.
65. **1994:** Populația Terrei: prezent și perspective. În: Diplomat Club, nr. 7 (31).
66. **1994:** Populația mondială și dezvoltarea durabilă. În: Academica, anul V, nr. 1(49).
67. **1994:** Este necesară o politică demografică în România? în: Revista de Cercetări Sociale, anul I, nr. 2. 68.1995: Academia Română (1989-1994). Aspecte demografice. În Academica, anul V, nr. 5 (53).

-
69. 1995: Cartea de demografie. În: Revista de Cercetări Sociale, anul II, nr. 1.
70. 1995: Cercetarea demografică în România. În: Academica, anul nr. 11 (59).
71. 1995: Evoluția demografică în România: semne de îngrijorare. În: Viața Medicală, nr. 52 (314), anul VII. 72.1995: Commentaria in demographiam: Argumentum. În: Sociologia românească, Serie nouă, nr. 1-2, p. 109-120.
73. 1995: L'apport de l'INED et de POPULATION à la démographie roumaine. Les relations démographiques franco-roumaines. În: Population (INED). 50^e année, nr. 6, novembre-décembre, p. 1387-1396.
74. 1996: Minoritățile naționale din România: prezent și estimăție prospectivă (I). În: Populația României și minoritățile naționale: prezent și perspective, C.I.D.E și Centrul de Cercetări Demografice, p. 5-26.
75. 1996: Cercetarea demografică în România. În: Populația României: încotro? în: Analele I.N.C.E., C.I.D.E., anul VI, vol. 18, nr. 1, p. 35-38.

C. COMUNICĂRI ȘI REFERATE

1. **1966:** Influența procesului de industrializare asupra mobilității sociale. Pe exemplul României (în colaborare cu C. Murgescu, C. Grigorescu și G. Retegan). **Comunicare prezentată la Congresul al VI-lea Mondial de Sociologie**, Evian – Franța 4-11 septembrie.
2. **1969:** Analiza principalelor fenomene demografice în mediul urban în România. **Comunicare la a VII-a consfătuire științifică a D.C.S.**, 11-14 iunie.
3. **1970:** Aspecte demografice ale urbanizării în România. Comunicare la **Congresul al VII-lea Mondial de Sociologie**, Varna (Bulgaria), septembrie.
4. **1972:** Retrospectivă și perspectivă în teoria și tehnica prognozei demografice. **Comunicare la a III-a Conferință Mondială de Cercetare a Viitorului**, București, 4-10 septembrie.
5. **1974:** Introducere la problemele populației: puncte de vedere divergente (lb. franceză). **Comunicare la Tribuna Populației**, 19 august, București. (Simpozion Internațional: S. Chandrasekaran, C. A. Miro, L. Tabah, O. Cabello, Fr. Jaffe).
6. **1975:** Population as a System. **Comunicare la al III-lea Congres Internațional de Cibernetică și Sisteme**, București, 25-29 august.
7. **1976:** Probleme actuale ale demografiei orașelor. **Comunicare la Colocviul al V-lea Național de Geografie a Populației și Așezărilor**, Iași, 17-20 decembrie.
8. **1977:** Metode noi în prognoza demografică. Comunicare la **Sesiunea științifică a cadrelor didactice de la Academia de Studii Economice**, 6 mai.
9. **1976:** Principles of the Application of Demographic Data to Development Planning. **Seminar internațional**, Damasc – Siria, 16-20 septembrie.
10. **1978:** International Migration and Urbanization in Romania 1948-1977. **Third European Seminar ECPS**, Belgrade, 26-29 septembrie.
11. **1979:** Nuptiality and Fertility of the Urban Population in the Frame of an Intensive Village-to-town Migration in Romania (1966-1978), **4th European Population Seminar ECPS**, Atheris, 2-5 october;
12. **1980:** Quantity and Quality in the Concept of Human Resources. **Comunicare la al VI-lea Congres Mondial al Economisților**, Ciudad de Mexico, 4-8 august.
13. **1980:** Nuptiality and Demographic Transition in Romania. **Comunicare la III Internationales Demographisches Symposium**, Universitatea Humboldt din Berlin, octombrie.
14. **1980:** La situation démographique de la Roumanie. **Comunicare la Colloque sur les politiques de population**, INED, Paris, 3 decembrie.

15. **1981:** Role de la fécondité et de la mortalité dans l'évolution différentielle de la population en Roumanie. **Comunicare la Simpozionul „Demographie et destin des sous-populations”**, AJDELF, Lidge, 21-23 septembrie.
16. **1981:** Le cycle de la vie familiale. Comunicare la Seminarul International „**Droit-Famille-Developpement**”, 14-16 octobrie, Bucarest.
17. **1982:** Änderungen in der Alterstruktur der Bevölkerung Rumäniens und ihre wirtschaftlichen Folgen. **Comunicarea pentru Sudosteuropa-Gesellschaft, München**, 28 septembrie.
18. **1984:** The Future of Developed Regions and the Question of Ageing. **Comunicare la V Internationales Demographisches Symposium**. Universitatea Humboldt din Berlin, 21 noiembrie.
19. **1985:** The Changing Relationship between Socio-economic Characteristics and Demographic Behaviour. Overview of Discussant. **Comunicare la Congresul al XX-lea al Uniunii Internaționale pentru Studiul Științific al Populației**, Florența/ 6 iunie.
20. **1986:** Cultural Model and Regional Demographic Patterns in the Light of Demography. *The VIIth International Demographic Seminar*, 28 octombrie.
21. **1987:** John Graunt – întemeietorul demografiei. **Comunicare la Simpozionul Laboratorului de demografie istorică al Universității din București**, 1 iulie.
22. **1987:** Le modèle nuptial roumain dans le contexte européen. Comunicare la **Conferința europeană de demografie**, Jyväskylä, Finlanda, 11-16 iunie.
23. **1988:** Démographie regionale et démographie différentielle: application à la Roumanie. **III^e Colloque de l'AJDELF**, Montréal, Canada, 7-10 iunie .
24. **1989:** Familia în condițiile îmbătrânirii demografice. **Comunicare la Centrul de Cercetări Sociologice**, București.
25. **1989:** Some Psycho-social Aspects of Demographic Ageing: a Case Study. **Comunicare la Congresul al XXI-lea al Uniunii Internaționale pentru Studiul Științific al Populației**, New Delhi, India, 20-27 septembrie .
26. **1990:** Subminarea economiei naționale și populația. Aspecte demografice, 19 noiembrie. **Studiu pentru Institutul Național de Cercetări Economice**.
27. **1991:** „S-a încheiat tranziția demografică în România?” **Sesiunea științifică a Institutului de Sociologie al Academiei Române**, 21 februarie.
28. **1991:** The Ethnic Demography of Romania. Simpozionul româno-american privind relațiile interetnice, **Academia Română și IREX**, Bucharest, 17 iunie.
29. **1991:** La démographie ethnique de la Roumanie. **Coloque franco-roumain d'ethnologie**, Bucarest, 4 iulie.
30. **1991:** Considerații demografice asupra vârstei a patra. Sesiunea Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie, **26 septembrie**.
31. **1991:** Génogénisme en tant que politique démographique: le cas de la Roumanie. **Congres européen de démographie**. INED, UIESP, EASP, Paris, 21-25 octombrie.

32. **1992:** Cadrul demografic al tranziției. **Institutul de Cercetare a Calității Vieții**, ianuarie și martie.
33. **1992:** Demografia comparativă a României și Basarabiei. **Institutul de Cercetare a Calității Vieții**, 6 iulie.
34. **1992:** Demografia în România: trecut, prezent și viitor. **Zilele academice clujene**, 12 octombrie, Cluj-Napoca.
35. **1992:** Dinamica comportamentelor demografice în România în anii 1983-1992. **Institutul de Cercetare a Calității Vieții, în colaborare cu Institutul de Filozofie al Academiei Române.**
36. **1993:** Îmbătrânirea Demografică a populației României, în lumina noilor date. **Institutul de Cercetare a Calității Vieții**, 19 noiembrie.
37. **1994:** Dr. Sabin Manuila (1894-1964): Omul și epoca sa. **Sesiunea Academiei Române**, 7 martie .
38. **1994:** Familia între demografie și sociologie. **Sesiunea Institutului de Cercetare a Calității Vieții**, 12 mai.
39. **1994:** Populația mondială: prezent și perspective. Casa Oamenilor de Știință, 11 iulie .
40. **1994:** Fertilitatea și modele culturale. **Sesiunea Institutului de Cercetare a Calității Vieții**, 19 decembrie.
41. **1995:** Probleme spinoase ale demografiei românești. **Sesiunea Institutului Național de Informații**, 17 martie.
42. **1995:** Satul românesc între tradiție și modernitate. **Sesiunea Academiei de Științe Agricole și Silvicultură**, 24 martie.
43. **1995:** Pierderile teritoriale ale României în vara anului 1940. Bilanț demografic. **Simpozionul Național Academia Română, MAE, M.Ap. N**, 30 august.
44. **1995:** Die Theologische Fakultät an der Czernowitzer Universität. Sesiunea „**120 de ani de la înființarea Universității din Cernăuți**”, 3 octombrie, Cernăuți.
45. **1995:** Situația demografică actuală și copiii. **Sesiunea UNICEF**, 12 decembrie.
46. **1995:** Cercetarea demografică în România, **Sesiunea Centrului de Cercetări Demografice, Aula Academiei Române**, 18 decembrie .

D. VARIA

Conferințe și lecturi pe teme de demografie

Emisiuni la radio și televiziune

Conferințe pe teme de istorie și cultură

Conducător la teze de doctorat în specialitățile „Statistica social-economică” și „Demoeconomie”.

E. TRADUCERI

Roland Pressat. Analiza demografică. Traducere (cu Vasile Ghețău), note și introducere de Vladimir Trebici. Editura Științifică, București, 1974.



**INSTITUTUL NAȚIONAL
DE
CERCETĂRI ECONOMICE**

**ANALE
NR. 4/1996**



**CENTRUL DE INFORMARE
ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ
BUCUREȘTI**

**ACADEMIA ROMÂNĂ
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE**

ANALE

**INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI
ECONOMICE**

CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ

Comunicări prezentate la
Colocviul internațional al
Asociației Internaționale a Demografilor
de limbă franceză (A.I.D.E.L.F.),
Sinaia, 3–6 septembrie 1996.

CUPRINS

| | |
|---|-----|
| CUVÂNT ÎNAINTE | 131 |
| ASPECTE ALE MORTALITĂȚII MATERNE ÎN ROMÂNIA, ÎN ULTIMII 10 ANI..... | 133 |
| Silvia FLORESCU, Ion POPA, Nicolae CONSTANTINOVICI | |
| Obiective | 133 |
| Metodă..... | 133 |
| Rezultate | 133 |
| Concluzii..... | 136 |
| INFLUENȚA POLITICILOR NATALISTE ASUPRA CALITĂȚII BIOLOGICE A NOU-NĂSCUTULUI, ÎN ROMÂNIA, ÎNTRE 1989 ȘI 1994..... | 148 |
| Cristiana GLAVCE, Irina POPESCU | |
| Concluzii..... | 165 |
| Bibliografie | 167 |
| EFACTELE DECESELOR EVITABILE ASUPRA SPERANȚEI DE VIAȚĂ LA NAȘTERE, ÎN ROMÂNIA..... | 168 |
| Valentina MIHĂILĂ, Maria BĂDULESCU, Dan ENĂCHESCU | |
| Metoda..... | 170 |
| Rezultate | 171 |
| Concluzii..... | 173 |
| PERSPECTIVE ALE MORTALITĂȚII, PE CAUZE DE DECES, ÎN ROMÂNIA.... | 175 |
| Cornelia MUREȘAN | |
| I. România în context internațional..... | 175 |
| II. Evoluția structurii mortalității | 180 |
| III. Natura crizei din anii 1991–1994 | 186 |
| IV. Perspective ale mortalității pentru anul 2000..... | 189 |
| Bibliografie | 193 |
| MODIFICĂRI ÎN NIVELUL ȘI EVOLUȚIA MORTALITĂȚII INFANTILE ÎN ROMÂNIA..... | 194 |
| Silvia FLORESCU, Ion POPA, Dan ENĂCHESCU | |
| Introducere | 194 |
| Material și metode | 194 |

| | |
|--|-----|
| Rezultate | 196 |
| Concluzii..... | 199 |
| Bibliografie | 200 |
| MORTALITATEA INFANTILĂ – O SFIDARE PENTRU ROMÂNI – REZULTATE ALE UNOR CERCETĂRI SOCIODEMOGRAFICE ÎN JUDEȚUL CONSTANȚA..... | 201 |
| Ana Rodica STAICULESCU BREZEANU | |
| CRONICA DE LA SINAIA | 207 |
| IONICA BEREVOESCU | |

CUVÂNT ÎNAINTE

Colocviul Internațional al Asociației Internaționale a Demografilor de Limbă Franceză (A.I.D.E.L.F.), care a fost găzduit de țara noastră, la Sinaia, între 3 și 6 septembrie 1996, are pentru demografia românească o semnificație aparte. Dacă pentru A.I.D.E.L.F. el este al șaptelea la număr de la înființarea asociației în 1977, pentru demografia românească este primul. Dacă sociologia, economia, dreptul au cunoscut, de-a lungul anilor, numeroase manifestări internaționale organizate în România – amintim recentul Congres Internațional de Sociologie Rurală (București, iulie 1996), în schimb, demografia nu s-a bucurat de un asemenea privilegiu. Explicații există, desigur dar nu este cazul să amintim cauzele principale ale acestei rămâneri în urmă a demografiei românești. Ar putea fi invocată „netrebnicia” (în sensul lui Noica) a demografilor români, de altfel foarte puțini la număr.

Fiind prima manifestare demografică internațională din România, Colocviul de la Sinaia mai are și o altă însemnătate: din cele aproape 70 de comunicări, un număr de 7 aparțin colegilor români, 6 dintre acestea formează conținutul volumului al treilea din „Bibliotheca Demographica”, pe care îl oferim cititorilor.

Tematica lor se înscrie titlului colocviului „Morbiditate și mortalitate”. Prin urmare, ele se referă la mortalitatea generală, la mortalitatea infantilă, la mortalitatea perinatală, la mortalitatea maternă, scoțând în evidență particularitățile acestor fenomene în România. Mass-media din România a adus la cunoștința specialiștilor, a marelui public, tendințele negative ale mortalității și morbidității din România, înregistrate în special în perioada de tranziție. Unele sunt expresia unor acumulări din perioada totalitarismului comunist; altele sunt noi, având drept cauză factorii social-economici negativi, ca și deficiențele sistemului sanitar. Trebuie să subliniem, nu fără satisfacție, că analizele cuprinse în comunicările din volum sunt obiective, efectuate cu metode clasice și moderne, în spiritul unei autentice responsabilități științifice, formulând concluzii utile pentru deciziile viitoarei strategii și politici demografice și sanitare.

Din lectura volumului se va remarca faptul ca autorii studiilor aparțin unor discipline diferite, toate însă având contingență cu demografia. Printre ei sunt sociologi, antropologi, medici, matematicieni, statisticieni, așa cum cere caracterul multidisciplinar și interdisciplinar al studiului populației. Ei vin din institute de cercetare și din învățământul universitar, ceea ce este un fapt îmbucurător. Să mai spunem că, la Colocviul de la Sinaia, aceste comunicări, prezentate în limba franceză, au prilejuit discuții colegiale cu numeroșii specialiști străini, bucurându-se de aprecieri.

Suntem încredințați că mesajul acestor studii va fi receptat așa cum se cuvine și de către cititorii români, care vor găsi subiecte de reflecție și temeuri pentru propriile lor cercetări.

Publicarea acestui volum – ca și a celor anterioare – nu ar fi fost cu puțință fără contribuția entuziastă și competentă a colegilor de la Centrul de Informare și Documentare Economică al Institutului Național de Cercetări Economice, a domnului director Valeriu Ioan-Franc, căruia îi aducem caldele noastre mulțumiri.

Acad. VLADIMIR TREBICI,
Directorul
Centrului de Cercetări Demografice
al Academiei Române

ASPECTE ALE MORTALITĂȚII MATERNE ÎN ROMÂNIA, ÎN ULTIMII 10 ANI

Silvia FLORESCU, Ion POPA,
Niculae CONSTANTINOVICI,

Obiective

Studiul prezent, bazat pe datele mortalității materne prin avort și risc obstetrical pe grupe de vârstă, pe cauze specifice de deces, pe județe, din ultimii 10 ani, în România, furnizate de Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, își propune:

- să evalueze tendința ratelor de mortalitate;
- să compare indicii standardizați ai mortalității prin avort și prin cauze asociate nașterii și lăuziei, înainte și după modificarea legislației avorturilor;
- să evalueze anii de viață potențiali, pierduți de femei;
- să evalueze influența datorată deceselor, prin cauzele enunțate, asupra speranței de viață la naștere.

Metodă

Studiu descriptiv retrospectiv asupra distribuției spațiale și temporale a mortalității prin patologie asociată sarcinii, nașterii și lăuziei, în România.

Rezultate

Dinamica mortalității prin avort, în funcție de grupa de vârstă, în perioada 1985–1994, relevă că: în fiecare an calendaristic, ratele de mortalitate specifică după grupa de vârstă, pentru avort, au tendință de creștere, pe măsură ce grupa de vârstă este mai mare; la fiecare grupă de vârstă în parte se remarcă scăderea nivelului ratelor după anul 1989; la grupele de vârstă 35–39 și 40–44 se remarcă o creștere după 1993 (graficul nr. 1).

Regresia și corelația mortalității prin avort după grupa de vârstă, în România, în anii 1989 și 1994, arată că: prin aplicarea regresiei lineare între grupa de vârstă (variabila independentă) și **mortalitatea specifică pentru avort după vârstă** (variabila dependentă) rezultă ecuația $y = -5,67 + 0,29 x$, $r = 0,95$, $p < 0,001$ pentru 1989 și $y = -6,09 + 0,27 x$, $r = 0,81$, $p < 0,001$ pentru 1994, ceea ce înseamnă că, pe măsura **avansării în vârstă cu câte 5 ani, se**

așteaptă o creștere a mortalității prin avort cu 0,29 în 1989 și cu 0,27 în 1994 (graficul nr. 2).

S-au calculat **ratele specifice de mortalitate pentru fiecare an, pentru următoarele categorii de avort: avortul spontan, avortul provocat, sarcina extrauterină și complicații ale avorturilor**. Pentru avortul spontan și sarcina extrauterină, ratele de mortalitate se mențin aproximativ la același nivel, înainte și după 1989. Pentru avortul provocat și complicațiile avortului se remarcă reducerea marcantă a ratelor de mortalitate după 1989 (graficul nr. 3).

Evoluția mortalității prin avort provocat, după grupa de vârstă, în România, în perioada 1985–1994, indică tendința descrescătoare a ratelor după 1989; ratele de avort provocat cresc pe măsura avansării în grupa de vârstă (graficul nr. 4).

Evoluția ratelor de mortalitate prin complicații ale avorturilor, după grupa de vârstă, în perioada 1985–1994, în România, arată că, după o creștere înregistrată în perioada 1990–1991, la grupele de vârstă 40–44 și 45–49 se remarcă o tendință de creștere a nivelului ratelor (graficul nr. 5).

Structura deceselor prin avort, după categoriile de avort (mola hidatiformă, avortul legal, avortul spontan, avortul provocat, sarcina extrauterină, complicațiile avortului) în România, în perioada 1989–1994, arată că decesele cauzate de avortul provocat reprezintă majoritatea deceselor prin avort (graficul nr. 6).

În continuare, s-au figurat **ratele de mortalitate prin avort la 1000 de născuți vii**, în județele României, pentru anul 1994: se constată disparități între județe în ceea ce privește nivelul de mortalitate (graficul nr. 7).

Distribuția spațială a RSM – raportul standardizat al mortalității prin avort în România, în 1994, este reprezentată în graficul nr. 8.

Dinamica mortalității prin risc obstetrical după grupele de vârstă, în perioada 1985–1994, este reprezentată în graficul nr. 9; arată că mortalitatea la femeile aparținând grupei de vârstă 35–39 și 40–44, după câteva variații în perioada 1989–1992, se situează la un nivel mai ridicat decât înainte de 1989.

Regresia și corelația pentru mortalitatea prin risc obstetrical, după grupa de vârstă, în România, în anii 1989 și 1994, arată că aplicarea regresiei lineare pentru studiul mortalității prin risc obstetrical după grupa de vârstă, în anii citați, pune în evidență, în 1989, $y = -0,88 + 0,045 x$, $r = 0,90$, $p = 0,001$ și în 1994, $y = -1,18 + 0,058 x$, $r = 0,80$, $p = 0,001$, ceea ce arată că la avansarea în vârstă cu 5 ani se așteaptă o creștere a mortalității prin risc obstetrical cu 0,045 în 1989 și cu 0,058 în 1994 (graficul nr. 10).

Dinamica mortalității prin risc obstetrical, pe cauze de deces, în perioada 1985–1994, în România, este figurată în graficul nr. 11. S-au calculat ratele de mortalitate pentru următoarele cauze: **hemoragia ante și postpartum, toxemia, complicațiile nașterii, complicațiile lăuziei**; cele mai ridicate se înregistrează pentru complicațiile nașterii și ale lăuziei. Se observă

totodată că ratele de mortalitate pentru diverse entități ale riscului obstetrical nu au înregistrat variații notabile legate de legislația avortului.

Dinamica mortalității prin risc obstetrical după momentul decesului, în perioada 1985–1994, în România, arată că ratele de mortalitate în timpul lăuziei sunt cele mai înalte (graficul nr. 12).

Structura deceselor prin risc obstetrical, după vârsta sarcinii la momentul luării în evidență de către unitățile sanitare: o proporție însemnată de decese se observă că aparține femeilor neluate în evidență, ca și celor luate în evidență în lunile 4–6 (graficul nr. 13).

Structura deceselor prin risc obstetrical după cauza de deces, luând în considerație **sindromul hemoragic, sindromul toxemic, sindromul infecțios** și alte cauze, arată ponderea importantă pe care o are sindromul hemoragic (graficul nr. 14).

Distribuția spațială a ratelor de mortalitate prin risc obstetrical, în județele României, în 1994, relevă disparitățile care există între județe (graficul nr. 15). S-a procedat la următoarea standardizare: ținând cont de faptul că în fiecare județ există un anumit număr de născuți vii, s-au calculat **decesele așteptate prin avort, în fiecare județ**, pornind de la premisa că în fiecare județ s-ar muri prin avort cu aceeași intensitate cu care se moare în țară.

Supramortalitate prin avort se înregistrează în următoarele județe: Galați (108), Vrancea (110), Teleorman (112), Timiș (116), Maramureș (188), Alba (119), Prahova (121), Botoșani (123), Municipiul București (133), Harghita (138), Ialomița (141), Brăila (146), Giurgiu (160), Vâlcea (164), Argeș (179), Hunedoara (184), Olt (185), Buzău (185), Dâmbovița (208), Arad (217), Constanța (251).

Pornindu-se de la premisa că în fiecare județ s-ar muri prin **risc obstetrical** cu aceeași intensitate cu care se moare la nivelul țării, s-au calculat decesele așteptate în fiecare județ și, implicit, raportul standardizat al mortalității.

Distribuția spațială a RSM – raportul standardizat al mortalității prin risc obstetrical, în România, în anul 1994, este reprezentată în graficul nr. 16. S-a înregistrat supramortalitate în următoarele județe: Prahova (104), Dolj (112), Harghita (118), Călărași (119), Argeș (122), Galați (123), Constanța (123), Bihor (125), Cluj (128), Brașov (159), Gorj (183), Vâlcea (187), Mureș (200), Iași (205), Buzău (238), Caraș-Severin (247), Suceava (265), Giurgiu (274).

Evoluția ratelor anilor potențiali de viață pierduți prin risc obstetrical și prin avort, în România, în perioada 1990–1994, indică o tendință de creștere mai accentuată pentru avort (graficul nr. 17).

Aplicând **metoda ORDOPT**, se ordonează județele țării după o variabilă rezultantă care ține seama de următorii indicatori: mortalitatea prin risc obstetrical, prin avort, natalitatea, mortinatalitatea și alocarea de medici ginecologi (graficul nr. 18). Unele se situează în zona de normalitate, altele în situație favorabilă sau, respectiv, defavorabilă.

Distribuția teritorială, după variabila ORDOPT, este următoarea: **SITUAȚIE DEFAVORABILĂ**: SATU MARE, DÂMBOVIȚA, CONSTANȚA, GORJ, SUCEAVA, CĂLĂRAȘI, PRAHOVA, TELEORMAN, ARGEȘ, GALAȚI, HARGHITA, VÂLCEA, GIURGIU, BUZĂU.

Aplicând **metoda CLUSTER** după aceiași indicatori, se constituie 5 categorii de cluster, clusterul 1 reprezentând situația cea mai favorabilă, în timp ce clusterul 5 reprezintă situația total defavorabilă (graficul nr. 19).

CLUSTER 5 – SITUAȚIE TOTAL DEFAVORABILĂ: VÂLCEA, GIURGIU, BUZĂU.

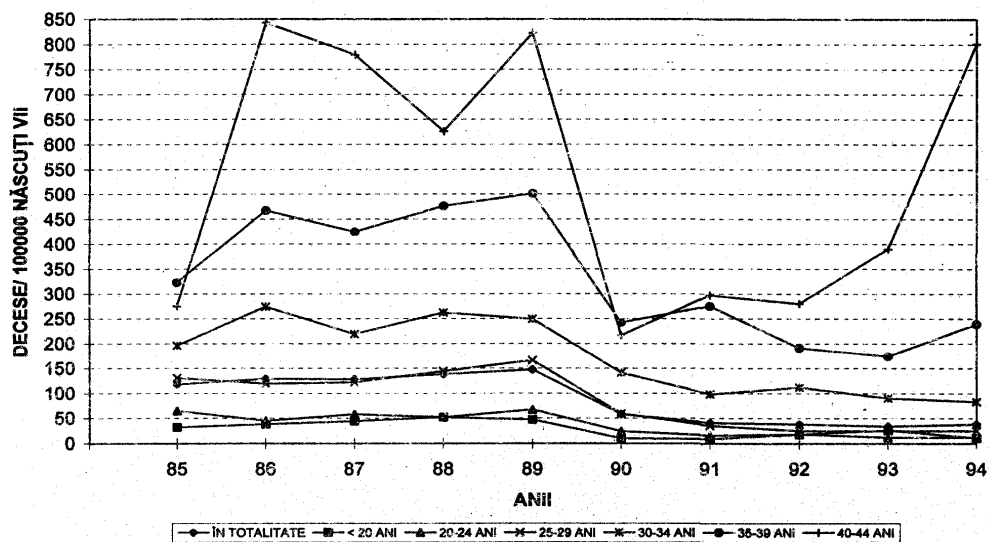
S-a calculat **speranța de viață la naștere** în ipoteza eliminării deceselor prin risc obstetrical, cu condiția păstrării riscurilor competitive de deces (graficul nr. 20).

Concluzii

Studiul, bazat pe date furnizate de Centrul de calcul, statistică sanitară și documentare medicală referitoare la mortalitatea prin avort și risc obstetrical pe grupe de vârstă, pe județe, în ultimii 10 ani, în România, arată distribuția temporală, spațială și legată de caracteristici personale a acestui fenomen.

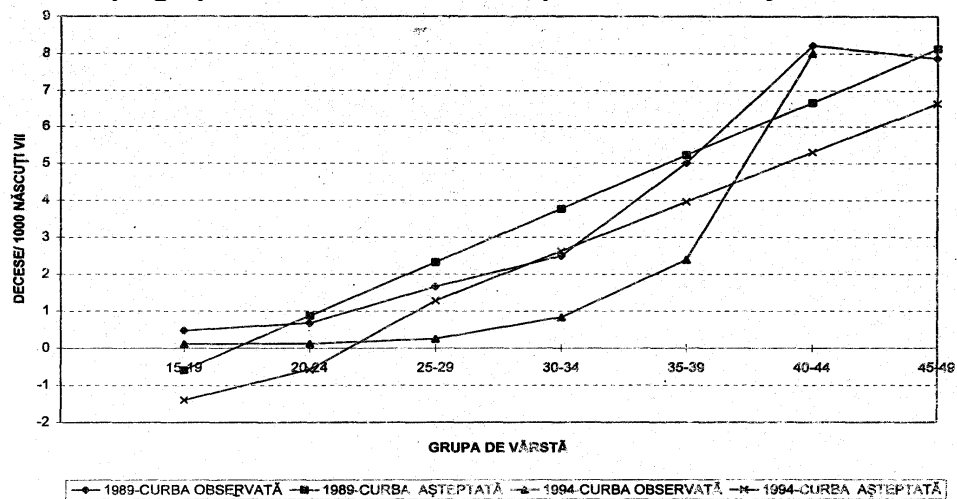
Lucrarea demonstrează fluctuațiile nivelului înainte și după 1989 și, mai precis, implicațiile legislației referitoare la avort înainte și după 1989 asupra mortalității materne.

Grafic nr. 1. Dinamica mortalității prin avort, pe grupe de vârstă, în România, între anii 1985-1994



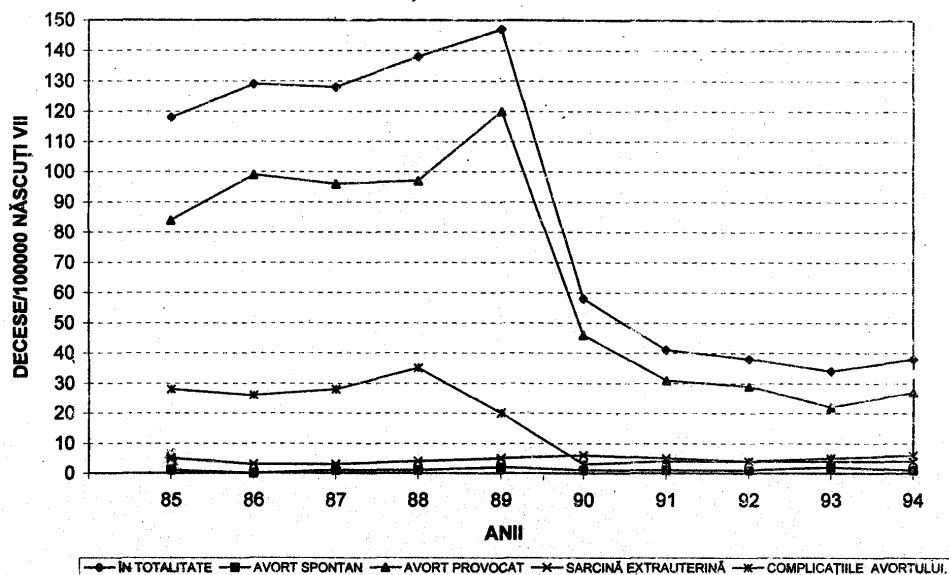
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 2. Regresia și corelația mortalității prin avort, pe grupe de vârstă, în România, pentru anii 1989 și 1994



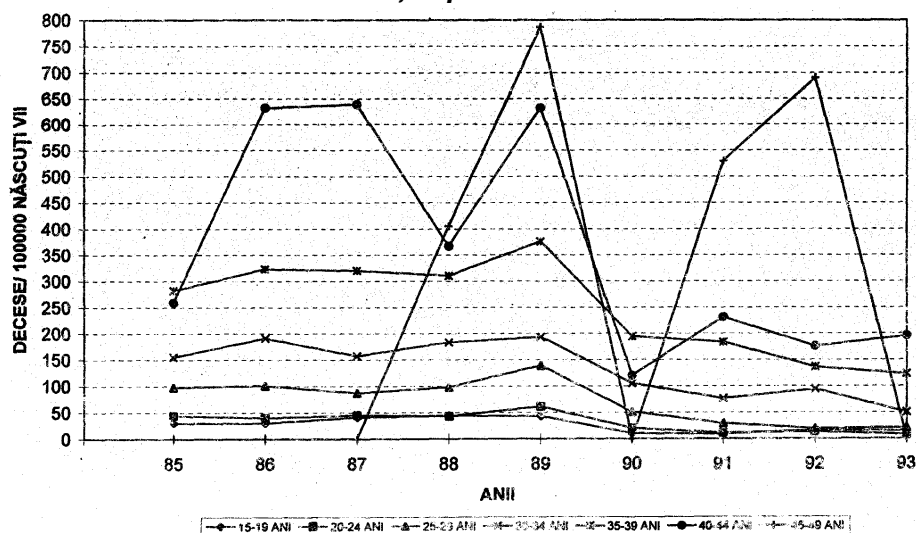
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 3. Dinamica mortalității prin diferite categorii de avort în România, între anii 1985-1994



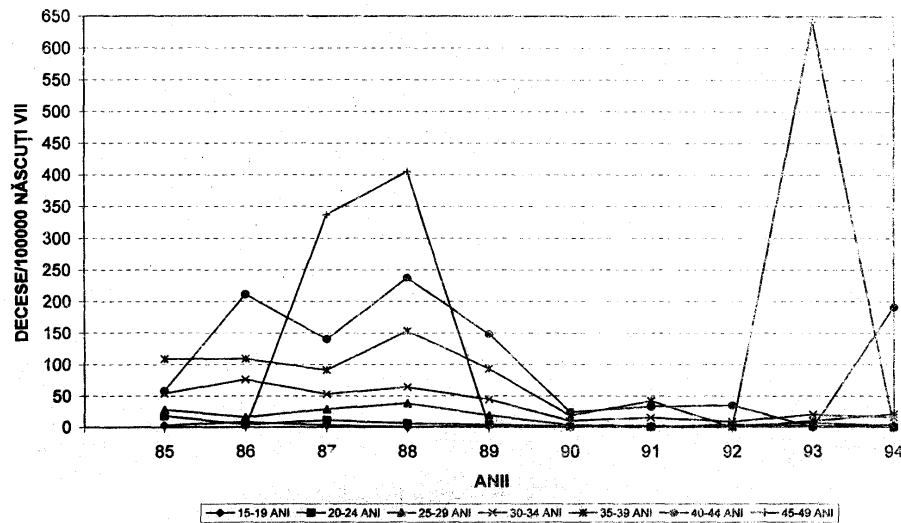
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 4. Evoluția mortalității prin avort provocat, pe grupe de vârstă, în România, în perioada 1985-1994



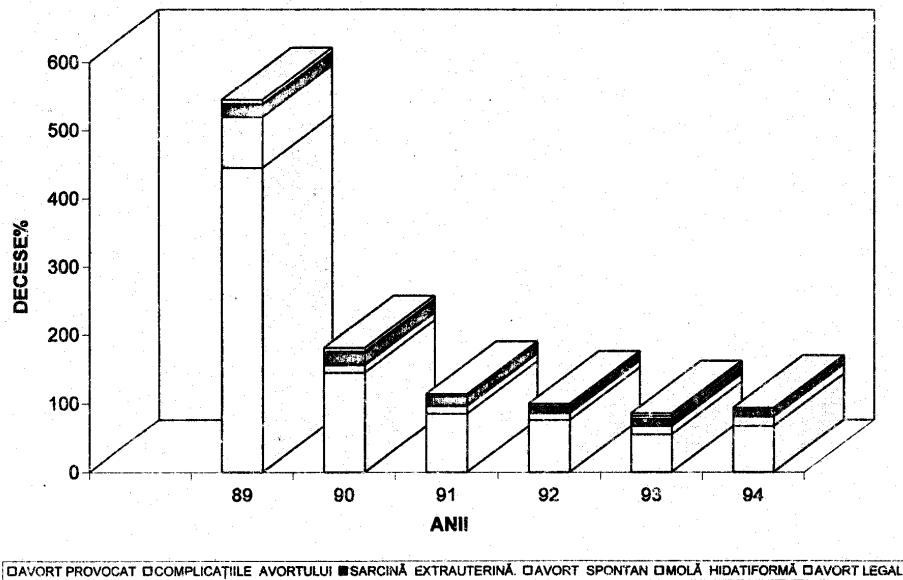
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 5. Evoluția mortalității prin complicații ale avortului, pe grupe de vârstă, în România, în perioada 1985-1994



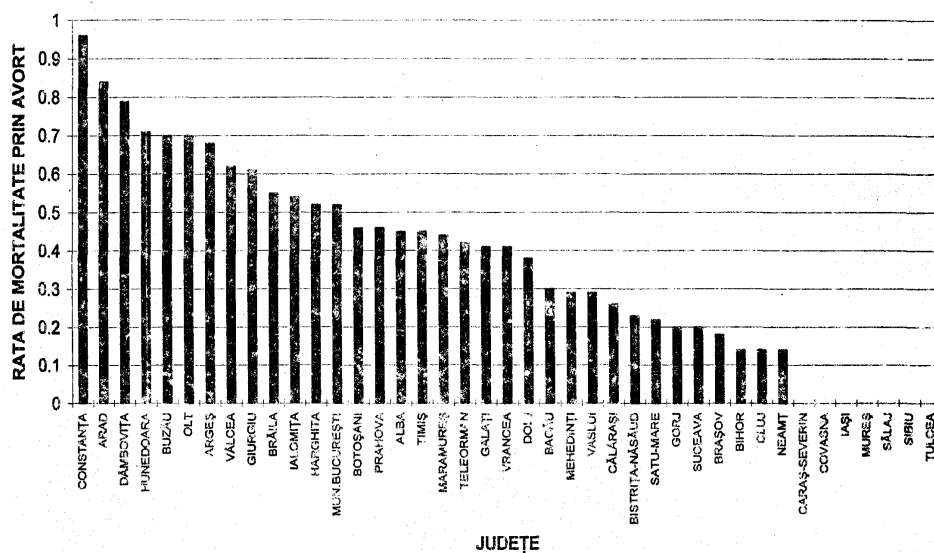
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 6. Structura deceselor prin diferite categorii de avort, în România, în 1989-1994

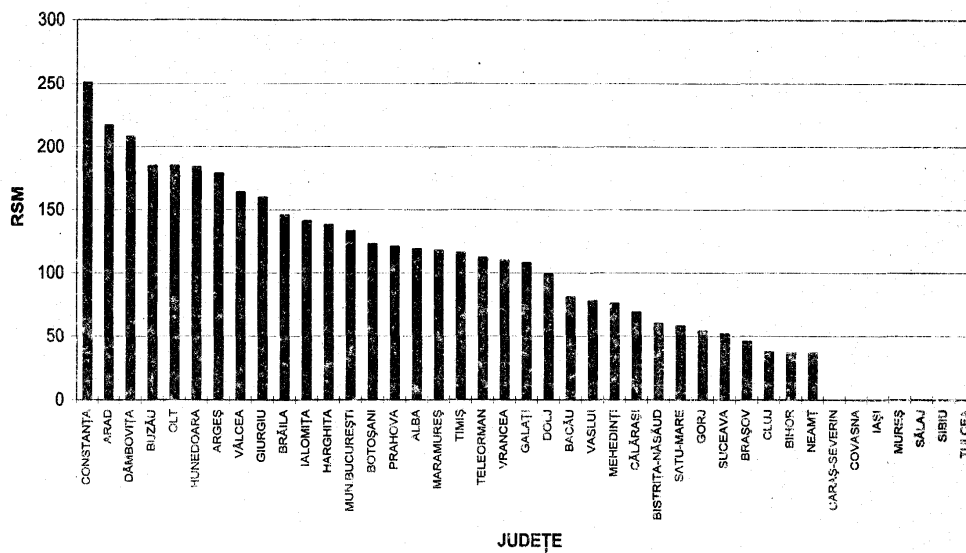


Sursa: C.C.S.S.D.M.

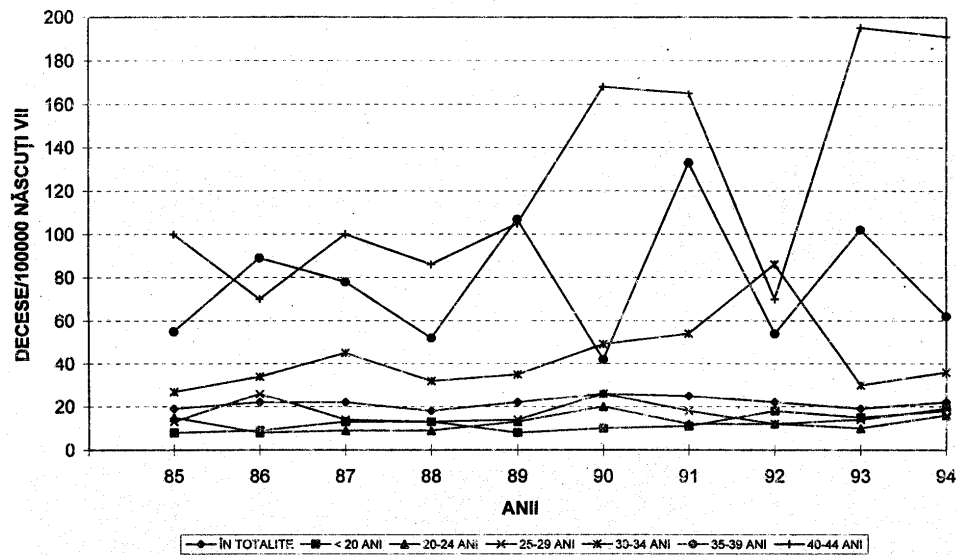
Grafic nr. 7. Mortalitatea prin avort în județele României, în 1994 – decese/1000 născuți vii



Grafic nr. 8. Raportul standard al mortalității prin avort, în județele României, în 1994

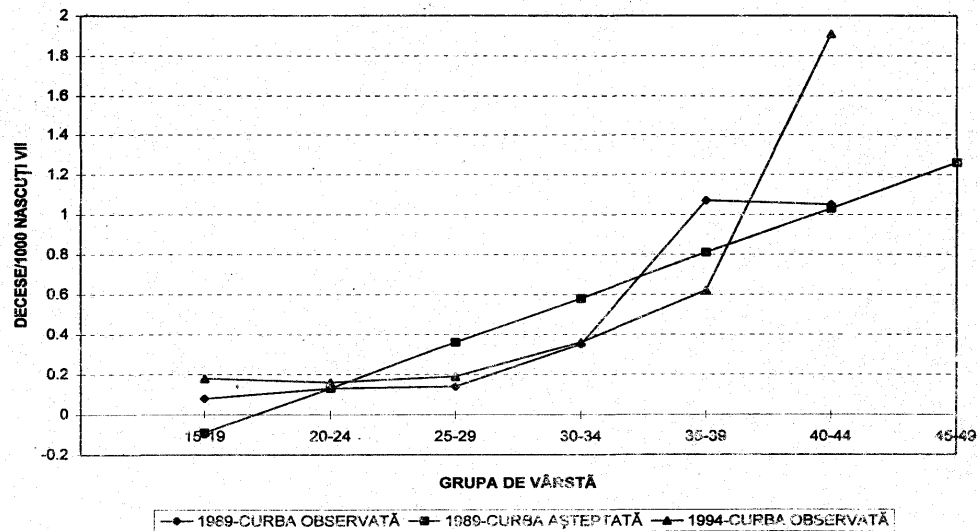


Grafic nr. 9. Dinamica mortalității prin risc obstetrical, pe grupe de vârstă, în România, în 1985-1994



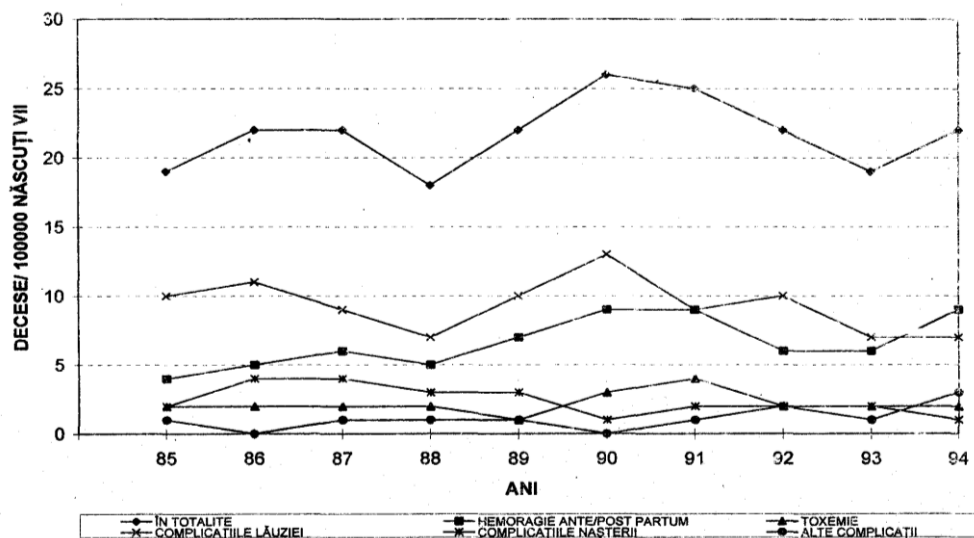
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 10. Regresia și corelația mortalității prin risc obstetrical, pe grupe de vârstă, în România, pentru 1989 și 1994



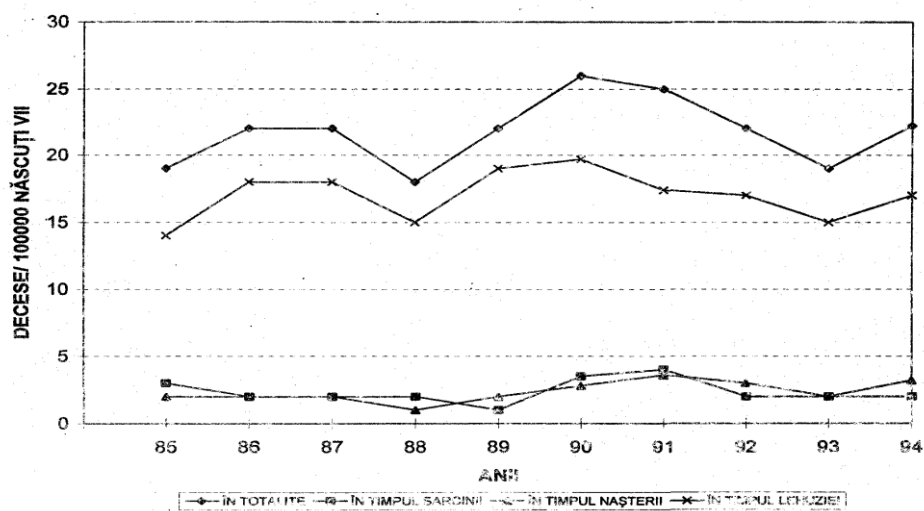
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 11. Dinamica mortalității prin risc obstetrical, pe cauze, în România între anii 1985-1994



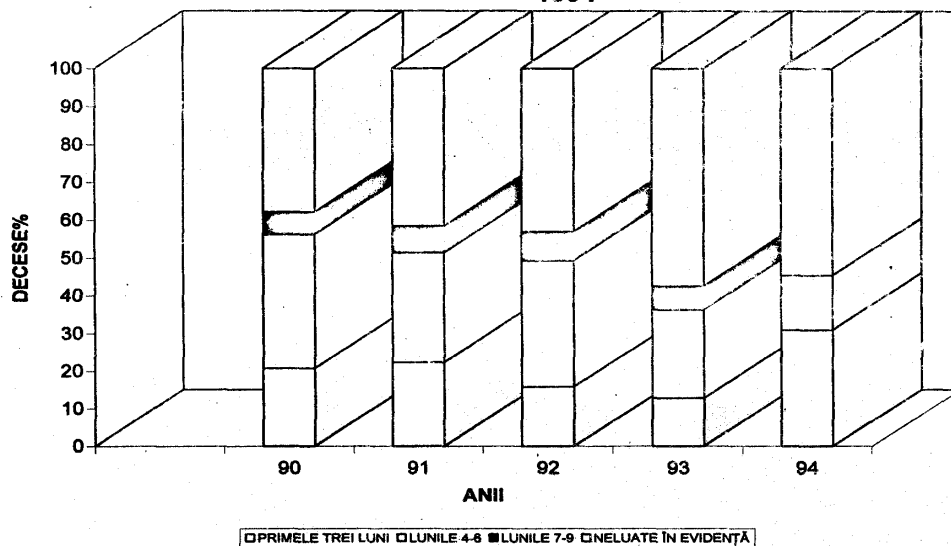
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 12. Dinamica mortalității prin risc obstetrical, pe cauze, în România între anii 1985-1994



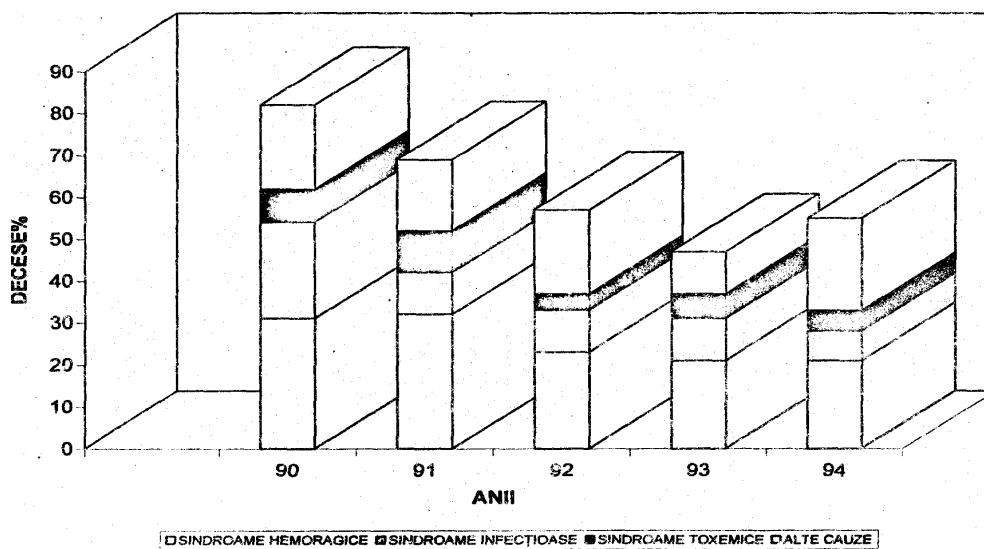
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 13. Decesele prin risc obstetrical, în funcție de vârsta sarcinii, la momentul luării în evidență, în România, în perioada 1990-1994



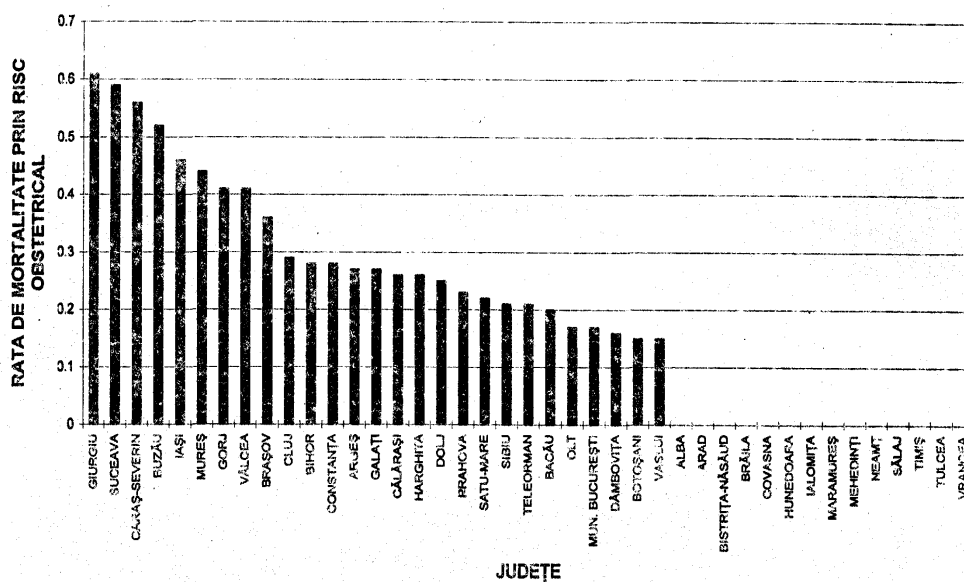
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 14. Structura deceselor prin risc obstetrical, în funcție de cauze, în România, între anii 1990-1994

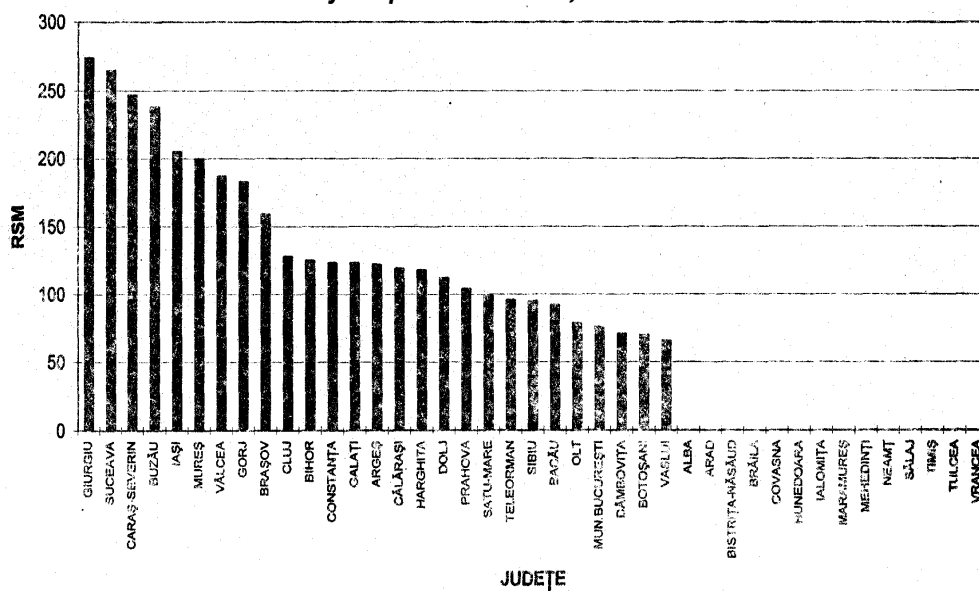


Sursa: C.C.S.S.D.M.

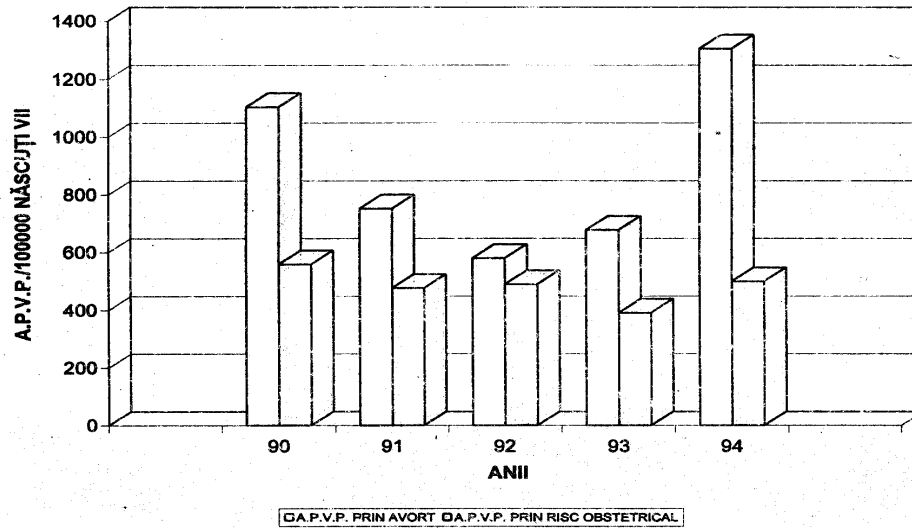
Grafic nr. 15. Mortalitatea prin risc obstetrical, în județele României, în 1994 – decese/1000 născuți vii



Grafic nr. 16. Raportul standardizat al mortalității prin risc obstetrical, în județele României, în 1994

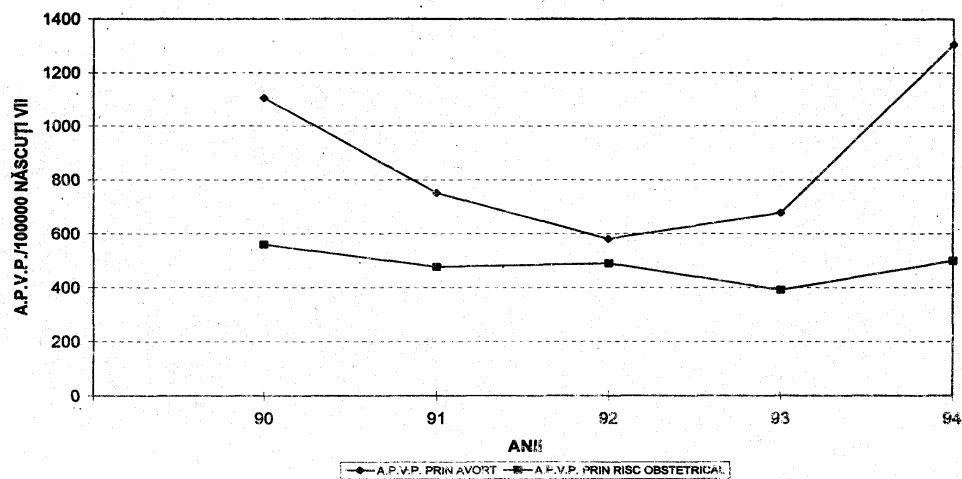


Grafic nr. 17. Evoluția ratelor A.P.V.P. datorită riscului obstetrical și avortului, în România, între anii 1990-1994



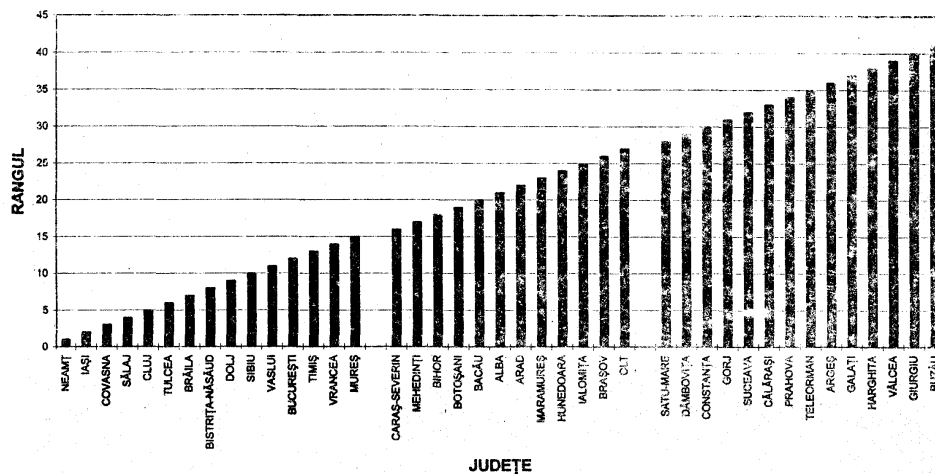
Sursa: C.C.S.S.D.M.

Grafic nr. 17 bis. Evoluția ratelor A.P.V.P. datorită riscului obstetrical și avortului, în România, între anii 1990-1994

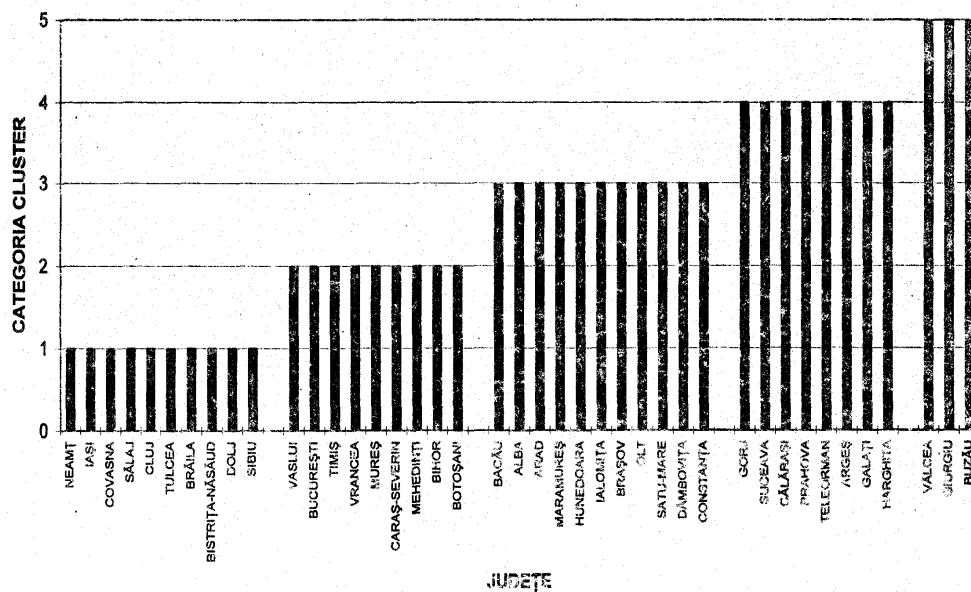


Sursa: C.C.S.S.D.M.

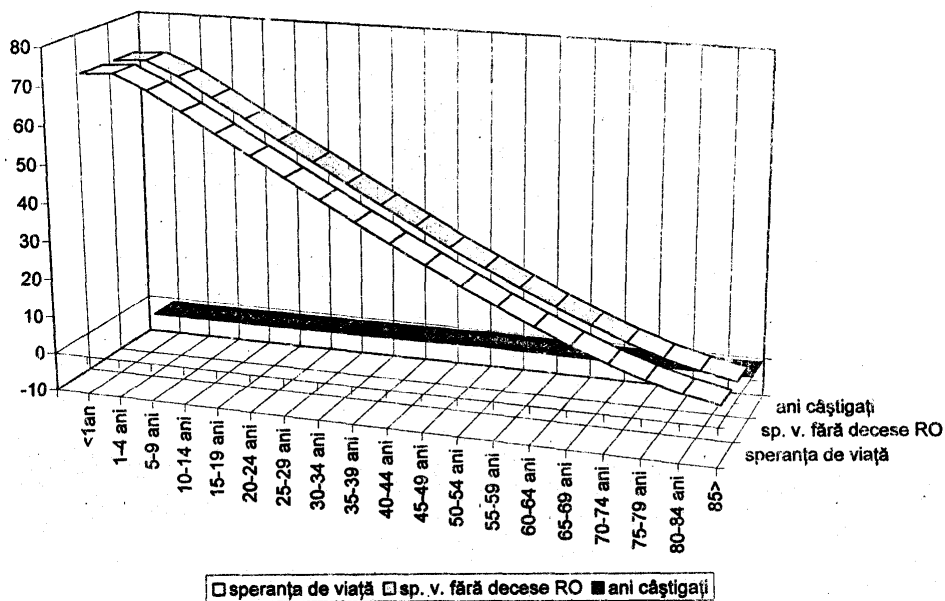
Grafic nr. 18. Clasificarea județelor României, după variabila ordopt, în 1994



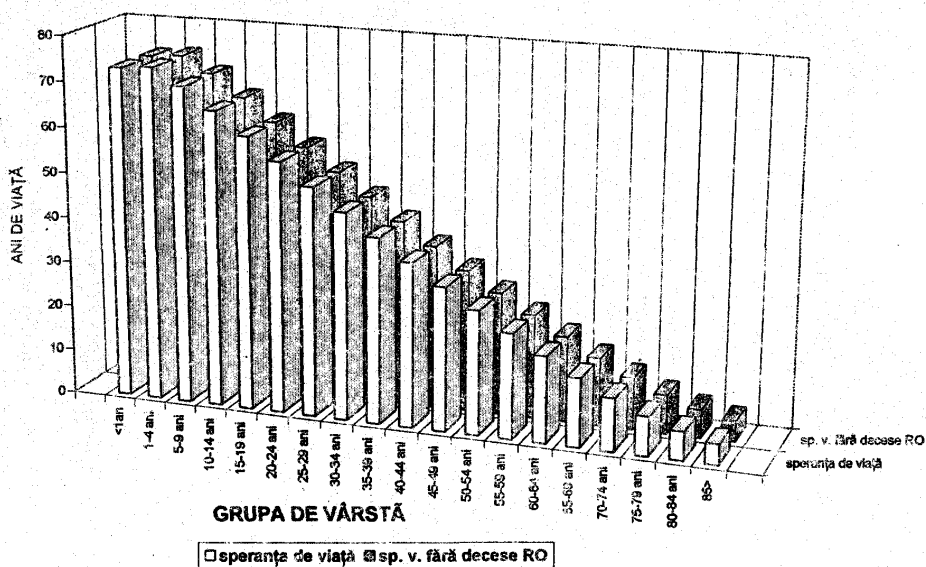
Grafic nr. 19. Clasificarea județelor României, în 1994, după metoda cluster



Grafic nr. 20. Anii câștigați în absența deceselor prin risc obstetrical



Grafic nr. 21. speranța de viață la naștere în condițiile eliminării deceselor prin risc obstetrical, cu păstrarea riscurilor competitive de deces, în România, în 1994



INFLUENȚA POLITICILOR NATALISTE ASUPRA CALITĂȚII BIOLOGICE A NOU-NĂSCUTULUI, ÎN ROMÂNIA, ÎNTRE 1989 și 1994

**Cristiana GLAVCE,
Irina POPESCU**

Antropologia, prin calitatea sa interdisciplinară, creează posibilitatea de a realiza conexiuni între aspectele politico-socioculturale și cele biologice ce caracterizează o populație determinată, într-o perioadă definită de timp.

Lucrarea de față încearcă să surprindă câteva aspecte ale consecințelor trecerii bruște de la starea de constrângere dictatorială, reflectată atât în planul socioeconomic, cât și în cel al politicii pentru sănătate dinainte de 1990, la situația de după decembrie 1989, când pârgurile de influență asupra acestor laturi ale vieții individuale și colective s-au modificat radical.

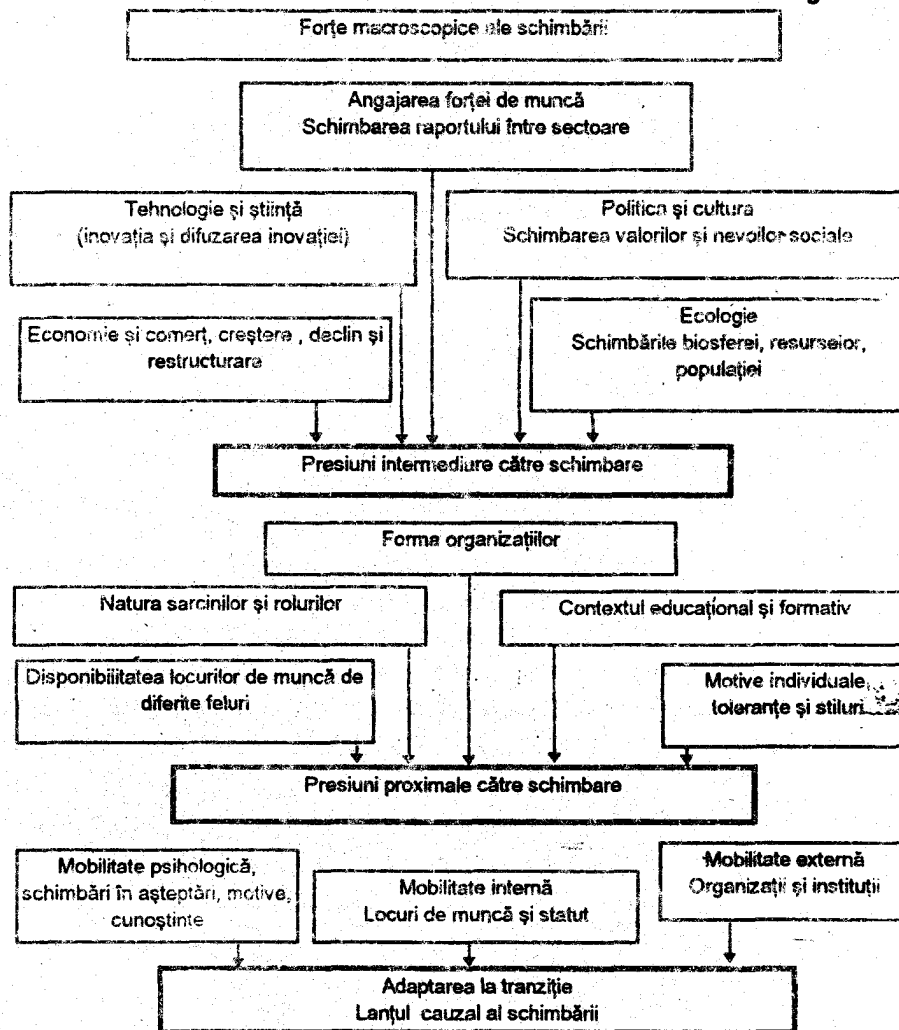
În sprijinul demersului nostru, subliniem intervenția factorilor biologici și psihologici la nivelul tuturor treptelor macroscopice ale schimbării, după cum reiese din figura nr. 1.

În cercetarea pe care ne-am propus să o realizăm, urmărim efectele regimului totalitar asupra unor fenomene demografice: natalitatea, sporul natural, mortalitatea infantilă și maternă. De asemenea, analizăm aceste fenomene comparativ cu unele țări din Europa Centrală și de Est. Pentru datele statistice internaționale am avut publicații doar până în 1992. Țările din fostul lagăr socialist au fost alese pentru comparație, în funcție atât de zona politico-geografică, cât și după criteriul existenței unor date cât mai complete în anuaarele statistice internaționale. În afara acestor state, a mai fost inclusă și Austria, ca stat democrat în care drepturile omului sunt respectate, dar aparținând aceleiași zone europene. În partea a doua a lucrării dorim să prezentăm un studiu asupra calității biologice a nou-născutului, în perspectiva schimbărilor de la noi din țară petrecute după 1990, problemă deosebit de interesantă datorită posibilității de analizare a două situații complet opuse: interzicerea oficială a avortului și a utilizării contraceptivelor și abolirea bruscă a acestor interdicții.

Studiul nou-născutului, premisă în interpretarea întregului ciclu al dezvoltării, constituie baza unor cercetări estimative ale evoluției fizice, permițând interpretarea raporturilor dintre ontogeneza și filogeneza omului.

Creșterea și dezvoltarea, reflectate prin evoluția dimensiunilor corporale de-a lungul vieții, sunt o traducere a stării globale de sănătate atât a indivizilor, cât și a populațiilor.

Figura nr. 1



(Preluată după Nigel Nicholson, *The Transition Cycle: Causes, Outcomes, Processes and Forms*, in: Shirley Fisher & Cary L. Cooper (eds), *On the Move; The Psychology of Change and Transition*, N.Y., Wiley & Sons, 1990).

Declinul calității biologice a nou-născutului, corelat cu scăderea fertilității în țările cu economie în curs de dezvoltare, este, de multe ori, considerat ca

fiind numai rezultatul diferențelor culturale. Intenția studiului propus este de a aduce în prim-plan influența factorilor sociali, economici și legislativi asupra fondului biologic al populației. Constrângerile legislative, ca de exemplu, interzicerea avorturilor sau lipsa unui program național de planning familial, sunt puternic corelate cu calitatea biologică a nou-născutului.

Evoluția natalității în România între 1989–1994 înregistrează o pantă descendentă destul de accentuată de-a lungul întregii perioade. Deși în continuă scădere, panta descrescătoare a natalității se atenuează din 1991, menținându-se aproape în platou pentru 1992–1994. În aceeași perioadă mortalitatea are o pantă ascendentă, practic, constantă (tabel nr. 1).

În aceste condiții, sporul natural prezintă o pantă descendentă deosebit de accentuată, în special în perioada 1989–1991. În 1992 sporul devine negativ, ajungând la $-0,2\%$, deși panta de scădere este mai mică decât în perioada anterioară. Panta se reduce și în anii următori, dar sporul continuă să scadă, ajungând la $-0,6\%$ în 1993 și $-0,3\%$ în 1994.

Tabel nr. 1
Mișcarea naturală a populației

| | Valori absolute | | | | Proporții la mia de locuitori | | | |
|------|-----------------|--------|-----------------|------------------|-------------------------------|-----------------|------|--------------------------|
| | născuți vii | decese | spor natural | decese 0-1 an | natali tate | mortali tate | spor | mortalitate infantilă |
| 1989 | 369544 | 247306 | 122238 | 9940 | 16,0 | 10,7 | 5,3 | 26,9 |
| 1990 | 314746 | 247086 | 67660 | 8471 | 13,6 | 10,6 | 3,0 | 26,9 |
| 1991 | 275275 | 251760 | 23515 | 6258 | 11,9 | 10,9 | 1,0 | 22,7 |
| 1992 | 260393 | 263855 | -3462 | 6080 | 11,4 | 11,6 | -0,2 | 23,3 |
| 1993 | 249994 | 263323 | -13329 | 5822 | 11,0 | 11,6 | -0,6 | 23,3 |
| 1994 | 246736 | 266101 | -19365 | 5894 | 10,9 | 11,7 | -0,8 | 23,9 |

Pentru o mai bună înțelegere a consecințelor schimbărilor politice de după 1989 în plan demografic am urmărit mai atent o serie de indicatori de mortalitate perinatală, atât infantilă, cât și maternă, ca o reflectare a abolirii unor interdicții, dar și a dispariției unor programe de urmărire a sănătății femeii și familiei.

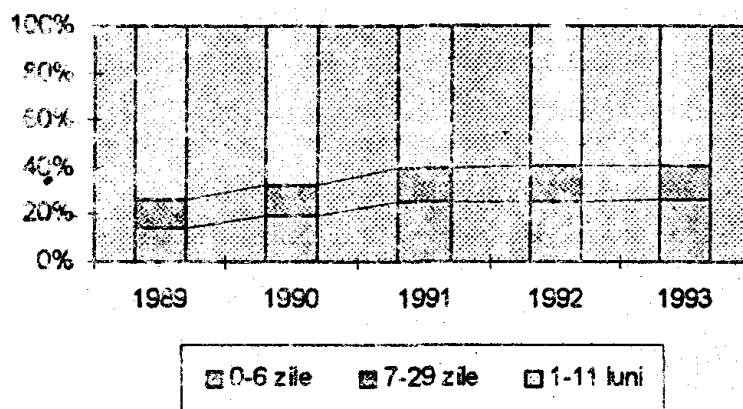
Urmărind evoluția deceselor sub 1 an, în valoare absolută, se observă o scădere accentuată între 1989 și 1991, scădere care continuă și în anii următori, dar mai lent.

Analizând structura pe vârste a deceselor sub 1 an, se poate constata că o pondere importantă o au decesele între 0–6 zile și cele între 2–4 luni (tabel nr. 2 și figura nr. 2).

Tabel nr. 2
Decese sub 1 an, după grupa de vârstă

| Vârsta | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|------------|------|------|------|------|------|
| Total | 9940 | 8471 | 6258 | 6080 | 5822 |
| 0-6 zile | 1384 | 1642 | 1602 | 1551 | 1537 |
| 7-13 zile | 458 | 483 | 347 | 357 | 349 |
| 14-29 zile | 831 | 679 | 561 | 574 | 463 |
| 1 lună | 1510 | 1195 | 926 | 883 | 869 |
| 2 luni | 1410 | 1029 | 836 | 786 | 751 |
| 3-4 luni | 2128 | 1540 | 951 | 949 | 901 |
| 5-6 luni | 1096 | 852 | 452 | 439 | 432 |
| 7-8 luni | 622 | 524 | 272 | 278 | 267 |
| 9-11 luni | 501 | 527 | 311 | 263 | 253 |

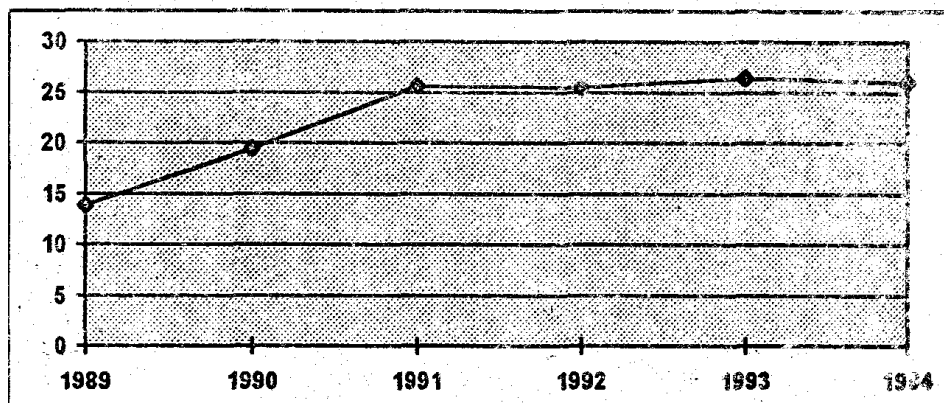
Figura nr. 2. Decese sub 1 an pe grupe de vârstă, în valori procentuale



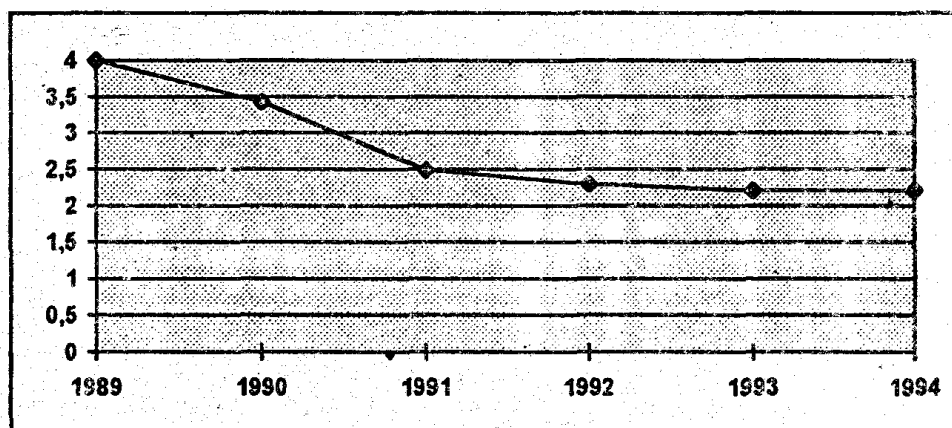
Analiza procentuală a deceselor sub 1 an, pe grupe de vârstă, scoate în evidență creșterea masivă a deceselor între 0-6 zile, în contradicție cu evoluția ponderii deceselor infantile față de totalul deceselor. Aceste decese au în special cauze perinatale, probabil influențate de condiția femeii în timpul stării de graviditate. Ele cresc de la 13,9% în 1989, până la o valoare practic dublă în 1994: 26,0%. Creșterea este mai rapidă între 1989 și 1991, după care se realizează un platou la acest nivel foarte ridicat de mortalitate (figurile nr. 3 și nr. 4).

Figura nr. 3. Ponderea deceselor între 0-6 zile, din totalul deceselor sub 1 an

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| decese 0-6 zile (%) | 13,9 | 19,4 | 25,6 | 25,5 | 26,4 | 26,0 |

**Figura nr. 4. Ponderea deceselor sub 1 an din totalul deceselor**

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| decese sub 1 an (%) | 4,0 | 3,43 | 2,49 | 2,30 | 2,21 | 2,21 |



Evoluția deceselor sub o zi are câteva caracteristici particulare față de evoluția deceselor între 0-6 zile. Se înregistrează astfel o creștere bruscă între 1989 și 1990, de la 186 la 312 decese. Urmează un platou între 1990-1991 (320 decese), iar apoi o ușoară scădere în 1992 (295 decese). Repartiția pe

sexe sugerează faptul că zona de creștere bruscă din 1990 este cauzată de decesele masculine (care cresc în această perioadă de la 105 la 193), decesele feminine prezentând o creștere mult mai mică (de la 81 la 119). Pentru perioada următoare evoluția deceselor sub o zi este paralelă între cele două sexe. Aceste decese au cauze în special perinatale, probabil influențate de condiția femeii în timpul stării de graviditate, mai ales în cazul sarcinilor nedorite. De remarcat, rezistența scăzută a nou-născuților de sex masculin față de cei de sex feminin, în funcție de condițiile mezologice nefavorabile.

În perioada 1989–1995 evoluția *mortinatalității* înregistrează o ușoară scădere, cu o pantă mai accentuată între 1990 și 1991. Prin raportarea la numărul de născuți, mortinatalitatea este influențată de scăderea mai accentuată a natalității. Această scădere apare mai constantă dacă analizăm numărul de născuți morți în valoare absolută. În 1989 se înregistrează 2821 de născuți morți, 2231 în 1990, 1910 în 1991, 1700 în 1992, 1582 în 1993.

Mortalitatea infantilă prezintă un aspect diferit față de evoluția deceselor între 0–1 an în valoare absolută, pentru etapa studiată.

Se înregistrează astfel un platou între 1989 și 1990, la valoarea de 26,9‰, deci numărul de născuți vii și decesele între 0–1 an scad în această perioadă în același ritm. În schimb, în 1991 se constată o scădere importantă a mortalității infantile până la 22,7‰, deci o scădere în ritm mai rapid o deceselor între 0–1 an față de scăderea nașterilor. În 1992 față de 1991 apare o creștere la 23,3‰ a mortalității infantile, care se continuă până în 1994, când mortalitatea infantilă ajunge la 23,9‰. Având în vedere, scăderea numărului de nașteri în această perioadă, zonele de platou și mai ales creșterea mortalității infantile denotă o creștere relativă a numărului de decese între 0–1 an, cu toată scăderea acestora în valoare absolută.

Mortalitatea infantilă, pe sexe, are o evoluție strict paralelă între cele două sexe, mortalitatea feminină situându-se la un nivel inferior față de cea masculină.

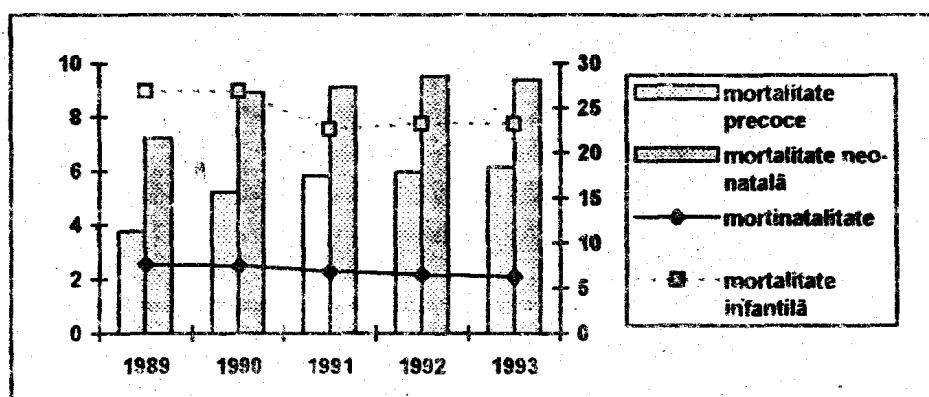
Comparativ cu mortalitatea infantilă, mortalitatea precoce (0–6 zile) și mortalitatea neonatală (0–29 zile) au o altă evoluție, similară evoluției numărului de decese în valoare absolută. Anul 1989 nu este relevant pentru că eliberarea certificatelor de naștere, deci evidența nou-născuților, era determinată de viabilitatea acestora.

Se poate constata o creștere a acestor doi indici, mai accentuată între 1989 și 1990, mai lentă pentru anii următori, evoluția lor fiind practic paralelă (tabel nr. 3, figura nr. 5).

Tabel nr. 3. Evoluția comparativă a unor indicatori de mortalitate infantilă

| Anii | Mortinatalitate | Mortalitate infantilă | Mortalitate precoce | Mortalitate neonatală |
|------|-----------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| 1989 | 7,6 | 26,9 | 3,75 | 7,23 |
| 1990 | 7,5 | 26,9 | 5,22 | 8,91 |
| 1991 | 6,9 | 22,7 | 5,82 | 9,12 |
| 1992 | 6,5 | 23,3 | 5,96 | 9,53 |
| 1993 | 6,3 | 23,3 | 6,15 | 9,40 |

Figura nr. 5



Datorită numărului neglijabil de decese infantile prin deficiențe nutriționale și cauzate de stări morbide prost definite, aceste cauze nu au fost luate în considerare în reprezentarea grafică (figura nr. 6).

Analizând datele avute la dispoziție, se poate constata o scădere a ponderii deceselor infantile cauzate de bolile infecto-parazitare (de la 9,5% în 1989 la 6,5% în 1992), ca și de bolile sistemului nervos (de la 5,7% în 1989 la 3,2% în 1992).

Cauzele principale ale deceselor sub 1 an sunt bolile aparatului respirator. Ponderele mortalității cauzate de bolile respiratorii înregistrează o creștere de la 40,5% decese în 1989, la 43,6% în 1990, urmată de o scădere lentă în anii următori: 41,0% decese în 1991, 39,2% în 1992. Trebuie precizat că dintre bolile aparatului respirator, mortalitatea cea mai mare este cauzată de pneumonie (peste 90% din decesele de cauză respiratorie în fiecare an) (tabel nr. 4).

Tabel nr. 4. Decese cauzate de pneumonie

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Total | 3286 | 3165 | 2267 | 2065 |
| % din decesele de cauză | 93,90% | 95,10% | 99,40% | 98,20% |
| - masculin | 1897 | 1753 | 1247 | 1160 |
| - feminin | 1389 | 1412 | 1020 | 905 |

Din analiza datelor referitoare la cauzele deceselor infantile se constată reducerea deceselor nou-născuților cauzate de anomalii congenitale cu 36% în 1990 și 45% în 1992, în raport cu 1989. Decesele cauzate de accidente la naștere se reduc în această perioadă la jumătate.

Decesele cauzate de afecțiuni ale perioadei perinatale prezintă o creștere continuă, de la 16,4% decese în 1989, la 21,6% decese în 1990, 27,0% în 1991, 27,8% în 1992. Precizăm că aceste afecțiuni sunt puțin influențate de condițiile de mediu, determinantă fiind calitatea biogenetică a mamei și a produsului de concepție.

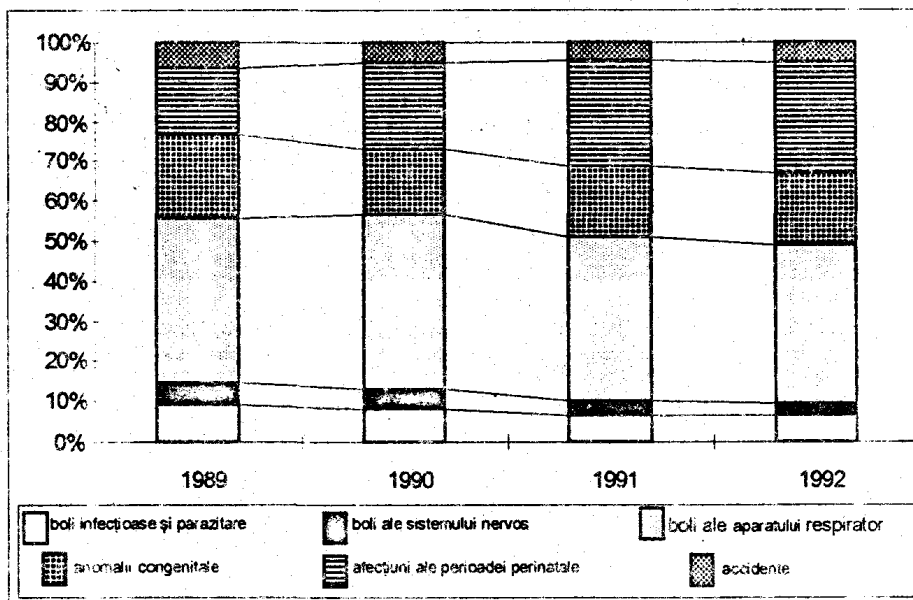
Decesele cauzate de accidente se înscriu în tendința generală de scădere, trecând de la 6,6% decese în 1989 la 5,0% în 1992. Aceste rezultate pot fi interpretate în sensul grijii crescute față de copilul dorit în raport cu cel nedorit în familie.

Evoluția deceselor sub 1 an, pe cauze de deces și sexe, demonstrează niveluri mai scăzute de deces la sexul feminin pentru toate cauzele, inclusiv accidente. Diferența cea mai mare apare la decesele cauzate de afecțiuni ale perioadei perinatale, unde numărul deceselor feminine este aproape la jumătate față de cel al deceselor masculine.

Aceste rezultate sunt relevante pentru politica demografică dusă înainte de 1989, când femeile între 18 și 45 de ani erau obligate să nască, indiferent de opțiunea lor, dacă nu aveau deja 4 copii în viață. Metodele anticoncepționale moderne fiind interzise, se recurgea la diferite metode empirice, care periclitau atât sănătatea nou-născutului, cât și pe cea a mamei. În statistica de față sunt cuprinse numai decesele. Este interesant de urmărit numărul de copii afectați de manevrele anticoncepționale utilizate pe parcursul sarcinii și care nu au fost fatale și numărul de femei afectate de sterilitate.

Evoluția deceselor infantile, pe cauze de deces, demonstrează o modificare a patologiei mai importantă în perioada 0–1 an. Cele mai importante cauze de mortalitate infantilă luate în considerare în statisticile internaționale sunt următoarele:

Figura nr. 6. Evoluția deceselor infantile pe cauze de deces



- * boli infecto-parazitare (cod OMS 01-07);
- * deficiențe nutriționale (cod OMS 19);
- * boli ale sistemului nervos (cod OMS 22);
- * boli ale aparatului respirator (cod OMS 31 și 32);
- * anomalii congenitale (cod OMS 44);
- * afecțiuni ale perioadei perinatale (cod OMS 45);
- * semne, simptome și stări morbide prost definite (cod OMS 46);
- * accidente (cod OMS E47-E52).

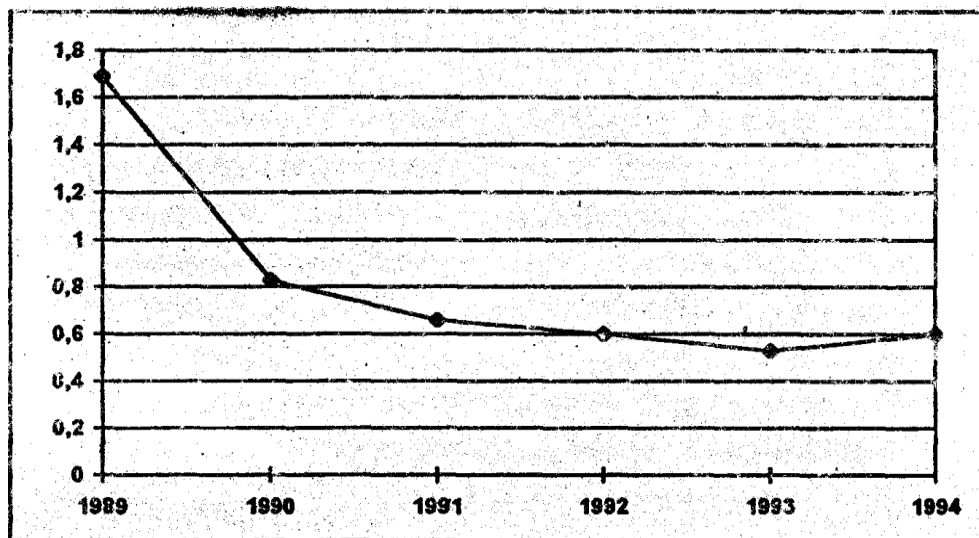
Un alt indicator al stării de sănătate a populației urmărit a fost mortalitatea maternă, reprezentând raportarea deceselor cauzate de naștere, la mia de născuți vii. În structura mortalității materne intră următoarele cauze de deces:

- avorturi (cod OMS 38);
- hemoragie la naștere (cod OMS 390);
- toxemie gravidică (cod OMS 391);
- complicații puerperale (cod OMS 394);
- alte cauze obstetricale directe (cod OMS 392, 393, 399);
- alte cauze obstetricale indirecte (cod OMS 40, 41).

Acest indice înregistrează o curbă descendentă în perioada studiată. Se înregistrează o scădere mare între 1989 și 1990, panta curbei reducându-se pentru anii următori (figura nr. 7).

Figura nr. 7. Evoluția ratei mortalității materne între 1989-1994

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|
| decese materne (%) | 1,69 | 0,83 | 0,66 | 0,50 | 0,53 | 0,60 |



Prezentăm, în cadrul comparației internaționale, situația unora dintre indicatorii discutați mai sus, în condițiile în care am dispus de date statistice internaționale pentru ultimii ani.

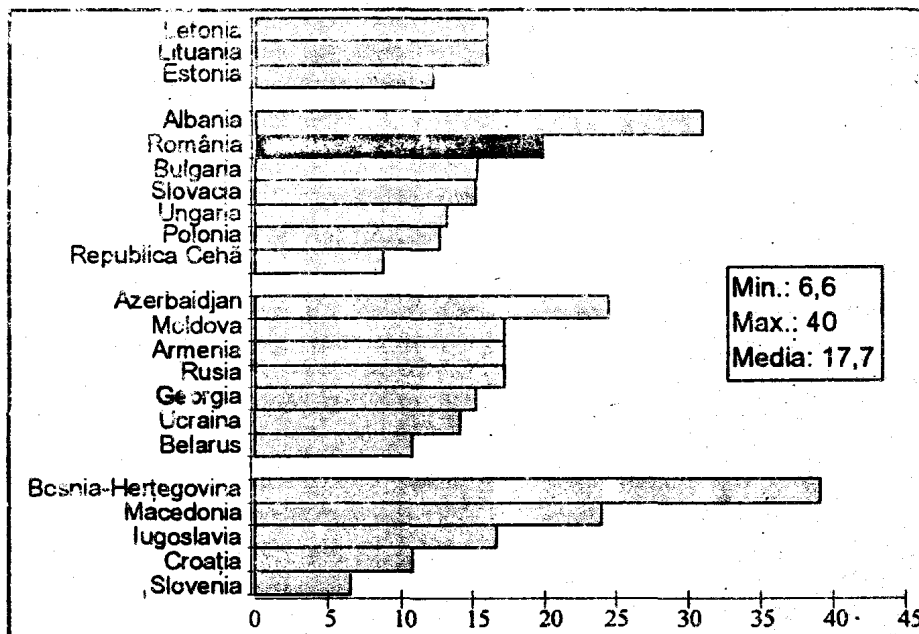
Din analiza comparativă a mortalității infantile din România față de unele țări din Europe Centrală și de Est, observăm de la început că țara noastră se situează la nivelul cel mai ridicat din punctul de vedere al valorii acestui indicator, cu toată tendința lui de scădere (tabel nr. 5).

Tabel nr. 5. Mortalitatea infantilă

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| Austria | 8,315 | 7,838 | 7,482 | 7,534 |
| Bulgaria | 14,37 | 14,77 | 16,93 | 15,93 |
| Federația Rusă | 18,06 | 17,64 | 18,11 | |
| Polonia | 15,96 | 16,01 | 14,98 | 14,45 |
| România | 26,9 | 26,91 | 22,73 | 23,35 |
| Ungaria | 15,74 | 14,82 | 15,64 | 14,08 |

Dacă luăm în considerare acest factor în cadrul întregului bloc socialist, doar Albania și Bosnia-Herțegovina prezintă mortalități infantile mai ridicate decât România (figura nr. 8).

Figura nr. 8. Mortalitatea infantilă (1994)



În ceea ce privește mortalitatea maternă, din studiul datelor internaționale se observă că România se situează cu mult deasupra nivelurilor celorlalte țări pe care le-am luat spre comparație, deși tendința acestui indicator este de scădere. Chiar și nivelul substanțial redus din 1992, față de 1989, este cu mult mai mare decât valorile mortalității materne din celelalte țări.

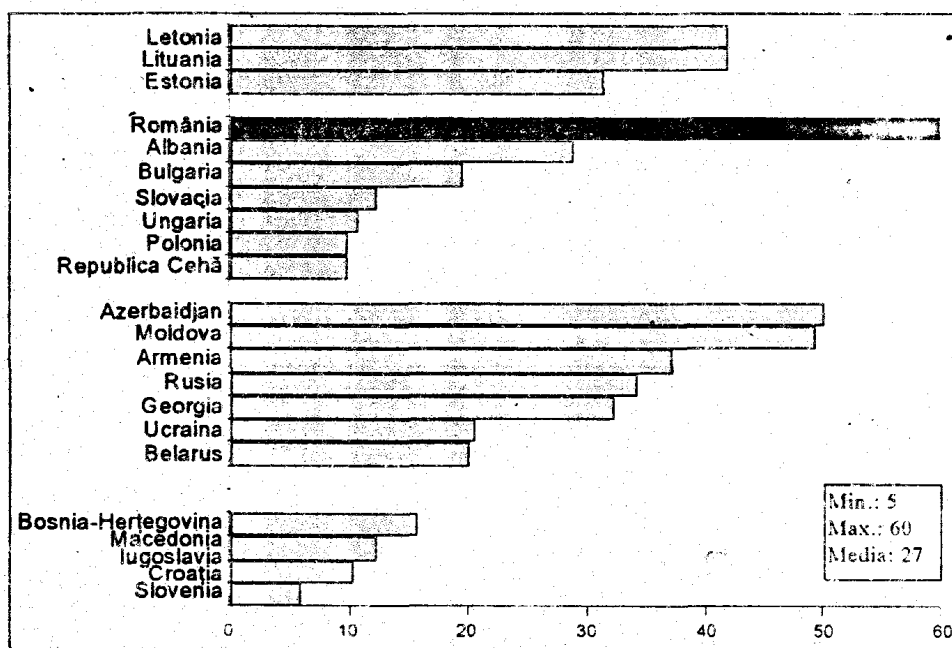
Un nivel ridicat al mortalității materne se înregistrează în Federația Rusă, urmată de Bulgaria, Polonia și Ungaria (care au valori apropiate între ele ale mortalității materne), evoluția acestui indicator înscriind pentru aceste țări un platou cu mici fluctuații.

Austria se situează pe nivelul cel mai de jos în privința mortalității materne, evoluția fiind în platou pentru primii trei ani ai perioadei, cu o scădere destul de importantă în 1992: 0,04% (tabel nr. 6).

Tabel nr. 6. Mortalitatea maternă

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Austria | 0,0789 | 0,0663 | 0,074 | 0,042 | |
| Bulgaria | 0,187 | 0,1426 | 0,0834 | 0,1571 | |
| Federația Rusă | 0,4902 | 0,4741 | 0,5243 | | |
| Polonia | 0,1067 | 0,1282 | 0,1282 | 0,0993 | |
| România | 1,694 | 0,8356 | 0,6648 | 0,6029 | 0,532 |
| Ungaria | 0,1541 | 0,2069 | 0,1258 | 0,0986 | |

Figura nr. 9. Mortalitatea maternă (la 100.000 născuți vii)



Din graficul de mai sus se observă, din nou, situația particulară a României în ceea ce privește rata mortalității feminine din cauze ale nașterii. Cu o rată de 60,0 decese materne la 100.000 nașteri, țara noastră se situează la nivelul maxim, printre țările din fostul lagăr socialist.

În partea a doua a acestei lucrări prezentăm rezultatele unui studiu care încearcă să surprindă câteva aspecte ale trecerii bruște și neașteptate de la starea de constrângere prin mijloace foarte dure de către stat, prin interzicerea avorturilor între 1967–1989, la abrogarea acestei legi în ianuarie 1990.

Din cauza pedepselor aspre în caz de provocare a avortului sau numai pentru asistență medicală în caz de accident cauzat de provocarea avortului s-a ajuns, de multe ori, la situații disperate, chiar la moartea femeii. Cu toate acestea, legea era frecvent eludată atât de personalul de specialitate, cât și de alte persoane. Din această cauză, numărul real al avorturilor dinainte de 1990 nu poate fi cunoscut, ci doar apreciat în funcție de evoluția natalității și a fertilității după liberalizarea întreruperii de sarcină. Datele existente în arhivele spitalelor reprezintă doar avorturile cu probleme medicale grave, ce nu au putut fi mascate de alte diagnostice medicale. Numărul avorturilor clandestine care nu au ridicat probleme medicale deosebite nu se cunoaște.

În acest context – aproape de experiență – am vrut să vedem care sunt modificările privind natalitatea și, implicit, calitatea biologică a nou-născutului la astfel de momente speciale, legate de modificări socioeconomice importante.

Materialul de studiu îl constituie datele de arhivă ale Spitalului Universitar București și constă în toate fișele privind avorturile și nașterile dintre septembrie–decembrie 1989 și aceleași luni din 1990 și 1992, în ideea de a surprinde caracteristicile unei perioade aflate sub incidența legii avorturilor, cât și două perioade când opțiunea de a fi sau nu mamă era deja posibilă.

Pentru analiza dinamicii avorturilor s-au putut utiliza doar datele din perioadele 1989 și 1990. Ulterior, arondarea sanitară teritorială a Bucureștiului s-a modificat și s-au deschis cabinete medicale particulare, situație în care datele Spitalului Universitar București nu mai sunt concludente pentru cunoașterea numărului real al avorturilor.

Avorturile 1989/1990

În cele patru luni ale anului 1989 luate în studiu s-au înregistrat 941 avorturi, din care doar 6% (57) la cerere, dar încadrându-se în prevederile legale, celelalte fiind avorturi provocate înainte de spitalizare și prezentând complicații – 94% (884 cazuri).

Din punct de vedere socioeconomic, majoritatea (86%) era reprezentată de muncitoare și casnice, urmate de eleve și tehniene (14%). Nu a fost înregistrată nici o studentă sau intelectuală în această perioadă.

Proporția între femeile căsătorite și necăsătorite internate în urma unei tentative de avort a fost de 1/1,6.

Față de 1989, în 1990 numărul cel mai crescut de avorturi se cantonează între 18–20 de ani, urmat de categoria de vârstă peste 35 de ani.

Pe lângă muncitoare, casnice și tehniene, care continuă să fie în proporție mare (circa 70%), se întâlnesc studente și intelectuale (30%). Raportul femeii necăsătorite/femeii căsătorite care au optat pentru avort devine, în 1990, de 7/1.

În aceeași perioadă din 1989 au fost înregistrate 878 nașteri, deci: *1,07 avort/1 naștere*. Pentru aceeași perioadă, în 1990 s-au înregistrat 5.228 avor-

turi și doar 422 nașteri, aparent *12,4 avorturi/1 naștere*. Sub forma aceasta catastrofală, știrea a apărut și în mass-media, dar nu este o realitate, fiindcă numărul de avorturi din 1989 nu este cel veridic. După cum se constată, în funcție de scăderea natalității între cele două perioade, raportul real este în jur de *2,1 avorturi/1 naștere*. Dintre avorturile din 1990, majoritatea au fost la cerere și doar circa 9% în urma unei prescripții medicale.

Calitatea biologică a nou-născutului

Prin calitatea biologică a nou-născutului înțelegem un complex de patru dimensiuni corporale care participă diferențiat în determinarea categoriilor de *nou-născut mic, mijlociu și mare*. Dimensiunile, în ordinea importanței care li s-a acordat în stabilirea acestor categorii, sunt: *greutatea, lungimea, circumferința toracică* și, pe ultimul loc, *circumferința capului*, care este determinată mai mult ereditar decât mezologic. Categoriile au fost calculate cu ajutorul metodei de analiză multifactorială, pe baza celor patru parametri menționați.

În perioadele studiate de noi au fost înregistrate un total de 878 nașteri în 1989, în 1990 – 422 nașteri, iar în 1992 – 650 nașteri. Având în vedere că este vorba de același spital, cu același personal medical și aceeași dotare, precum și aceleași categorii de populație care l-au frecventat atât în 1989, cât și în 1990, posibilitatea comparării acestor două perioade ni se pare justificată. Pentru 1992 materialul este orientativ, din cauza noii arondări privind maternitățile bucureștene.

Posibilitatea de opțiune a mamei de a avea sau nu copilul nu a ridicat și calitatea biologică a acestuia față de 1989. Se constată că valorile medii ale dimensiunilor antropometrice luate în studiu pentru nou-născuții din Spitalul Universitar București au tendința de a scădea, în unele cazuri fiind semnificativ mai mici în 1992 față de 1989. Băieții prezintă această scădere mai accentuat decât fetele (tabelele nr. 7 și nr. 8).

Tabel nr. 7. Parametrii statistici ai măsurătorilor antropometrice – serie masculină (Spitalul Universitar București)

| Parametri (gr./mm) | Eșantion 1989 | | | | Eșantion 1990 | | | | | Eșantion 1992 | | | | | |
|-----------------------|---------------|------|--------|-------|---------------|------|--------|-------|---------------------|---------------|------|-------|-------|---------------------|-------------|
| | min. | max. | X | s | min. | max. | X | s | t 1989/1990 | min. | max. | X | s | t 1989/1992 | t 1990/1992 |
| Greutate | 2500 | 4700 | 3348,2 | 415,8 | 2500 | 4500 | 3295,2 | 440,3 | -1,50 | 2500 | 4300 | 3261 | 420,2 | -2,61 ^{*)} | -0,78 |
| Lungime | 440 | 590 | 505,8 | 15,9 | 460 | 555 | 502,6 | 18,5 | -2,20 ^{*)} | 440 | 550 | 501,1 | 18,6 | -3,41 ^{*)} | -0,83 |
| Circ. torace | 290 | 370 | 333,4 | 3,8 | 290 | 380 | 331,9 | 17,9 | -1,38 | 290 | 370 | 332,4 | 14,5 | -0,88 | -0,67 |
| Circ. cap | 300 | 400 | 335,8 | 12,5 | 290 | 380 | 333,2 | 15,5 | -2,21 ^{*)} | 290 | 370 | 334,9 | 12,7 | -0,94 | -1,33 |

*Diferență statistic determinată "t"

Număr subiecți: 1989 = 414; 1990 = 199; 1992 = 221

Tabel nr. 8. Parametrii statistici ai măsurătorilor antropometrice – serie feminină (Spitalul Universitar București)

| Parametri (gr./mm) | Eșantion 1989 | | | | Eșantion 1990 | | | | t 1989/ 1990 | Eșantion 1992 | | | | t 1989/ 1992 | t 1990/ 1992 |
|-----------------------|---------------|------|-------|------|---------------|------|-------|------|-----------------|---------------|------|--------|-------|-----------------|-----------------|
| | min. | max. | X | s | min. | max. | X | s | | min. | max. | X | s | | |
| Greutate | 2500 | 4400 | 3169 | 379 | 2500 | 4700 | 3228 | 400 | +1,74 | 2500 | 4800 | 3178,2 | 378,6 | +0,29 | -1,31 |
| Lungime | 410 | 540 | 500,1 | 14,6 | 450 | 550 | 498,9 | 16,5 | -0,87 | 440 | 540 | 497 | 17,9 | -2,21 | -1,14 |
| Circ. torace | 290 | 390 | 330,4 | 13,9 | 290 | 370 | 332,5 | 15,6 | +1,67 | 280 | 400 | 329,9 | 16,9 | +0,38 | +1,69 |
| Circ. cap | 300 | 370 | 331 | 11,5 | 290 | 370 | 330,7 | 13,3 | -0,28 | 290 | 370 | 330,1 | 13,0 | +0,86 | -0,45 |

*Diferență statistic determinată "t"

Număr subiecți; 1989=414; 1990=1.99; 1992=221

Tabel nr. 9. Calitatea biologică a nou-născutului (1980,1990,1992)

| | 1989 (%) | 1990(%) | 1992(%) |
|----------------|----------|---------|---------|
| copil mic | 9,4 | 15,2 | 16,1 |
| copil mijlociu | 78,9 | 69,4 | 72,5 |
| copii mare | 11,7 | 15,4 | 11,4 |

Tabel nr. 10. Calitatea biologică a nou-născutului, în funcție de profesia mamei – septembrie-decembrie 1989,1990,1992 (Spitalul Universitar București)

| Profesia mamei | Anul (sept.-dec.) | Mic (%) | Mijlociu (%) | Mare (%) |
|----------------|-------------------|---------|--------------|----------|
| Casnică | 1989 | 15 | 71,8 | 12,4 |
| | 1990 | 24 | 63,1 | 12,6 |
| | 1992 | 10 | 79,1 | 10,0 |
| Muncitoare | 1989 | 15 | 65,7 | 18,8 |
| | 1990 | 18 | 64,0 | 18,0 |
| | 1992 | 9,7 | 77,7 | 12,6 |
| Tehniciană | 1989 | 18 | 65,8 | 16,1 |
| | 1990 | 14 | 75,0 | 10,4 |
| | 1992 | 7,7 | 84,6 | 7,7 |
| Intelectuală | 1989 | 4,8 | 70,7 | 24,4 |
| | 1990 | 4,7 | 89,1 | 6,3 |
| | 1992 | 5,1 | 80,1 | 14,3 |

Categoria de copil mic crește în general în perioada 1989–1992, dar diferențiat pe ani. Astfel, în 1990 se înregistrează cea mai ridicată cotă a acestei

categorii, pentru ca în 1992 să scadă în general sub procentul din 1989, dacă se ține cont de profesia mamei.

Dacă se ține cont de starea civilă a mamei, categoria de copil mic este mult mai frecventă la mamele necăsătorite decât la cele căsătorite (tabel nr. 11).

Tabel nr. 11. Calitatea biologică a nou-născutului, în funcție de starea civilă a mamei

| Calitatea biologică a nou-născutului | Starea civilă a mamei | 1989% | 1990% | 1992 % |
|--------------------------------------|-----------------------|-------|-------|--------|
| mic | căsătorită | 9,1 | 14,5 | 15,1 |
| | necăsătorită | 11,8 | 20,8 | 24,4 |
| mijlociu | căsătorită | 78,4 | 69,1 | 72,3 |
| | necăsătorită | 81,3 | 68,7 | 68,3 |
| mare | căsătorită | 12,4 | 16,5 | 12,6 |
| | necăsătorită | 6,8 | 10,4 | 7,3 |

Ponderea copilului mijlociu, net dominantă și în creștere, prezintă totuși variații de la un an la altul, în funcție de vârsta, profesia și starea civilă a mamei, dar este în creștere în 1992 față de 1990, ceea ce este o constatare optimistă a importanței factorului opțional în păstrarea sarcinii (tabel nr. 12).

Tabel nr. 12. Calitatea biologică a nou-născutului, în funcție de vârsta mamei (1989, 1990, 1992)

| Vârsta mamei | Calitatea biologică a nou-născutului | | | | | | | | |
|--------------|--------------------------------------|------|------|----------|------|------|------|------|------|
| | mic | | | mijlociu | | | mare | | |
| ani | 1989 | 1990 | 1992 | 1989 | 1990 | 1992 | 1989 | 1990 | 1992 |
| 24 | 11,1 | 18,4 | 15,9 | 78,1 | 69,4 | 72,5 | 10,8 | 12,2 | 11,5 |
| 25-34 | 6,1 | 13,1 | 14,3 | 82,5 | 67,5 | 74,8 | 10,6 | 19,4 | 10,8 |
| 35 | 14,1 | 5,5 | 17,6 | 64,8 | 77,8 | 58,6 | 6,1 | 16,6 | 13,8 |

Categoria de copil mare scade, în general, în 1990 și 1992 față de 1989. Această scădere poate fi cauzată de o stare conjuncturală de corelare a mai multor factori, dintre care menționăm creșterea categoriei de primipare la vârste mai avansate și la categorii profesionale cu condiții socioeconomice bune, concentrarea mare de nașteri la vârste foarte tinere, condițiile materiale care nu s-au îmbunătățit față de 1989, stresul, modificat cauzal, dar existent și chiar crescut.

Procentul de copii născuți la termen crește, iar numărul de prematuri se reduce la jumătate în 1990, continuându-se această reducere și în 1992, ceea ce indică condiții mai bune de sarcină față de 1989, prin dreptul opțional de a avea sau nu copilul (deci reducerea nașterilor nedorite) (tabel nr. 13).

Prematurii, care indică o suferință fetală mare, deci o sarcină cu probleme, sunt un bun indicator al stării generale privind populația de femei gravide.

Tabel nr. 13. Statusul de normalitate al nou-născutului (1989, 1990, 1992)

| grad maturitate n-n | 1989 (%) | 1990 (%) | 1992 (%) |
|---------------------|----------|----------|----------|
| normali | 89,20 | 93,20 | 94,60 |
| prematuri | 10,80 | 6,80 | 4,40 |
| total nașteri | 890=100 | 449=100 | 650=100 |

Din acest motiv ne oprim mai mult asupra acestui aspect. Ocupația mamei este un factor determinant. Dacă în 1989 cei mai mulți prematuri erau născuți de muncitoare, în 1990 și 1992 sunt copii de casnice, în special din grupele de vârstă foarte tinere (14–24 ani) și cu un procent destul de ridicat de necăsătorite față de 1989.

Intelectualele au cel mai mic procent de prematuri, în ambele perioade, cu o descreștere semnificativă în 1992. Dar cea mai spectaculoasă scădere a imaturilor este întâlnită în 1990 și 1992 la categoria tehnicieni (tabel nr. 14).

Tabel nr. 14. Frecvența nou-născuților prematuri, în funcție de profesia mamei (1989, 1990, 1992)

| Ocupația | 1989 (%) (septembrie) | 1990 (%) (septembrie) | 1992 (%) (septembrie) |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Casnică | 27 | 50 | 59 |
| Muncitoare | 32 | 29 | 21 |
| Tehniciană | 22 | 8 | 13 |
| Intelectuală | 19 | 13 | 7 |
| Total | 90=100 | 24=100 | 31=100 |
| Din total nou-născuți | 890 | 449 | 650 |

Între vârsta mamei și frecvența nou-născuților prematuri se observă o strânsă interdependență (tabel nr. 15). Astfel, în 1989 numărul cel mai mare de imaturi se întâlnește în grupele de vârstă cu cea mai mare frecvență de nașteri, când opțiunea de a face copilul sau nu este de mare importanță pentru marnă (20–24 de ani și 30–34 de ani). În perioada 1990 și 1992, în schimb, prin posibilitatea de a opta asupra momentului nașterii copilului, imaturii se întâlnesc în special la grupele foarte tinere și tinere de mame, scăzând apoi substanțial datorită maturizării biologice a organismului feminin, conștientizării importanței unui regim adecvat în timpul sarcinii și condițiilor socioeconomice câștigate cu vârsta (scăderea procentului mamelor necăsătorite, categorii socioeconomice mai bune ale ambilor parteneri).

Tabel nr. 15. Frecvența nou-născuților prematuri, în funcție de vârsta mamei (1989, 1990, 1992)

| Vârsta mamei | 1989 (%) | 1990 (%) | 1992 (%) |
|-----------------------|---------------------|------------------|------------------|
| 14-19 ani | 17 | 33 | 38 |
| 20-24 ani | 32 | 33 | 29 |
| 25-29 ani | 17 | 13 | 19 |
| 30-34 ani | 26 | 13 | 9 |
| 35-39 ani | 8 | 8 | 3 |
| peste 40 ani | 0 | 0 | 0 |
| Total prematuri | 90=100 | 24=100 | 31=100 |
| Din total nou-născuți | 850=100 -> 10,25 | 449=100 ->5,7 | 650=10 0->4,8 |

Deși nu considerăm că rezultatele obținute pe acest eșantion s-ar putea preta la o generalizare la nivelul întregii țări, ele reflectă totuși situația la nivelul unei mari zone din București. Concluziile care se desprind cu privire la influența modificărilor socioeconomice asupra natalității, statusului femeii gravide și calității biologice a nou-născutului pot fi folosite în încercarea de ameliorare a stării de sănătate a întregii populații.

Concluzii

Modificările survenite în ultimii ani în societatea românească se reflectă și în planul biopatologiei umane, dând naștere unor fenomene ce vor produce efecte, în parte previzibile, de scurtă, dar mai ales de lungă durată.

Acesta este și motivul preocupărilor noastre în această direcție. După cercetările efectuate asupra unui material cules dintr-un spital reprezentativ din București (Spitalul Clinic Universitar București), am considerat necesară extinderea acestui studiu la nivelul întregii țări.

Refacerea potențialului biologic al populației este afectată atât printr-o natalitate scăzută, cât și printr-o tendință de scădere a calității biologice a nou-născutului, dar și a mamei.

Din studiul nostru rezultă următoarele:

- Alarmanta prăbușire a natalității, înregistrată în perioada 1990–1992, tinde să stagneze, sugerând pentru anii 1993–1994 tendința realizării unui platou, dar la un nivel foarte scăzut. În aceeași perioadă, mortalitatea generală are o evoluție ascendentă, practic constantă. În aceste condiții, sporul natural prezintă o pantă descendentă, mai accentuată între 1989–1992, ajungând deja la valori negative după 1991.
- Mortalitatea infantilă prezintă o evoluție diferențiată în funcție de perioadă, dar cu o reală tendință de scădere în 1994 față de 1989. Analiza procentuală a deceselor sub 1 an, pe grupe de vârstă, scoate în

evidența creșterea masivă a deceselor între 0–6 zile, în contradicție cu evoluția ponderii deceselor infantile față de totalul deceselor.

- Se poate constata o creștere a mortalității precoce și neonatale, mai accentuată între 1989 și 1990, mai lentă pentru anii următori, evoluția acestor indicatori fiind practic paralelă.
- Mortalitatea maternă (decese cauzate de naștere) prezintă o curbă descendentă în perioada studiată, cu o pantă deosebit de accentuată, în special între 1983 și 1990.
- Din punctul de vedere al calității biologice, se constată reducerea categoriei de nou-născuți mari și parțial a categoriei mijlocii în favoarea categoriei de nou-născuți mici. Aceste modificări au loc într-o manieră diferențiată atât în funcție de clasa de vârstă, starea civilă a mamei, cât și de categoria socioeconomică căreia îi aparține.
- Reducerea semnificativă (circa 50%) a proporției nou-născuților prematuri în 1990 și 1992 față de 1989 prezintă, de asemenea, unele diferențieri: dacă în 1989 cei mai mulți prematuri erau născuți de muncitoare, în 1990 și 1992 aceștia sunt copii de casnice, în special din grupele de vârstă foarte tinere (14–24 de ani) și cu un procent destul de ridicat de necăsătorite. Este de subliniat această scădere a ponderii nou-născuților prematuri, ca fiind cea mai ilustrativă consecință a eliminării sarcinilor nedorite prin posibilitatea de opțiune a mamei, deoarece acești copii pun cele mai dificile probleme pediatrilor, pentru recuperarea lor la naștere și ulterior.
- Diminuarea categoriei de nou-născuți mari în 1990 și 1992 poate fi consecința creșterii numărului de mame foarte tinere și tinere, cât și a primiparelor la vârsta optimă de fertilitate. De asemenea, condițiile de viață nu s-au modificat esențial, încât să determine o îmbunătățire efectivă a dezvoltării fizice a nou-născutului.
- Situația României, comparativ cu unele țări din Europa Centrală și de Est, se prezintă astfel: 1. scăderea natalității, tendință generalizată în toate țările din estul Europei, prezintă un aspect mult mai drastic la noi, panta descrescătoare fiind foarte accentuată; 2. un nivel alarmant de ridicat pentru mortalitatea infantilă și mortalitatea maternă, deși tendința acestor indicatori este de ușoară scădere după 1990.

Aceste rezultate converg spre concluzia că fondul biologic al populației este afectat, consecințele întinzându-se pe o lungă, perioadă de timp. Scăderea deosebit de rapidă a natalității, asociată cu creșterea mortalității generale, va determina creșterea decalajului între generații și o semnificativă îmbătrânire a populației, ce se vor accentua dacă nu se vor lua măsuri adecvate.

Trecerea de la un regim cu o politică pronatalistă forțată și agresivă la lipsa unei politici populaționale, conștient susținută în acest domeniu, se va repercuta pregnant atât în domeniul biologicului, dar și în cel social și economic.

Este de așteptat o modificare evolutivă a tabloului morbidității infantile, apoi al adolescentului și, în sfârșit, al adultului, cu o reflectare negativă asupra tuturor aspectelor demografice și economice.

Bibliografie

1. „**Demographic Yearbook 1991**” (Année démographique 1991), United Nations, New York (1992) – Tableaux de caractère général, vol. 43.
2. Donald J. Bogue; Eduardo E. Arriga; Douglas L. Anderton (ed.): „**Readings in Population Research Methodology**”, vol. 2, 3. UNFPA, 1993.
3. Dragomirescu I.; Glavce C.: „**Contribution à l’appréciation de la distance génétique dans le développement somatique des adolescents et des jeunes**”, Ann. Roum. Anthropol., 28, 1991, p. 27–32.
4. Enăchescu Th.; Pop S.: „**Variabilitatea dimensională a nou-născutului în funcție de condițiile de mediu**”, Probl. de antropol., vol. III, 1957. p. 233-245.
5. Enăchescu Th.; Glavce C.: „**Etude comparative du niveau de développement physique et conformatif des nouveaux-nés européens et négroïdes**”. Ann. Roum. Anthropol., 20, 1983, 27-34.
6. „**Examen et évaluation du plan d’action mondial sur la population**”, Rapport 1984 (Etudes démographiques no. 99), Nations Unies, New York, 1986.
7. Glavce C.; Enăchescu Th.; Roibu G.: „**Some Aspects of the Newborn’s Constitution relative to its Parents**”, Ann. Roum. Anthropol., 24. 1987, p. 3-17.
8. Glavce C.; Alexandrescu M.; Dragomirescu L.: „**Calitatea biologică a nou-născutului în 1990 față de 1989**”, Studii și cercet. antrop., 30, 1993, p. 15-22.
9. Glavce C.; Rus R.: „**Influența condițiilor socioeconomice actuale din România asupra calității biologice a nou-născuților**”, Calitatea vieții, anul 6, nr. 1–2/1995, p. 95–108.
10. Legendre L.; Legendre P.: „**Ecologie numérique**”, tome 2, Masson, Paris, 1979.
11. Levi-Strauss Claude: „**Antropologie structurală**”, Ed. Politică, București, 1978.
12. Lévy Michel-Louis: „**A propos de la Roumanie**”, în „Populations et sociétés”, Bull. mens. d’informations démographiques, économiques, sociales, 1990, no. 243, p. 10-12.
13. Trebici Vladimir: „**Demografia**”. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1979.
14. Trebici Vladimir: „**Populația Terrei. Demografie medicală**”, Ed. Științifică, București, 1991.
15. **World Health Statistics Annual 1988-1992** (1990-1993), Geneva.

EPECTELE DECESELOR EVITABILE ASUPRA SPERANȚEI DE VIAȚĂ LA NAȘTERE, ÎN ROMÂNIA

**Valentina MIHĂILĂ,
Maria BĂDULESCU,
Dan ENĂCHESCU**

Starea de sănătate a populației României este una din cele mai scăzute din Europa, ea continuând să se degradeze și după anii 1990–1992. Speranța de viață la naștere în 1992–1994 de 69,48 ani pentru ambele sexe, 65,88 ani pentru sexul masculin și 73,32 ani pentru sexul feminin, cu o tendință de scădere în ultimii ani atât pentru ambele sexe, cât și pentru sexul masculin și de ușoară creștere la sexul feminin, demonstrează cele menționate. Da asemenea, ratele de mortalitate standardizate pe total, cât și pentru principalele cauze de deces, indicau în anul 1991 o situație defavorabilă pentru România.

Din 26 de țări europene comparate, România avea cele mai înalte rate standardizate ale mortalității (locurile 1–3) la decesele prin toate cauzele și la cele prin bolile aparatului circulator, bolile cerebro-vasculare, bolile acute și cronice ale aparatului respirator, bolile aparatului digestiv, inclusiv ciroza ficatului, bolile infecțioase și parazitare.

Evident că măsurarea și interpretarea stării de sănătate exclusiv prin indicatorii de mortalitate, deși curent folosită, are limite importante atunci când în structura demografică cresc grupele vârstnice și când modelul de morbiditate și, implicit, de mortalitate începe să fie dominat de boli cronice, rareori curabile, dar frecvent având drept rezultat incapacitatea. O anchetă recent făcută în România pe un eșantion reprezentativ național, alcătuit din persoane de 18–89 ani, pentru a măsura calitatea vieții, a confirmat starea de sănătate precară a populației. Folosind ca instrument de lucru chestionarul MOS SF-36, o proporție de 44% din persoanele chestionate (de vârstă 18–89 ani) au afirmat despre propria lor sănătate că este mediocră și proastă, în timp ce restul de 56% au apreciat-o ca fiind bună, foarte bună sau excelentă.

Principalii factori responsabili de această situație sunt cei de natură economică, socială, comportamentală, ambientală și sanitară.

Pentru strategiile de prevenire și combatere a mortalității, sectorul sanitar este interesat să știe care ar putea fi contribuția sa, cât din povara mortalității se poate imputa alocării și utilizării necorespunzătoare a resurselor sau calității discutabile a îngrijirilor medicale. Un demers interesant a apărut la sfârșitul ani-

lor 1970, prin apariția noțiunii de mortalitate evitabilă (David D. Rutstein), ca indicator al calității îngrijirilor de sănătate. O listă de aproximativ 80 de cazuri de deces au fost considerate dependente de intervenția medicală, fiind publicate în 1976 de grupul american de lucru condus de David D. Rutstein.

R.J. Charlton și alții au dezvoltat mai departe conceptul și modelele în studiul mortalității în Marea Britanie. Ei au selectat 15 cauze de deces, modificând lista inițială a lui Rutstein. Prin consens au stabilit că mortalitatea pentru anumite grupe de vârstă depinde de intervențiile medicale. Ratele de deces pentru aceste cauze, pentru grupele de vârstă specificate, ar putea servi ca indicatori ai calității asistenței medicale.

Urmând același procedeu, un grup de lucru al Comunității Europene a analizat variațiile în mortalitatea evitabilă prin 14 condiții, comparând diferite țări și zone administrative.

W.W. Holland și alții au propus o listă operativă a cauzelor evitabile de deces, împărțite în două categorii, în conformitate cu impactul procedurilor de profilaxie primară sau secundară asupra acestor boli. Astfel, se consideră un grup de boli care, datorită ineficienței măsurilor de profilaxie secundară și/sau unor tratamente necorespunzătoare aplicate unor persoane din anumite grupe de vârstă, generează rate înalte de mortalitate. Din această categorie fac parte: tuberculoza, cancerul de col uterin, boala Hodgkin, bolile cronice ale inimii, hipertensiunea și bolile cerebro-vasculare, bolile respiratorii ale copilului, astmul, hernia abdominală, colelitiaza și colecistita, mortalitatea perinatală și mortalitatea maternă.

Un alt grup de decese evitabile depinde de strategiile preventive pe plan național și vizează cu precădere ansamblul măsurilor de profilaxie primordială și primară care se adresează în special unor comportamente defavorabile sănătății, cum sunt, de exemplu, fumatul sau excesul de băuturi alcoolice.

Având în vedere faptul că în România, în intervalul ultimilor 5 ani, rata brută a mortalității a crescut de la 10,6% în 1990, la 11,7% în 1994, deci cu circa 10%, ipoteza noastră a fost că o parte din aceste decese pot fi imputate asistenței medicale; prin evitarea lor s-ar putea ameliora evoluția mortalității și, ca o consecință, s-ar acționa și asupra sporului natural al populației, anilor potențiali de viață și duratei medii de viață.

Scopul acestui studiu a fost de a determina în ce măsură factorul medico-sanitar a fost răspunzător de această situație.

Obiectivele lucrării au fost:

- să determine numărul de ani de viață care ar putea fi câștigați prin prevenirea deceselor evitabile, în România, în anul 1994;
- să identifice dacă acest câștig poate fi obținut în principal prin profilaxie primară sau secundară și asistență medicală corespunzătoare.

Metoda

Au fost incluse în categoria decese evitabile cauzele și vârstele propuse de Biroul Regional O.M.S. pentru Europa, împreună cu Oficiul Central de Statistică din Ungaria (tabelul nr. 1). Această opțiune a avut în vedere interesul comparabilității rezultatelor cu celelalte țări din Europa Centrală și de Est.

Acest tabel este preluat din lucrarea sus-amintită, cu singura modificare că, pentru anul 1994, a trebuit să utilizăm revizia a X-a a clasificării internaționale a bolilor. Din acest motiv, prima coloană care urmează după grupele de vârstă conține corespondența codurilor pentru revizia a X-a, respectiv cauzele de deces cu care s-a lucrat efectiv în acest studiu. De asemenea, la punctul 3 în tabelul inițial există tumora de col și corp uterin, dar pentru a evita o dublă înregistrare s-a luat în considerare numai tumora de corp uterin.

Datele au fost obținute de la Comisia Națională pentru Statistică (CNS) pentru anul 1994.

Au fost calculate prin utilizarea pachetului de programe MORTPAK 8 tabele de mortalitate, din care 4 pentru sexul masculin și 4 pentru sexul feminin. S-a calculat speranța de viață pentru cauzele de deces, sexul masculin și sexul feminin, anul 1994, apoi speranța de viață în ipoteza eliminării cauzelor evitabile de deces pentru fiecare sex în parte, precum și speranța de viață în ipoteza eliminării deceselor datorate profilaxiei primare și a celei secundare. În cazul eliminării cauzelor de deces mai sus menționate, tabelele de mortalitate s-au construit utilizând probabilitățile competitive de deces.

Au fost, de asemenea, obținute de la CNS decesele pentru cauzele de deces evitabile pentru cele 41 de județe ale țării.

Tabel nr.1. Cauzele de deces evitabile recomandate țărilor din Europa Centrală și de Est

| Cauze | Grupa de vârstă | Codurile ICD-X lista de bază | Codurile ICD-X lista de bază | Prescurtări |
|---|-----------------|------------------------------|------------------------------|-------------|
| <i>Indicatori ai asistenței medicale (profilaxie secundară)</i> | | | | |
| 1. Tuberculoză – incluzând efectele târzii ale tuberculozei | 5-64 | 014-017 | 02,077 | TUB |
| 2. Tumora malignă de col uterin | 15-64 | 127 | 120 | CERV |
| 3. Tumora malignă de corp uterin | 15-54 | 128,129 | 122 | UTER |
| 4. Boala Hodgkin | 5-64 | 154 | 140 | HODG |
| 5. Cardiopatia reumatismală cronică | 5-44 | 448,445, 450,451, 452 | 251 | CHR |
| 6. Toate bolile aparatului respirator | 1-14 | 498-542 | 31,32 | RESP |
| 7. Astmul | 5-44 | 527 | din 323 | ASTH |

| Cauze | Grupa de vârstă | Codurile ICD-X lista de bază | Codurile ICD-X lista de bază | Prescurtări |
|--|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------|
| 8. Apendicita | 5-64 | 562, 563 | 342 | APP |
| 9. Hernia abdominală | 5-64 | 564, 565, 566 | 343 | HERN |
| 10. Colelitiiza, colecistita | 5-64 | 584, 585 | 348 | CHOL |
| 11. Bolile hipertensive și cerebro-vasculare | 35-64 | 453-457 477-481 | 26,29 | HYPC |
| 12. Decese materne | toate | 733-777 | 38, 39, 40,41 | MAT |
| 13. Mortalitatea perinată | sub o săpt. și născuții morți | | | PER |
| <i>Indicatori ai politicii sanitare naționale (profilaxia primară)</i> | | | | |
| 14. Cancerul traheii, bronhiilor și plămânului | 5-64 | 110, 111 | 101 | MLUN |
| 15. Ciroza ficatului | 15-64 | 578, 581 | 347. | CIRL |
| 16. Accidente de vehicule cu motor | 5-64 | 976 | E471 | MOTV |

Rezultate

În anul 1994 au existat în România 35.233 decese evitabile, din care 11.825 au fost înregistrate la sexul feminin și 23.408 la sexul masculin (tabel nr. 2).

Tabel nr. 2. Decesele evitabile și ponderea lor în totalul deceselor, în anul 1994, în România

| Sexul | Total decese | din care evitabile (total) | evitabile prin: | |
|----------|--------------|----------------------------|----------------------|--------------------|
| | | | profilaxie secundară | profilaxie primară |
| Masculin | 145196 | 23408 | 12191 | 11217 |
| % | 100 | 16,12 | 8,40 | 7,72 |
| Feminin | 120905 | 11825 | 8533 | 3292 |
| % | 100 | 9,78 | 7,06 | 2,72 |
| Total | 266101 | 35233 | 20724 | 14509 |
| % | 100 | 13,24 | 7,79 | 5,45 |

Se observă că 13,2% din decesele anului 1994 se datoresc cauzelor evitabile de deces la cele două sexe și ele se distribuie pe sexe, după cum se poate observa în tabelul nr. 2.

Dacă aceste decese n-ar fi apărut, mortalitatea generală în România ar fi fost în anul 1994 de 10,6%, în loc 11,7%.

Un alt element important este cel al ponderii mai mari a deceselor cauzate de eșecul în profilaxia secundară. Este vorba de eșecul în aplicarea măsurilor curativo-profilactice, respectiv depistarea precoce a bolii, măsuri adecvate privind controlul evoluției bolii, prevenirea urmărilor și schimbarea cursului nefavorabil al evoluției bolii la nivelul individului. Decesele imputabile curențelor în calitatea îngrijirilor medicale reprezintă circa 8% la sexul masculin și circa 7% la sexul feminin.

În ceea ce privește **profilaxia primară**, ea se adresează oamenilor sănătoși cu intenția de a rămâne sănătoși, de a nu face boala, urmărind reducerea incidenței unor afecțiuni prin influențarea factorilor de risc, creșterea rezistenței organismului sau întreruperea căilor de transmitere.

Aprecierea rezultatelor modului în care se asigură profilaxia primară în România duce la constatarea că ineficacitatea ei a generat la bărbați o pondere de 7,7% a deceselor evitabile și de 2,7% pentru sexul feminin. Aceste decese nu pot fi imputate decât într-o proporție de 10–15% sectorului medical, cei mai mulți factori fiind de ordin social, economic și comportamental.

De aceea, aici poate fi incriminată în primul rând politica în domeniul sănătății. Se poate afirma că în România asistența medicală și profilaxia secundară contribuie într-o mai mare măsură la formarea mortalității decât factorii care țin de politica sanitară națională și de profilaxia primară. Situația este inversă în țările dezvoltate ale Europei. Rezultă că, în condițiile actuale ale României, cheltuielile societății pentru creșterea calității asistenței medicale și a eficienței interne a sistemului sunt încă de mare actualitate.

Merita menționat însă că eforturile pentru influențarea unor factori de risc, cum ar fi îmbunătățirea condițiilor de mediu (calitatea apei, aerului, solului etc.) modificarea în sens pozitiv a comportamentului individual (consumul de alcool, tutun etc.), măsurile de igienă și identificarea timpurie a cazurilor cu risc înalt de îmbolnăvire și deces ar avea efecte substanțiale asupra supraviețuirii persoanelor, mai ales de sex masculin. Aceste eforturi ar putea fi incluse într-o strategie națională integrată de asigurare a sănătății, bazată pe principiile sănătății pentru toți, recomandată cu atâta insistență de OMS și adaptată particularităților din țara noastră.

Să urmărim, în cele ce urmează, cum s-ar reflecta asupra speranței de viață la naștere eliminarea totală a deceselor evitabile, ca urmare a unor acțiuni concertate curativo-profilactice și în prevenirea primară.

Tabel nr. 3
Speranța de viață la naștere și anii de viață câștigați, după eliminarea deceselor evitabile în România, în anul 1994

| Sexul | actuală | fără decese evitabile | fără decese prin prevenție secundară | fără decese prin prevenție primară |
|----------|---------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Masculin | 65,67 | 67,98 | 67,25 | 67,25 |
| | ani câștigați | 4,01 | 2,31 | 1,58 |
| Feminin | 73,32 | 75,98 | 75,37 | 73,91 |
| | ani câștigați | 2,66 | 2,05 | 0,59 |
| Total | 69,31 | 72,80 | 71,58 | 70,52 |
| | ani câștigați | 3,49 | 2,27 | 1,21 |

Se constată un câștig de 3,5 ani (respectiv 4 ani la sexul masculin și circa 2,5 ani la sexul feminin), în condițiile eliminării totale a deceselor evitabile. Aceste rezultate confirmă necesitatea îmbunătățirii calității asistenței medicale în România. În acest caz, câștigul în ani de viață ar fi mai mare decât cel obținut prin eliminarea deceselor ca urmare a profilaxiei primare.

Un calcul asemănător s-a efectuat pentru cele 41 de județe ale țării (obținerea speranței de viață la naștere în 1994 pentru ambele sexe, pentru fiecare județ, cât și în ipoteza eliminării deceselor evitabile). În acest caz, sporul în ani care s-ar adăuga speranței de viață prin eliminarea deceselor evitabile variază între 2,73 ani pentru județul Cluj și 4,12 ani pentru județul Satu Mare. Rețin atenția ultimele două județe: Ialomița și Satu Mare. În felul acesta ne putem explica, în parte, de ce Satu Mare deține cea mai mare mortalitate standardizată din țară, din 1980 și până în prezent: din cauza unor ineficiente măsuri de profilaxie primară și secundară, fără însă a pretinde că este unicul motiv. În ceea ce privește județul Ialomița, mortalitatea cauzată de boli ale aparatului respirator, la copii, a fost cea mai ridicată din țară în 1994, în timp ce mortalitatea infantilă în același an, pentru acest județ, a fost de 36,1%. Salvarea unor vieți foarte tinere, printr-o profilaxie adecvată, ar trebui să aibă ca efect un câștig important în speranța de viață la naștere a acestui județ.

Concluzii

Există un interes în creștere în utilizarea conceptului deceselor evitabile, ca un indicator al calității și rezultatelor serviciilor de îngrijiri pentru sănătate. Conceptul este bazat pe faptul că, pentru unele boli, cunoștințele și tehnologiile existente ar fi capabile să reducă substanțial riscul de deces cu grad înalt de probabilitate, dacă mecanismele curente de evaluare și asigurare a calității ar fi ameliorate și introduse în practica medicală.

Avantajul utilizării indicatorilor este că poate fi înțeles de marele public, dar poate fi interpretat și de experți.

Utilizarea datelor dintr-un singur an, 1994, și nu a unei perioade de 3–5 ani, reprezintă evident o limită, dar ea ni s-a impus din cauza imposibilității obținerii datelor pentru o perioadă retrospectivă mai mare. Cu această limită acceptată, considerăm că rezultatele noastre merită să fie luate în considerare de către cei care iau decizii în domeniul sănătății la nivel național sau subnațional. Indicatorii derivați din măsurarea deceselor evitabile ar putea servi drept obiective strategice valide pentru acțiuni de intervenție intersectoriale.

Având în vedere că, sub raport demografic, se înregistrează un spor natural negativ și că, pe termen scurt, este puțin probabil să se înregistreze o creștere a natalității, reducerea mortalității ar putea constitui o alternativă strategică viabilă, mai ales în perioada pe care o traversează țara noastră în prezent.

PERSPECTIVE ALE MORTALITĂȚII, PE CAUZE DE DECES, ÎN ROMÂNIA

Cornelia MUREȘAN

Evoluția mortalității este determinată de numeroși factori, care, în condiții diferite, acționează cu intensități diferite. Printre acești factori, dominanți sunt nivelul cunoștințelor medicale și calitatea mijloacelor de prevenție și terapeutice disponibile. Aceștia poartă cele mai bune promisiuni de progres pentru viitor. Independent de țara pentru care dorim să realizăm proiectări ale mortalității, dacă plecăm de la ideea că toate mijloacele de prevenire și de vindecare disponibile sunt mobilizate împotriva morții, una din cele mai plauzibile ipoteze ar fi retragerea mortalității către intensitățile atinse în țările cu cele mai remarcabile progrese. Aceste considerații, împreună cu studiul tendințelor recente ale mortalității și extrapolarea lor pentru anii care urmează ne-ar conduce la proiectări cu gradul cel mai mare de plauzibilitate.

Procedura nu este totuși chiar atât de clară. Există câteodată perioade de stagnare sau chiar de involuție a mortalității. Dacă aceste stări persistă, nu mai suntem abilitați să proiectăm mortalitatea în modul descris mai sus. Analiza evoluției mortalității trebuie făcută mai aprofundat, pentru a izola cauzele de deces responsabile de degradarea sănătății populației și pentru a le identifica pe cele care sunt susceptibile de a genera progrese. Ar urma apoi identificarea condițiilor responsabile de deteriorarea observată și evaluarea duratei posibile de persistență. Numai după aceste operații vom putea formula ipoteze plauzibile, care să ne permită estimarea parametrilor mortalității pentru anii care urmează.

Cazul României, ca de altfel al majorității țărilor din Europa Centrală și de Est, este cel descris mai sus. Înainte de evaluarea perspectivelor mortalității am încercat deci să identificăm categoriile de populații atinse de aceste deteriorări și să analizăm cauzele de deces responsabile.

I. România în context internațional

1. Evoluția istorică a principalilor indicatori

Dacă trecem în revistă studiile, puține de altfel, care se ocupă de mortalitatea din România, vom observa că ele scot în evidență poziția, de obicei prin-

tre ultimele, a țării noastre în topul țărilor europene. Astfel, la începutul secolului XX, primele tabele de mortalitate constituite pentru România (tabela pentru 1900 a fost calculată de Sanielevici pe baza datelor de la primul recensământ care a dat structura pe vârste a populației, cel din 1899) indică o *speranță de viață la naștere* dintre cele mai scăzute pentru acele vremuri: 36,1 ani pentru bărbați și 43,4 ani pentru femei. Conform unui studiu (GHETĂU, 1977), doar Spania se situa la un nivel mai scăzut. Cu toate progresele făcute în anii care au urmat, România a continuat să rămână pe aceeași poziție din cauza păstrării decalajelor înregistrate la începutul secolului. Către 1930, Spania a trecut înaintea României. O precizare se impune totuși: multe din actualele țări ale Europei nu erau încă constituite și, pentru multe dintre ele nu dispunem de valorile speranței de viață de la începutul secolului. La sfârșitul celui de al doilea război mondial se înregistrau doar 3 țări (MESLE, 1991) cu o speranță de viață la naștere mai scăzută: Portugalia, Iugoslavia și Albania. Până la începutul anilor 60, decalajele existente între țările Europei s-au redus considerabil, după această dată evoluția mortalității determinând o diferențiere netă între țările Europei Occidentale și cele considerate ca aparținând Europei de Est. Primele au înregistrat progrese continue, iar celelalte, progrese mai lente și chiar regrese.

Tabelul nr. 1 sintetizează evoluția speranței de viață la naștere în România, nu atât în context european, cât într-unul mai redus: cel al țărilor vecine ei. Pentru a sesiza și decalajul față de Europa Occidentală, am adăugat în tabel Franța, ca reprezentantă a acestui grup de țări.

Tabel nr. 1. Evoluția speranței de viață la naștere, în România, în țările vecine ei și în Franța

| | Sex masculin | | | | | Sex feminin | | | | |
|------------|--------------|------|------|------|------|-------------|------|------|------|------|
| | 1956 | 1965 | 1975 | 1985 | 1990 | 1956 | 1965 | 1975 | 1985 | 1990 |
| Bulgaria | 64,2 | 68,8 | 68,7 | 68,2 | 68,0 | 67,7 | 72,7 | 73,9 | 74,4 | 74,7 |
| Iugoslavia | 59,3 | 63,4 | 66,9 | 67,1 | 69,1 | 61,8 | 66,9 | 71,7 | 73,6 | 74,9 |
| România | 61,5 | 66,5 | 67,4 | 66,8 | 66,6 | 65,0 | 70,5 | 72,0 | 72,8 | 73,0 |
| R.Moldova | - | - | 64,2 | 63,1 | 65,0 | - | - | 70,3 | 69,5 | 71,8 |
| Ucraina | - | - | 65,5 | 65,9 | 65,6 | - | - | 74,2 | 74,5 | 74,9 |
| Ungaria | 63,3 | 66,6 | 66,2 | 65,1 | 65,1 | 68,5 | 71,5 | 72,5 | 73,1 | 73,7 |
| Franța | 65,2 | 67,5 | 69,0 | 71,3 | 72,8 | 71,7 | 74,7 | 76,9 | 79,4 | 80,9 |

Toate țările figurate în tabel au cunoscut o ameliorare a mortalității în perioada de după cel de Al Doilea Război Mondial. Progresele au fost constante până în 1965. Apoi remarcăm o tendință de încetinire a câștigurilor de durată a vieții la femei și chiar o tendință de scădere la bărbați. Dacă în Bulgaria și în Ungaria bărbații și-au văzut speranța de viață regresând începând cu 1965, în România această tendință s-a instalat cu 10 ani mai târziu. Femeile au continuat să-și vadă durata de viață lungindu-se, dar handicapul care le separa de

cele din țările vecine a rămas același și după 1965. Iugoslavia a făcut excepție: ea a pornit de la nivelul cel mai scăzut, dar nu a încetat să progreseze (cel puțin până în 1990). O evoluție similară a avut și Franța, dar desigur la un nivel mult mai ridicat. În concluzie, în 1990 România se găsea, în ceea ce privește speranța de viață la naștere, înaintea a 3 dintre cei 5 vecini ai săi (Ungaria, Republica Moldova și Ucraina), pentru bărbați, și pe penultimul loc, înaintea Republicii Moldova, pentru femei.

Analiza unui alt indicator de mare expresivitate, *rata mortalității infantile*, ne va conduce la un clasament asemănător celui rezultat din analiza speranței de viață la naștere. România concurează din nou pentru ultimele locuri din Europa. Către 1900 mortalitatea infantilă era de 197 decese sub 1 an la 1000 de născuți vii, pe când în Franța era de 162‰. Reducerea ariei de comparație la țările vecine duce la restrângerea distanțelor care o separă de celelalte țări. După cel de Al Doilea Război Mondial, mortalitatea infantilă în România era mai mică (78,2‰) decât în Bulgaria (82,4‰) sau în Iugoslavia (112,8‰).

Tabel nr. 2. Evoluția ratelor mortalității infantile în România, în țările vecine ei și în Franța

| | 1900 | 1930 | 1955 | 1965 | 1975 | 1985 | 1990 |
|-------------------|------|-------|-------|------|------|--------|--------|
| Bulgaria | 132 | 138 | 82,4 | 30,8 | 23,1 | 15,4 | 14,8** |
| Iugoslavia | 150 | 153 | 112,8 | 71,8 | 39,8 | 28,3 | 20* |
| Republica Moldova | - | - | 60* | 43* | 37* | 27* | 25* |
| România | 197 | 175,6 | 78,2 | 44,1 | 34,7 | 25,6 | 26,9 |
| Ucraina | - | - | 68* | 27* | 22* | 15,9** | 13,0** |
| Ungaria | 223 | 153 | 60,0 | 38,8 | 32,8 | 20,4 | 14,8** |
| Franța | 162 | 78,2 | 38,6 | 21,9 | 13,8 | 8,3 | 7,3 |

* Sursa: *World Population Prospects: The 1994 Revision, United Nation (date aproximative)*;

** Sursa: *Crisis in Mortality, Health and Nutrition. UNICEF, Regional Monitoring Report, no. 2/1994*

Deși s-au făcut progrese importante în reducerea mortalității infantile de-a lungul timpului (așa cum ilustrează datele din tabelul nr. 2), ele nu s-au ridicat la nivelul celor înregistrate în Europa Occidentală. Decalajul față de Franța s-a adâncit: în 1965 mortalitatea infantilă a fost dublă la români, peste 20 de ani (în 1985) nivelul ei era de trei ori mai ridicat, iar în 1993 aproape că este cvadruplu. Față de țările vecine, distanța era însă mai mică: Bulgaria și Ungaria sunt țările în care mortalitatea infantilă a scăzut într-un ritm accelerat, ajungând în 1993 să reprezinte 57% și 67% din valoarea aceluiași indicator în România. Deși datele din tabel arată progrese similare pentru Ucraina cu cele din Ungaria și Bulgaria, se pare că ele nu sunt chiar atât de nete, întrucât mortalitatea infantilă din țările fostei Uniuni Sovietice sunt subevaluate din cauza aplicării unor definiții diferite de cele recomandate de Organizația Mondială a Sănătății

atât pentru nașterile vii, cât și pentru decesele din prima săptămână de viață. Sistemul sovietic de înregistrare a mortalității infantile nu includea printre nașterile vii, și deci nici printre decesele infantile, copiii născuți înainte de 28 săptămâni de gestație, cu o greutate sub 1000 grame sau cu o lungime sub 35 centimetri, dacă aceștia mureau în prima lor săptămână de viață. France Meslé propune o majorare a valorilor indicatorului cu 25% pentru întreaga perioadă 1958–1993 pentru majoritatea republicilor din fosta URSS. Această corecție este considerată ca fiind necesară pentru a evalua incidența creșterii cu 50% a mortalității neonatale reale, corecte, asupra mortalității infantile. Chiar și valorile astfel corectate situează Ucraina pe poziții sistematic mai bune decât România și aproape de cele ocupate de Bulgaria și Ungaria, începând cu 1955, locul ultim în grupul celor 6 țări vecine, privind intensitatea mortalității infantile, a fost ocupat de Iugoslavia, urmând apoi cu valori apropiate România și Republica Moldova. După 1975, decalajul între aceste trei țări s-a redus. În perioada recentă pare că România se situează pe ultimul loc în clasamentul indus de mortalitatea infantilă, dar calitatea îndoielnică a datelor pentru Republica Moldova sau pentru Iugoslavia ne obligă să nu o putem afirma cu certitudine.

2. Evoluția speranței de viață la naștere, în ultimul deceniu (1984–1994)

Influența variațiilor mortalității la diferite vârste și, datorită diferitelor cauze de deces asupra speranței de viață nu este uniformă. Datele noastre permit descompunerea variațiilor în fragmente datorate uneia sau alteia din cauze, uneia sau alteia din grupe de vârste, după o metodă propusă de John Pollard în 1988. Valorile speranței de viață pentru care se calculează diferențele trebuie să fi fost obținute pe baza aceluiași rate de mortalitate care intervin în calculul descompunerii lor în funcție de cauză sau de grupă de vârstă. Cu alte cuvinte, nu putem utiliza rate anuale în combinații cu tabele de mortalitate obținute pe baza ratelor din 3 sau 5 ani consecutivi. Or, în România, tabelele de mortalitate sunt trienale. Tabelul nr. 3 ilustrează evoluția speranței de viață în ultimul deceniu, alăturând valorile obținute de noi pe baza ratelor anuale celor publicate în Anuarul Statistic al României, calculate pe o bază trienală.

Tabel nr. 3. Speranțele de viață la naștere, calculate pe baza ratelor anuale, și cele publicate de Comisia Națională pentru Statistică

| Perioada | Serii anuale | | Perioada | Serii trienale | |
|----------|--------------|-------------|-----------|----------------|-------------|
| | Sex masculin | Sex feminin | | Sex masculin | Sex feminin |
| 1984 | 67,1 | 72,8 | 1983-1985 | 66,8 | 72,7 |
| 1985 | 66,5 | 72,5 | 1984-1986 | 66,8 | 72,8 |
| 1986 | 66,7 | 72,8 | 1985-1987 | 66,6 | 72,6 |
| 1987 | 66,1 | 72,0 | 1986-1988 | 66,3 | 72,3 |

| Perioada | Serii anuale | | Perioada | Serii trienale | |
|----------|--------------|-------------|-----------|----------------|-------------|
| | Sex masculin | Sex feminin | | Sex masculin | Sex feminin |
| 1988 | 66,4 | 72,3 | 1987-1989 | 66,5 | 72,4 |
| 1989 | 66,5 | 72,6 | 1988-1990 | 66,6 | 72,7 |
| 1990 | 66,5 | 73,0 | 1989-1991 | 66,6 | 73,1 |
| 1991 | 66,8 | 73,4 | 1990-1992 | 66,6 | 73,2 |
| 1992 | 66,0 | 73,2 | 1991-1993 | 66,1 | 73,2 |
| 1993 | 65,8 | 73,2 | 1992-1994 | 65,9 | 73,3 |
| 1994 | 65,6 | 73,1 | | | |

Deși există unele deosebiri, variațiile speranței de viață la naștere fiind mai puțin pronunțate în varianta oficială, trendul general indicat de cele două serii de date indică aceleași direcții. Putem distinge astfel 3 perioade, jalonate de anii 1987 și 1991, când au avut loc schimbări de sens. Din 1984 până în 1987, deși existau anumite oscilații în plus sau în minus ale duratei vieții (mai ales în varianta anuală), totuși, per ansamblu, o putem considera ca perioadă de regres, de înrăutățire a stării de sănătate, atât la femei, cât și la bărbați. Între 1987 și 1991 se câștigă, an de an, câte aproximativ 0,17 ani de viață la bărbați și dublu – circa 0,34 ani – la femei. În perioada 1991–1994 au început să se manifeste efectele negative ale tranziției, caracterizată prin înrăutățirea nutriției și a stării de sănătate, cu efecte directe asupra reducerii duratei de viață. Astfel, femeile au pierdut în 4 ani aproape 3 luni din speranța de viață la naștere, iar bărbații de 5 ori mai mult, adică 1,22 ani, accentuându-se supramortalitatea masculină (în 1994 diferența de speranță de viață la naștere între cele două sexe a ajuns la 7,5 ani).

Actualmente, România se situează, în ceea ce privește durata vieții, între țările Uniunii Europene și cele din fosta Uniune Sovietică. Bărbații din țara noastră, în 1993, aveau o speranță de viață la naștere (65,8 ani) cu 7,5 ani mai mică decât cea a francezilor; dar tot cu atât mai mare (mai exact cu 7 ani) decât a rușilor. În cazul sexului feminin, unde speranța de viață la naștere era de 73,2 ani, decalajul era mai mic față de Rusia, doar cu 1,3 ani în plus, și mai mare față de Franța, cu 8,3 ani în minus. Adâncirea diferențelor față de Rusia a intervenit, în ultimul timp, din cauza agravării sensibil mai accentuate a stării de sănătate în această țară (SHKOLNIKOV, MESLE, VALLIN, 1995). Comparația dintre pierderile de speranță de viață din România și cele din Rusia arată nu doar diferențe de amplitudine, dar și de structură: morțile violente au avut o contribuție proporțional mai mică în România, iar ponderea deceselor cauzate de bolile aparatului respirator a scăzut la noi, spre deosebire de Rusia, unde ea a crescut. Rămâne comună ineficacitatea luptei contra bolilor cerebro-vasculare, a cancerului și, vom vedea, împotriva bolilor societății.

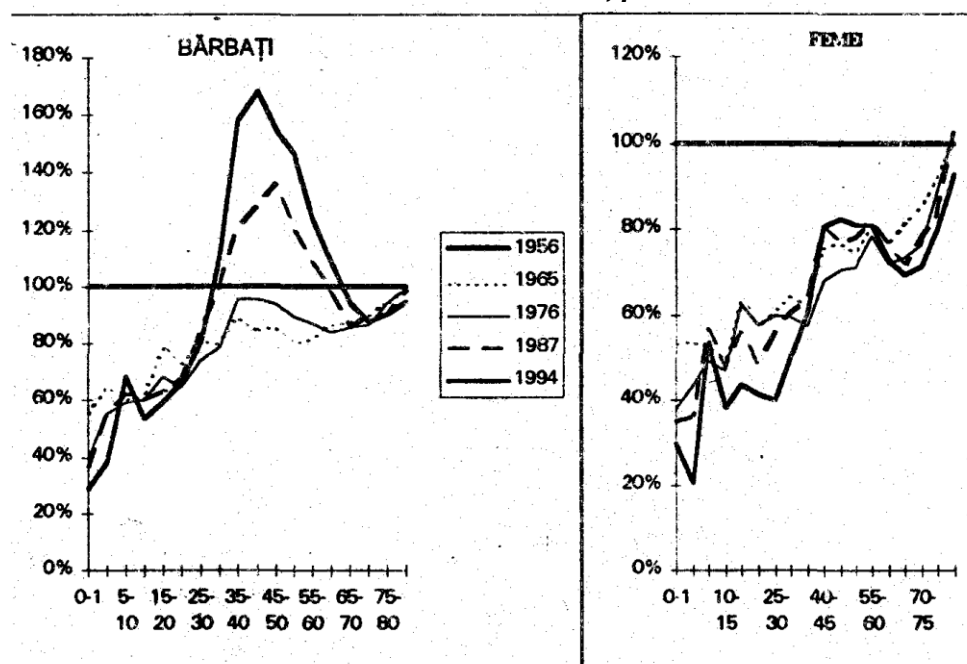
II. Evoluția structurii mortalității

Între 1900 și 1994 speranța de viață la naștere a crescut cu 81,5% pentru bărbați și cu 98,6% pentru femei. Aceste progrese erau deja făcute în 1970 la sexul masculin și în proporție de 91,6% și la sexul feminin. De la această dată câștigurile de speranță de viață sunt mult mai reduse și se realizează doar la anumite categorii de vârste și în proporții diferite față de cele realizate în primele trei sferturi de secol.

1. La unele vârste progrese, la altele regrese

Nu toate categoriile populației au fost afectate în același fel de fluctuațiile speranței de viață. Raportând probabilitățile de deces din 4 tabele de mortalitate din diverse perioade la prima tabelă de după război, putem observa complexitatea mișcărilor care au afectat fenomenul mortalității în ultimele decenii, diferențiat pe sexe și pe grupe de vârste (figura nr. 1).

Figura nr. 1. Raportul probabilităților de deces din câteva tabele de mortalitate la tabela din 1956, pe sexe



Cele mai importante progrese realizate după război au fost, desigur, cele de la mortalitatea infantilă, pe baza victoriilor raportate asupra bolilor infecțioase, urmate de vârstele tinere și apoi de vârsta a treia. Chiar dacă există câteva

grupe de vârste în care progresele sunt aproape regulate, suntem totuși frapați de amplitudinea progreselor realizate de grupele de vârste adulte și, mai ales, de regresele care încep să se facă simțite încă din 1976.

La sexul masculin probabilitățile de deces au fost mai mari în 1976 față de 1956, cu până la 20% la grupa 35–59 ani, iar această tendință a luat amploare apoi atât prin extinderea ariei subpopulațiilor afectate de la 30 până la 70 ani, cât și prin mărirea intensității mortalității. Astfel, la grupa de vârste 40–44 ani probabilitățile de deces au fost cu aproape 70% mai mari în 1994 decât în 1956. La femeile adulte fenomenul creșterii probabilităților de deces a început să se manifeste abia după 1976. El cuprindea femeile între 35 și 60 de ani și a atins apogeul tot în 1994, fără ca situația să fie mai rea decât în 1956, cum era în cazul bărbaților, amplitudinea regresului nedepășind 10% la nici o vârstă.

O nouă grupă cu risc de deces în creștere este grupa 5–10 ani la ambele sexe. În ultima perioadă, 1991–1994, probabilitățile de deces la această vârstă au crescut, reflectând fără îndoială creșterea numărului de decedați al copiilor bolnavi de SIDA.

O altă modalitate de sesizare a categoriilor de populație afectate de schimbări este descompunerea variațiilor speranței de viață la naștere în 6 mari grupe de vârste (tabelul nr. 4), conform aceleiași metode Pollard.

Tabel nr. 4. Contribuția a 6 grupe mari de vârste la variația speranței de viață la naștere (1984-1994), în sutimi de an

| Vârsta | Sex masculin | | | Sex feminin | | |
|-----------|--------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| | 1984-1987 | 1987-1991 | 1991-1994 | 1984-1987 | 1987-1991 | 1991-1994 |
| 0 ani | -42 | 47 | -5 | -34 | 38 | -10 |
| 1-14 ani | -8 | 15 | 2 | -12 | 24 | 4 |
| 15-29 ani | -5 | 6 | -3 | -1 | 9 | 3 |
| 30-59 ani | -30 | -9 | -88 | -15 | 20 | -20 |
| 60-74 ani | -10 | 2 | -27 | -7 | 25 | -4 |
| 75+ ani | - | 5 | -1 | -6 | 15 | 3 |
| Total | -96 | 66 | -122 | -75 | 131 | -24 |

În perioada 1984–1987 s-au pierdut din speranța de viață la naștere 0,96 ani la bărbați și 0,75 ani la femei. Jumătate din aceste pierderi au fost cauzate de mortalitatea infantilă, care a crescut de la 23,4 la 28,9 decese sub un an la 1000 de născuți vii, cealaltă jumătate fiind imputabilă altor grupe de vârste. La bărbați, cei mai afectați au fost adulții între 30 și 60 de ani, care au pierdut 0,3 ani, urmându-le cei în vârstă între 60 și 75 ani, cu pierderi de 0,1 an. La femei, cele mai vulnerabile în fața morții s-au dovedii tot cele de vârste adulte, între 30 și 60 de ani, cu pierderi de 0,15 ani din speranța de viață, dar și copiii între 1–15 ani, cu pierderi de 0,12 ani.

Perioada de recul a mortalității dintre anii 1987 și 1991 a însemnat recuperarea pierderilor din perioada anterioară în proporție de aproape 70% la bărbați și o recuperare totală plus chiar o creștere a duratei de viață feminine cu o jumătate de an față de 1984. Mortalitatea infantilă a revenit la valorile ei inițiale dinainte de creștere, s-au recuperat pierderile și s-au făcut noi progrese la copiii sub 15 ani de ambele sexe. La femei, fiecare grupă de vârste și-a adus contribuția la creșterea speranței de viață cu valori între 0,1 și 0,38 ani. Nu același lucru putem spune în cazul bărbaților, unde progresele au fost mult mai modeste și chiar au lipsit la unele grupe de vârste adulte. Astfel, semnalăm micile câștiguri de 0,06 ani la tinerii adulți de 15–29 ani, de 0,02–0,09 ani la cei peste 60 de ani și pierderea a încă 0,09 ani de speranță de viață, adăugate pierderilor din perioada anterioară a celor din grupa de vârstă între 30 și 59 de ani.

Și aici se vede că ultimii 4 ani, 1991–1994, au fost marcați din nou de o scădere a speranței de viață la naștere, extrem de ridicată la bărbați (–1,22 ani) și mai mică la femei (–0,24 ani). Cea mai mare parte a acestui regres, adică 1,15 ani, s-a făcut tot pe seama adulților bărbați situați între 30 și 75 ani și a femeilor între 30 și 60 ani (–0,2 ani). Mortalitatea infantilă a jucat un rol mai mic de astă dată. Semnalăm totuși existența unor grupe de vârste, 1–29 ani și peste 75 ani, în cazul populației de sex feminin, care au înregistrat progrese contrarând pierderile de la alte grupe.

2. Contribuția cauzelor de deces la variațiile speranței de viață la naștere

Descompunerea diferențelor dintre speranțele de viață la naștere de la începutul și sfârșitul perioadelor, după cauzele de deces, este ilustrată de tabelul nr. 5.

Tabel nr. 5. Contribuția cauzelor de deces la variația speranței de viață la naștere, în sutimi de an

| | Boli infecțioase | Tumori | Boli cardio- vasc. | Boli cerebro- vasc. | Boli ale aparat. respir. | Boli ale aparat. digestiv | Alte mala- dii | Morți vio- lente | Toate cau- zele |
|-----------------|---------------------|--------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| <i>Masculin</i> | | | | | | | | | |
| 1984-87 | -14 | -14 | - | -13 | -21 | -14 | -11 | -9 | -96 |
| 1987-91 | 6 | -3 | -10 | 5 | 45 | 15 | 15 | -5 | 66 |
| 1991-94 | -17 | -17 | -8 | -46 | 7 | -26 | -8 | -8 | -122 |
| <i>Feminin</i> | | | | | | | | | |
| 1984-87 | -11 | -1 | -1 | -15 | -6 | -15 | -19 | -6 | -75 |
| 1987-91 | 9 | -3 | 23 | 15 | 39 | 17 | 30 | 1 | 131 |
| 1991-94 | -6 | -7 | 35 | -41 | 4 | -13 | - | 4 | -24 |

Aproape toate cauzele de deces au contribuit la scăderea duratei vieții în perioada 1984–1987. Excepție fac bolile cardiovasculare pentru ambele sexe și cancerul pentru sexul feminin.

Redresarea din perioada 1987–1991 s-a datorat cu precădere scăderii mortalității cauzate de bolile respiratorii: 0,45 ani câștigați de bărbați și 0,39 ani de femei. Progrese s-au înregistrat și în lupta împotriva bolilor cardiovasculare, dar numai la sexul feminin. Ele au continuat și în ultima dintre cele 3 perioade, astfel încât, între 1987 și 1994 femeile au câștigat peste o jumătate de an (0,58) de speranță de viață doar pe seama acestei grupe de maladii. Ciudat este că, la bărbați, aceeași grupă de maladii a contribuit la scăderea duratei vieții. Cu toate progresele realizate în stăpânirea bolilor cardiovasculare, celelalte boli ale aparatului circulator, în speță cele de natură cerebrovasculară, au continuat să contribuie negativ la variația speranței de viață, mai ales după 1991.

În ultimii 4 ani s-au pierdut, din cauza accidentelor cerebrale, 0,4 ani de viață la bărbați și tot atât la femei. Alte boli, care continuă să aibă un rol în deteriorarea stării de sănătate, sunt bolile digestive, tumorile și bolile infecțioase. Natura lor dovedește prezența crizei stării de sănătate care însoțește criza generalizată a perioadei actuale. Alături de bolile cardiovasculare (la femei), singura categorie de maladii la care s-au înregistrat progrese și după 1991 sunt bolile respiratorii. La bărbați, această ultimă grupă de cauze este și singura care atenuază, într-o oarecare măsură, contribuția negativă a altor cauze de deces.

Tabel nr. 6. Contribuția pe grupe de vârste cincinale a cauzelor de deces la scăderea speranței de viață dintre anii 1991-1994

| | Boli infecțioase | Tumori | Boli cardiovasculare | Boli cerebrovasculare | Boli ale apar. resp. | Boli ale apar. digest. | Alte maladii | Morți violente | Toate cauzele |
|-----------------|------------------|--------|----------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|--------------|----------------|---------------|
| <i>Masculin</i> | | | | | | | | | |
| 0 ani | -1 | - | - | - | -1 | -2 | -1 | - | -5 |
| 1-4 ani | -2 | - | - | - | 4 | - | 3 | 1 | 6 |
| 5-9 ani | -5 | - | - | - | -1 | - | - | 2 | -5 |
| 10-14 ani | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 15-19 ani | - | - | - | - | -1 | - | - | - | -1 |
| 20-24 ani | - | - | - | - | - | - | - | -2 | -3 |
| 25-29 ani | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 30-34 ani | -1 | - | - | -1 | -1 | -1 | - | - | -3 |
| 35-39 ani | -2 | -1 | -2 | -1 | - | -4 | -2 | -1 | -14 |
| 40-44 ani | -2 | -2 | -3 | -1 | -2 | -4 | -1 | -2 | -18 |
| 45-49 ani | -2 | -1 | -3 | -2 | -1 | -4 | -2 | -1 | -17 |

| | Boli infecțioase | Tumori | Boli cardiovasculare | Boli cerebrovasculare | Boli ale apar. resp. | Boli ale apar. digest. | Alte maladii | Morți violente | Toate cauzele |
|----------------|------------------|--------|----------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|--------------|----------------|---------------|
| 50-54 ani | -1 | -1 | -5 | -4 | - | -4 | -2 | -3 | -19 |
| 55-59 ani | -1 | -4 | -3 | -6 | 1 | -4 | - | -2 | -19 |
| 60-64 ani | - | -3 | -1 | -8 | 2 | -1 | - | -1 | -13 |
| 65-69 ani | - | -2 | 1 | -7 | 2 | -1 | - | - | -8 |
| 70-74 ani | - | -1 | 2 | -7 | 2 | -1 | - | - | -5 |
| 75-79 ani | - | -1 | 4 | -6 | 2 | - | - | - | -2 |
| 80-84 ani | - | -1 | 3 | -3 | 1 | - | - | - | - |
| Total | -17 | -17 | -8 | -46 | 7 | -26 | -8 | -8 | -122 |
| <i>Feminin</i> | | | | | | | | | |
| 0 ani | -1 | - | - | - | 2 | -3 | -7 | -1 | -10 |
| 1-4 ani | -1 | -1 | - | - | -2 | - | 6 | 3 | 6 |
| 5-9 ani | -3 | - | - | - | -1 | - | - | 1 | -3 |
| 10-14 ani | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| 15-19 ani | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| 20-24 ani | - | -1 | - | - | - | - | 1 | - | -1 |
| 25-29 ani | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 1 | 3 |
| 30-34 ani | -1 | 2 | 1 | - | -1 | - | - | - | 2 |
| 35-39 ani | - | 1 | - | - | - | -1 | 1 | - | - |
| 40-44 ani | - | - | - | -1 | - | -1 | - | -1 | -4 |
| 45-49 ani | - | -2 | -1 | -2 | - | -1 | - | - | -6 |
| 50-54 ani | - | -2 | -1 | -2 | - | -2 | - | - | -7 |
| 55-59 ani | - | -2 | 2 | -3 | 1 | -2 | - | -1 | -5 |
| 60-64 ani | - | - | 3 | -3 | 1 | -2 | - | - | -1 |
| 65-69 ani | - | -1 | 7 | -7 | 1 | - | - | - | - |
| 70-74 ani | - | -1 | 7 | -9 | 2 | -1 | - | - | -3 |
| 75-79 ani | - | -1 | 8 | -10 | 2 | - | -1 | - | -2 |
| 80-84 ani | - | - | 9 | -4 | 1 | - | -1 | - | 6 |
| Total | -6 | -7 | 35 | -41 | 4 | -13 | - | 4 | -24 |

Tabelul nr. 6 ilustrează contribuția diverselor cauze de deces, la diferite vârste, la scăderea speranței de viață din ultima perioadă, 1991–1994.

Rolul jucat de *mortalitatea infantilă* în deteriorarea dintre 1984 și 1987, ca și în recuperarea dintre 1987 și 1991, este cel mai important. Cele mai fluctuante contribuții la variațiile speranței de viață aparțin bolilor respiratorii, secundate de cele digestive și infecțioase. Începând însă cu 1991, ponderea mortalității infantile în scăderea duratei vieții este mai scăzută decât în perioada 1984–1987, ea este aproape negliabilă la băieți, dar de 0,1 ani la fete. Cauza principală, alături de bolile aparatului digestiv, o constituie categoria „alte

boli”, care cuprinde la această vârstă în special decesele din cauze perinatale, din cauza anomaliilor congenitale și a complicațiilor lor. Această cauză contribuie însă pozitiv la creșterea speranței de viață, în grupa de vârstă de 1–4 ani, demonstrând deplasarea complicațiilor spre primul an de viață.

Analiza mai amănunțită a mortalității infantile din anii 1991–1994 ne arată că, chiar dacă pe ansamblu valoarea acestui indicator nu a crescut în mod semnificativ, acest lucru s-a datorat, de fapt, evoluției divergente a mortalității neonatale și a celei postneonatale. Dacă ultima a scăzut față de perioadele precedente de la valori de cca 18‰ în perioada 1987–1990, la în jur de 14‰ în perioada 1991–1994, mortalitatea neonatală a manifestat o clară tendință de creștere: de la valori în jur de 8‰, la valori de 9,3‰. Principalul risc de mortalitate infantilă a fost dat de născuții vii sub 2500 grame, a căror rată de deces a fost în 1994 de 101,7‰, față de 16,0‰ la cei peste această greutate. Ministerul Sănătății menționează că procentul, și așa foarte ridicat în comparație cu celelalte țări europene, al născuților vii sub 2500 grame este în creștere (10,6% în 1994 față de 7,0% în 1981). Ceilalți factori de risc în mortalitatea infantilă sunt, în România, vârsta peste 30 de ani a mamei (în special peste 40 de ani, cu o mortalitate de 50,2‰) și gradul redus de școlarizare al mamei. În 1994, 39% din mamele celor decedați sub 1 an au absolvit doar școala elementară, deci au o cultură sanitară insuficientă.

La copii și tineri până la 10 ani remarcăm o recrudescență a bolilor infecțioase, care sunt rău stăpânite în ultimii 4 ani. Incidența deceselor datorate morților violente (accidente, sinucideri și omucideri) sunt în scădere la aceste categorii de vârste.

Contribuția adulților bărbați în deteriorarea speranței de viață dintre anii 1984 și 1987 se situează pe locul secund, după mortalitatea infantilă și pe primul loc în anii '90. Toate maladiile au contribuit la degradare, dar ponderea lor diferă la tinerii adulți (35–54 ani) față de ceilalți (55–69 ani): dacă pentru primii bolile digestive, toată gama de boli ale aparatului circulator și bolile infecțioase s-au dovedit a fi mai periculoase decât la începutul perioadei, pentru ultimii cancerul și bolile cardio-vasculare au devenit mai incisive. Accidentele și leziunile traumatismale în continuă creștere la această categorie au fost și ele responsabile de scăderea duratei de viață.

La *adulții de sex feminin* nici bolile infecțioase, nici cele de origine cardio-vasculară, nici morțile violente nu au produs pierderi suplimentare ca la bărbați, rămânând în schimb tumorile și bolile cerebro-vasculare.

Creșterea mortalității la *vârstele foarte înaintate*, peste 70 de ani, a contribuit mai puțin decât mortalitatea infantilă la deteriorarea duratei vieții în ambele perioade de regres. Contribuția majoră o deține categoria bolilor cerebro-vasculare (prezent și la adulți) și tumorile.

Principalul vinovat în scăderea speranței de viață din ultimii ani a fost deci lipsa unor mijloace eficiente de luptă împotriva bolilor aparatului circulator de la vârstele adulte, dar datele noastre ne permit să facem o nuanțare, cre-

dem noi, importantă: *accidentele cerebrovasculare au tendința să devină din ce în ce mai responsabile de scăderea speranței de viață odată cu înaintarea în vârstă, în timp ce stăpânirea mai eficientă a bolilor de origine cardiovasculară la vârstele înaintate contribuie la diminuarea pierderilor*. Alături de bolile aparatului respirator, ele vor constitui, se pare, motorul principal al progreselor speranței de viață în anii următori.

III. Natura crizei din anii 1991–1994

Faptul că România traversează o perioadă de criză în privința sănătății populației sale este incontestabil. Am dovedit-o cu analiza făcută până acum, o dovedesc și lucrările apărute pe această temă (UNICEF, 1994; GHETĂU, 1994) și statisticile CNS. Criza este comună tuturor țărilor din Europa Centrală și de Est, dar ea se manifestă mai mult sau mai puțin virulent, după caz. Comparativ cu criza sanitară din Rusia (SHKOLNIKOV, MESLÉ, VALLIN, 1995), putem spune că la noi deteriorarea are o amplitudine mai mică și că există chiar diferențe de structură: morțile violente au o contribuție mai mică la scăderea speranței de viață la naștere, iar numărul de decese cauzate de bolile aparatului respirator a generat progrese și nu regrese, ca în Rusia. Rămâne comună ineficacitatea luptei împotriva bolilor cerebro-vasculare, împotriva cancerului și, în general (cum urmează să vedem), împotriva maladiilor societății.

Condițiile descrise nu ne permit să facem o previziune a mortalității pentru anii ce urmează, fără a analiza natura acestei degradări. Se pune întrebarea: În ce măsură le putem imputa crizei sistemului sanitar, crizei socioeconomice sau este vorba de modul de viață nu foarte propice menținerii sănătății, deci de nivelul cultural și educațional al populației?

Scăderea duratei vieții este în legătură directă cu *degradarea sistemului de ocrotire* a sănătății. Pierderea anilor de viață din cauza creșterii incidenței bolilor infecțioase și digestive putea fi evitată dacă mobilizarea sistemului sanitar s-ar fi dovedit mai eficientă. Între 1991 și 1994 ponderea acestor cauze de deces a crescut cu 1,5 puncte procentuale la bărbați și cu 0,7 puncte la femei, reprezentând actualmente 6,9%, respectiv 5,8%, din totalul deceselor. Creșterea ponderii deceselor cauzate de bolile aparatului circulator și de tumori era oarecum de așteptat, dată fiind generalitatea principiului tranziției mortalității spre structuri specifice țărilor industrializate. Bolile aparatului circulator dețineau, în 1994, 54,6% la bărbați și 67,9% la femei, din totalul deceselor, adică cu 0,1–0,2 puncte mai mult decât în 1991. Al doilea loc ca importanță îl ocupă cancerul, a cărui pondere a crescut cu 0,5 puncte în această perioadă. Dar nu putem incrimina prea mult sistemul de ocrotire a sănătății în cazul acestor două cauze, mai ales că am văzut mai înainte că, de fapt, bolile cardiovasculare au contribuit (chiar substanțial la femei) la reducerea pierderilor, mai ales la vârstele înaintate. Vârstele adulte au profitat mai puțin. O publicație a Ministerului Sănătății (MUREȘAN P. și alții, 1995) citează Organizația Mondială a Sănătății,

care consideră că scăderea mortalității depinde de sectorul de ocrotire a sănătății doar într-o măsură de 10%, de rest fiind responsabil nivelul material și cultural al populației. Într-adevăr, coeficientul de corelație între speranța de viață la naștere și PNB pe locuitor, calculat pentru 25 de țări europene pe baza datelor publicate în Anuarul statistic 1995, întărește această afirmație. Valoarea lui, 0,87, este net superioară corelației dintre speranța de viață și numărul de locuitori ce revin la un pat de asistență medicală (0,35) sau la un medic (0,11). Nu am putut evalua însă legătura cu calitatea asistenței medicale acordate și nici măcar cu totalul cheltuielilor pe asistat, din lipsă de date.

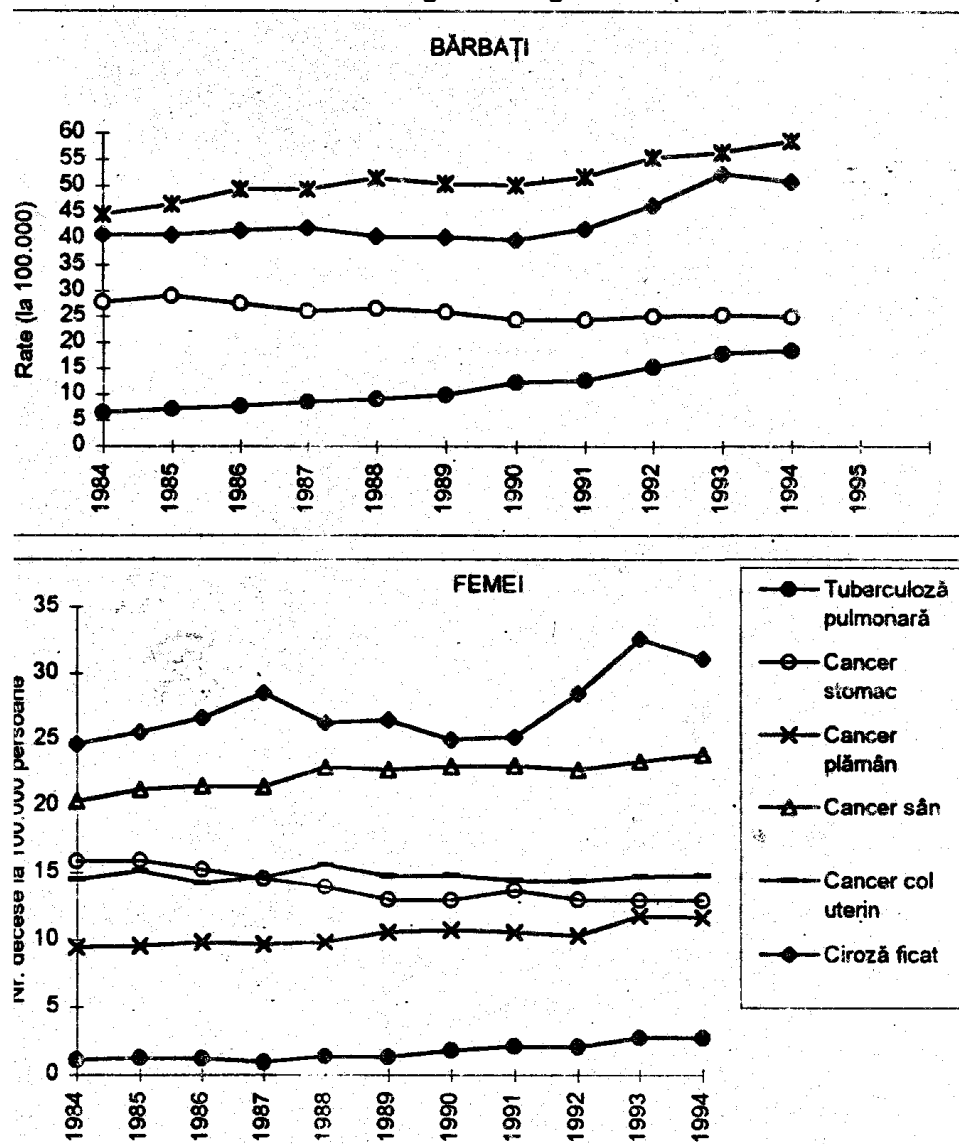
Criza economică din ultimii ani și consecințele ei: deteriorarea continuă a câștigului salarial real (care a ajuns la 59,1% în 1994 față de cel din 1990), apariția și creșterea continuă a șomajului (12,9% în 1994) au avut repercusiuni puternice asupra stării de sănătate a populației. Analiza evoluției mortalității cauzate de câteva boli senzitive la degradarea generală (figura nr. 2) permite punerea în evidență a unor aspecte relevante ale influenței factorilor socioeconomici.

Tuberculoza aparatului respirator, considerată ca boală a sărăciei, este în creștere în ultimii ani, iar ritmul este deosebit de accelerat. Printre factorii favorizanți ai acestei boli, ca și în cazul cancerului bronhiilor și al plămânului, sunt poluarea aerului și creșterea consumului de tabac. Deși ultimul pare să fie mai degrabă de natură comportamentală, totuși și el are o puternică conotație economică. Numai rațiunile economice au putut sta la baza intensei mediatizării în favoarea consumului de tutun și alcool, care a bombardat pur și simplu publicul românesc începând din 1990. Privatizarea sectorului farmaceutic a antrenat o explozie a costurilor medicamentelor și o slăbire a industriei medicale și farmaceutice autohtone.

O parte crescândă a populației este incapabilă să facă față creșterii prețurilor medicamentelor, iar penuria vaccinurilor antrenează apariția și răspândirea epidemiilor, gripa și hepatita infecțioasă fiind cele mai temute. Creșterea mortalității peri și neonatale poate fi pusă, și ea, în parte, pe seama sărăciei generate de criza economică, a fragilizării sănătății femeii gravide. Altă parte aparține totuși unor elemente de factură comportamentală: lipsa cunoștințelor de prevenire a riscurilor, folosirea fără discernământ a avorturilor ca mijloc de prevenire a nașterilor, deci carențelor educative ale mamelor.

Lipsa ori carențele educației sanitare, nutriționale și de prevenire a îmbolnăvirilor este un alt factor deosebit de important, după părerea noastră, în creșterea mortalității în România. În absența posibilităților de izolare a cauzelor de deces legate de alcoolism, se obișnuiește să se studieze mortalitatea prin ciroza ficatului, boală generată în principal de consumul excesiv de alcool. Nivelul deosebit de ridicat al acestei cauze de deces în România atât la femei, cât și la bărbați, cu mult peste cel din alte țări europene (doar în Ungaria nivelul este de același ordin de mărime), ca și creșterea lui accentuată din ultima perioadă (de la 42 persoane decedate la 100.000 locuitori la 51, la bărbați, și de la 25 la 31 la femei, între 1991 și 1994, vezi figura nr. 2) demonstrează gravitatea fenomenului alcoolismului.

Figura nr. 2. Evoluția ratelor comparative ale mortalității cauzate de unele boli senzitive la degradarea generală (1984-1994)



La mortalitatea din cauza cirozei ficatului intervin și bolile hepatice de natură infecțioasă, prin complicațiile pe care le generează și care favorizează apariția cirozei. Creșterea morbidității prin hepatită este un fapt incontestabil în România. Un alt factor comportamental nociv, cu incidență crescută, este fu-

matul, care contribuie nu doar la creșterea riscurilor bolilor aparatului respirator (tuberculoză, cancer), dar și la ale celor generate de bolile aparatului circulator (maladiile ischemice ale inimii, bolile cerebro-vasculare). Alimentația defectuoasă bazată pe carnea de porc, carențele determinate de consumul redus de legume și fructe în favoarea făinoaselor și a dulciurilor constituie un alt factor de risc, din categoria celor datorate modului de viață. Folosirea avorturilor repetate ca principal mijloc de prevenire a nașterilor practică îndelungat în România (MUREȘAN C, 1996) este o altă țară comportamentală, care a dus la degradarea sănătății femeilor, cu consecințe asupra descendenței lor. Creșterea cancerului organelor aparatului reproductiv (figura nr. 2), ca și cea a mortalității infantile neonatale nu sunt străine de această practică.

N-ar fi cinstit să nu semnalăm și un fapt pozitiv privind comportamentul. Rata mortalității din cauze violente (accidente, sinucideri, omucideri) a scăzut la sexul feminin și s-a menținut la sexul masculin, iar ponderea deceselor din aceste cauze s-a micșorat cu 0,25 puncte în 1994 față de 1991, și asta pe fondul scăderii speranței de viață.

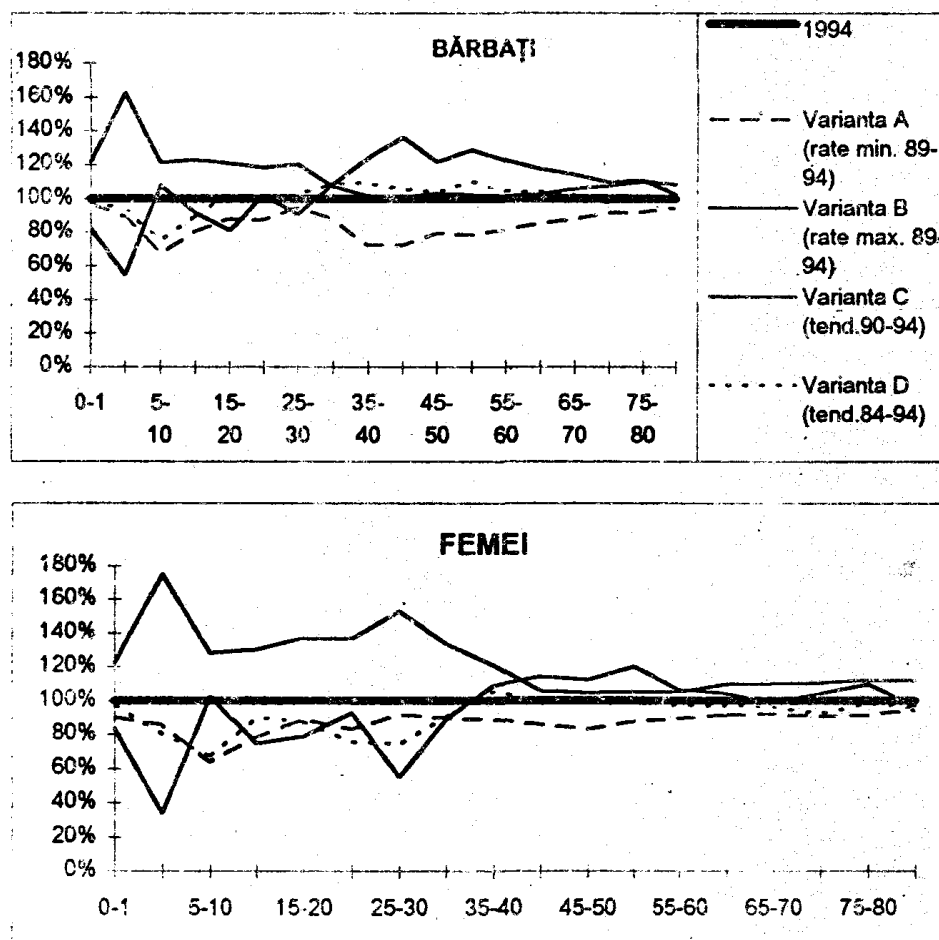
IV. Perspective ale mortalității pentru anul 2000

Reformele în curs în România se limitează adesea la un tratament economic și financiar al crizei. Ele riscă un eșec economic dublat de o agravare a situației sanitare, care deja este compromisă pentru o mare parte a populației. Din această cauză nu putem face o proiectare pe orizont mai lung a mortalității, căci nu putem accepta o prelungire a tendințelor actuale și nu întrevădem momentul în care o eventuală schimbare de orientare a reformei sanitare ar putea duce la o ameliorare a stării de sănătate a populației. Tot ce putem face este să izolăm orice tendință pozitivă, cât de mică (la vreo vârstă sau la vreo cauză de deces), manifestată în ultimii ani, să recompunem cu ajutorul lor o tabelă de mortalitate pe care să o considerăm ca absolut tangibilă pentru anul 2000, fără schimbări profunde de politică sanitară și economică. Analog însă putem construi o altă tabelă, care să izoleze tendințele negative din aceiași ani și să o considerăm la fel de tangibilă.

Acesta a fost principiul construcției primelor două variante ale tabelii de mortalitate proiectate: varianta A, obținută pe baza ratelor minime de deces din perioada 1989–1994, și varianta B, obținută pe baza ratelor maxime de deces din aceeași perioadă. Am considerat ca început al perioadei de referință anul 1989, pentru a nu ne îndepărta prea mult de tendințele actuale (de criză), dar pentru a include printre posibilitățile de alegere și unele tendințe pozitive sau nu, manifestate în ultimul an înainte de schimbarea regimului politic. Celelalte două variante de proiectare extrapolează tendințial ratele de mortalitate pe grupe de vârste din perioada 1990–1994 în varianta C și cea a tendințelor „durabile” din perioada 1984–1994 în varianta D. Am exclus anul 1989 din varianta „tendințelor recente” pentru a nu altera tendințele caracteristice perioadei de

tranziție la economia de piață. Menționăm că extrapolarea tendințelor, separat, pe fiecare grupă de cauze de deces, și recompunerea lor nu re-au condus la variante diferite de cele obținute prin extrapolarea simplă a ratelor doar pe grupe de vârstă.

Figura nr. 3. Raportul probabilităților de deces din tabelele de mortalitate proiectate la tabela din 1994 (baza 100), după varianta de proiectare



Cu excepția variantei celei mai pesimiste (B), observăm în figura nr. 3 că probabilitățile de deces la vârstele sub 30 ani în general vor scădea. Vârstele în continuare vulnerabile rămân cele peste 35 ani la bărbați și peste 40 ani la femei. În afara de varianta cea mai optimistă (A), nici una din celelalte nu duce la scăderea probabilităților de deces al bărbaților peste această vârstă (o mică

excepție la cei peste 70 de ani, în varianta D). În cazul sexului feminin, varianta A arată o scădere a acestor probabilități la toate vârstele, dar în general de o amplitudine mai mică decât la bărbați. Progrese minore ar putea fi realizate la acest sex și în varianta D, la grupele peste 55 ani, dar nu și în varianta pesimistă B sau de trend recent C.

O evaluare a proiecțiilor în termeni de speranță de viață la naștere, la 30 de ani și respectiv la 60 de ani, este dată de tabelul nr. 7. Același tabel arată și contribuția cauzelor de deces în aceste prezumtive evoluții față de nivelul lor din 1994. Observăm că maximul de speranță de viață la care poate aspira sexul masculin este de 67,8 ani, iar sexul feminin la 74,4 ani. *Varianta optimistă A* asigură o creștere cu 2,26 ani, respectiv cu 1,24 ani a duratei de viață la bărbați, respectiv femei. Această creștere s-ar datora victoriilor asupra mortalității prin cauze cardio și cerebro-vasculare și a bolilor digestive la bărbați, iar la femeii aceleași cauze, fără categoria bolilor cardiovasculare. Aceste procese s-ar realiza în special la vârstele adulte, vârstele înaintate (peste 60 ani) beneficiind de progrese mai ales în privința bolilor cerebrovasculare.

Varianta „tendințelor de lungă durată” D ar oferi cele mai mici pierderi (0,3 ani la e_0 , 0,42 ani la e_{30} și 0,04 ani la e_{60}) la bărbați și progrese chiar la femeii (0,54 la e_0 , 0,30 la e_{30} și 0,27 la e_{60}). În acest caz, motorul progreselor l-ar constitui lupta cu maladiile aparatului respirator (mai puțin cele de natură infecțioasă), iar la femeii și cele de natură cardiovasculară.

Tabel nr. 7. Speranța de viață la naștere, la 30 ani și la 60 ani, după tabelele de mortalitate proiectate pentru anul 2000 și contribuția cauzelor de deces la evoluțiile proiectate față de cele din 1994, după varianta de proiectare

| Varianta de proiectare | Sex masculin | | | Sex feminin | | |
|--------------------------------|--------------|----------|----------|-------------|----------|----------|
| | e_0 | e_{30} | e_{60} | e_0 | e_{30} | e_{60} |
| Valori observate în 1994 | 65,6 | 39,0 | 15,7 | 73,1 | 45,8 | 19,0 |
| <i>A. Varianta "optimistă"</i> | 67,8 | 41,1 | 16,6 | 74,4 | 46,7 | 19,6 |
| Boli infecțioase | 0,23 | 0,14 | 0,01 | 0,10 | 0,02 | 0,01 |
| Tumori | 0,23 | 0,22 | 0,10 | 0,16 | 0,13 | 0,05 |
| Boli cardio-vasculare | 0,48 | 0,46 | 0,09 | 0,05 | 0,04 | - |
| Boli cerebro-vasculare | 0,53 | 0,53 | 0,34 | 0,47 | 0,47 | 0,37 |
| Boli ale aparat, respirator | 0,10 | 0,06 | 0,01 | 0,10 | 0,03 | 0,01 |
| Boli ale aparatului digestiv | 0,33 | 0,29 | 0,05 | 0,17 | 0,13 | 0,04 |
| Alte boli | 0,14 | 0,10 | 0,02 | 0,13 | 0,05 | 0,03 |
| Morți violente | 0,21 | 0,14 | 0,03 | 0,07 | 0,03 | - |
| Total diferite | +2,26 | +1,96 | +0,67 | +1,24 | +0,90 | +0,52 |
| <i>B. Varianta "pesimistă"</i> | 64,2 | 38,4 | 15,1 | 71,4 | 44,8 | 18,2 |
| Boli infecțioase | -0,08 | -0,01 | - | -0,07 | -0,01 | - |
| Tumori | -0,04 | -0,02 | - | -0,06 | -0,04 | - |
| Boli cardio-vasculare | -0,29 | -0,26 | -0,21 | -0,55 | -0,52 | -0,45 |
| Boli cerebro-vasculare | -0,03 | -0,02 | -0,01 | -0,05 | -0,04 | -0,04 |

| Varianta de proiectare | Sex masculin | | | Sex feminin | | |
|--|----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| | e ₀ | e ₃₀ | e ₆₀ | e ₀ | e ₃₀ | e ₆₀ |
| Boli ale aparat, respirator | -0,43 | -0,15 | -0,13 | -0,37 | -0,15 | -0,12 |
| Boli ale aparatului digestiv | -0,10 | - | - | -0,11 | -0,02 | -0,01 |
| Alte boli | -0,15 | - | - | -0,37 | -0,02 | |
| Morți violente | -0,23 | -0,04 | - | -0,15 | -0,04 | -0,01 |
| Total diferente | -1,37 | -0,50 | -0,37 | -1,75 | -0,90 | -0,65 |
| C. Varianta "tendințe recente" | 64,0 | 36,8 | 14,7 | 73,2 | 45,3 | 18,8 |
| Boli infecțioase | -0,16 | -0,16 | -0,02 | - | -0,02 | -0,01 |
| Tumori | -0,28 | -0,29 | -0,14 | -0,12 | -0,13 | -0,06 |
| Boli cardio-vasculare | -0,41 | -0,42 | -0,06 | +0,44 | +0,42 | +0,46 |
| Boli cerebro-vasculare | -0,76 | -0,76 | -0,49 | -0,78 | -0,78 | -0,63 |
| Boli ale aparat, respirator | -0,34 | +0,10 | +0,15 | +0,38 | +0,16 | +0,15 |
| Boli ale aparatului digestiv | -0,37 | -0,40 | -0,07 | -0,15 | -0,19 | -0,07 |
| Alte boli | -0,04 | -0,06 | -0,01 | +0,08 | +0,03 | -0,01 |
| Morți violente | +0,12 | -0,05 | -0,02 | +0,17 | +0,01 | +0,02 |
| Total diferente | -1,54 | -2,03 | -0,66 | +0,01 | -0,51 | -0,19 |
| D. Varianta "tendințe de lungă durată" | 65,3 | 38,5 | 15,6 | 73,6 | 46,0 | 19,2 |
| Boli infecțioase | -0,05 | -0,09 | -0,01 | +0,02 | -0,01 | - |
| Tumori | -0,13 | -0,13 | -0,04 | -0,04 | -0,04 | - |
| Boli cardio-vasculare . | -0,19 | -0,19 | -0,05 | +0,18 | +0,17 | +0,15 |
| Boli cerebro-vasculare | -0,08 | L -0,08 | -0,04 | -0,03 | -0,03 | -0,03 |
| Boli ale aparat, respirator | -+0,26 | + 0,17 | +0,12 | +0,33 | +0,21 | +0,17 |
| Boli ale aparatului digestiv | +0,03 | - | - | +0,03 | - | - |
| Alte boli | - | - | - | +0,09 | +0,03 | -0,01 |
| Morți violente | -0,13 | -0,11 | -0,02 | -0,04 | -0,04 | -0,01 |
| Total diferente | -0,30 | -0,42 | -0,04 | +0,54 | +0,30 | +0,27 |

Varianta „pesimistă” B, în cazul sexului masculin, este chiar mai optimis-tă decât *varianta „tendințelor recente” C*, dar este într-adevăr cea mai pesimis-tă pentru femei. Bărbații adulți ar putea pierde peste 2 ani din speranța de viață la 30 de ani dacă se continuă tendințele din anii 1990–1994, iar femeile ar pu-tea pierde 1,75 din speranța de viață la naștere conform tabelii obținute din ratele maxime de deces din perioada 1989–1994. Bolile generatoare de regres în aceste cazuri de pierderi maxime ar fi la bărbați bolile aparatului circulator, urmate de cele ale aparatului digestiv, respirator și tumorile, iar la femei bolile cardiovasculare, ale aparatului respirator și categoria „alte maladii”. În acest caz, categoria „alte maladii” cuprinde complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei, care în varianta „pesimistă” a contribuit cu valorile ei ridicate din 1989, evidenți-înd încă o dată, dacă mai era cazul, importanța eliminării maternității forțate

(prin liberalizarea avorturilor și accesul la contracepție) în creșterea speranței de viață la femei.

În concluzie, putem spune că perspectivele mortalității în România sunt extrem de incerte. Nu ne putem hazarda să facem proiecții pe termen lung, iar pe termen scurt sunt posibile atât evoluțiile, cât și involuțiile. Diferitele cauze de deces pot fi motoare ale progresului, dar și ale regresului, în funcție de ipotezele asupra evoluției mortalității. Principala direcție în care ar trebui acționat pentru obținerea unui nivel al speranței de viață la naștere mai ridicat rămâne, după opinia noastră, investiția în educația preventivă pentru sănătate a populației, în diversificarea și lărgirea misiunilor și activităților medicilor generaliști și în favorizarea muncii în echipă a profesioniștilor în sănătate, pe fondul unei legislații adecvate. Un argument în favoarea acestei ultime afirmații îl constituie și valoarea coeficientului de corelație dintre speranța de viață la naștere și numărul de studenți la 100.000 de locuitori în 1993, calculat pentru 25 țări europene, care este mai ridicat (0,66) decât corelațiile speranței de viață cu numărul de paturi sau cu numărul de medici la 100.000 de locuitori.

Bibliografie

1. Ghețău V.: „**Speranța de viață a populației**”, Viitorul Social, 1, p. 142–157, 1978.
2. Ghețău V.: „**Tranziția și impactul său demografic**”, Cercetări Sociale, 1, p. 38–42, 1994.
3. Mesle F.: „**La mortalité dans les pays d’Europe de l’Est**”, Population, no. 3, Paris, INED, p. 599–649, 1991.
4. Mureșan C.: „**L’évolution démographique en Roumanie. Tendances passées (1948–1994) et perspectives d’avenir (1995–2030)**”, Population, no. 4–5, Paris, INED, 1996.
5. Mureșan P. și alții: „**Principalele aspecte demografice în România în context european și în profil județean – 1975–1994**” publicat de Centrul de calcul, statistică sanitară și documentare medicală al Ministerului Sănătății, 1995, București, p. 28.
6. Pollard J.: „**Causes de décès et esperances de vie: quelques comparaisons Internationales**”, în *Mesure et analyse de la mortalité, Travaux et Documents*, cahier no. 119, Paris, INED/PUF, p. 458, 1988.
7. Shkolnikov V.; Mesle F.; Vallin J.: „**La crise sanitaire en Russie**”, Population, no. 4–5, Paris INED, p. 907–943, 1995.
8. UNICEF: „**Crisis in Mortality, Health and Nutrition**”, Regional Monitoring Report no. 2, Florența, p. 110, 1994.

MODIFICĂRI ÎN NIVELUL ȘI EVOLUȚIA MORTALITĂȚII INFANTILE ÎN ROMÂNIA

Silvia FLORESCU,
Ion POPA,
Dan ENĂCHESCU

Introducere

Nivelul mortalității infantile este considerat ca fiind unul dintre indicatorii sintetici care reflectă cel mai bine progresul economic și social al unei țări.

În România, mortalitatea infantilă înregistrează încă un nivel ridicat în comparație cu alte țări europene. Țările europene și-au propus ca, până în anul 2000, nivelul mortalității infantile să fie redus la o valoare sub 20‰ – obiectiv acceptat și de țara noastră.

Plecând de la valorile indicilor mortalității infantile din ultimii 43 de ani, obiectivele acestei comunicări sunt următoarele:

- evaluarea tendinței mortalității infantile în corelație cu alte fenomene demografice;
- evaluarea modificărilor probabilităților de deces sub 1 an la trei date importante ale perioadei analizate;
- crearea unui „tablou de bord” pentru decident, sub forma unor grafice care să facă posibilă urmărirea mortalității infantile și identificarea nivelurilor care depășesc limitele unui interval de încredere acceptabil.

Material și metode

Indicatorii luați în calcul sunt următorii:

- indicii mortalității infantile din România în perioada 1951–1993;
- indicii altor fenomene demografice (mortalitatea, natalitatea, fecunditatea etc.) pentru perioada menționată;
- indicatori ai densității zilnice a deceselor și a supraviețuitorilor la diverse intervale de vârstă sub 1 an, pentru anii 1956, 1968 și 1990;
- indicii mortalității infantile pe lună, în perioada 1984–1993.

Aceste date sunt extrase din statisticile demografice existente la Comisia Națională pentru Statistică (1, 2, 3).

Evaluarea tendinței mortalității infantile a fost făcută pe baza unei curbe de tip exponențial:

$$y = a \cdot e^{bx}(4),$$

unde:

y = indicii real observați ai mortalității infantile;
 x = anii calendaristici;
 a, b = parametrii curbei de regresie.

Pornind de la valorile real observate (y_i) și de la valorile așteptate ale tendinței (\bar{y}_i), $1 \leq i \leq n$, determinate prin metoda descrisă mai sus, s-a stabilit intervalul de încredere (5) pentru fiecare an, sub forma următoare:

$$\left(\bar{y}_i - u_a \frac{S_2}{\sqrt{n}} ; \bar{y}_i + u_a \frac{S_2}{\sqrt{n}} \right)$$

unde:

- y_i , $1 \leq i \leq n$ = valori așteptate (trend)

$$S_2^2 = \frac{1}{n-2} \cdot \sum_{i=1}^n (\bar{y}_i - y_i)^2 = \text{dispersia reziduală}$$

- u_a = coeficient de probabilitate conform cu riscul asumat în estimare;
 - n = numărul de termeni ai seriei.

Sucesiunea acestor intervale de încredere a condus la „culoarul de încredere” în care a evoluat fenomenul cu probabilitatea stabilită aprioric.

Raportând numărul mediu al deceselor zilnice la supraviețuitori, s-au obținut probabilitățile zilnice de deces.

Astfel, în 1990 s-au înregistrat 314.746 născuți vii; în primele 7 zile 1.642 au decedat. Densitatea zilnică a deceselor în prima săptămână este egală cu $(1.642/7)/314.746 = 0,00074527$.

Raportând această valoare la 1000 născuți vii, s-a obținut probabilitatea de deces pentru zilele primei săptămâni de viață: $q_{3,5}$ zile (‰) = 0,74527.

În mod analog, s-a calculat: $q_{10,5}$ zile (‰), q_{22} zile (‰), q_{45} zile (‰), q_{75} zile (‰), q_{120} zile (‰), q_{180} zile (‰), q_{210} zile (‰), q_{315} zile (‰).

Forma curbei datelor observate, care leagă probabilitățile de deces și vârsta, ne-a sugerat că acestea se distribuie aproximativ după curbe parabolice diferite, având forma următoare: $y = a \cdot x$ unde: y , x , a și b au semnificațiile prezentate mai sus (6).

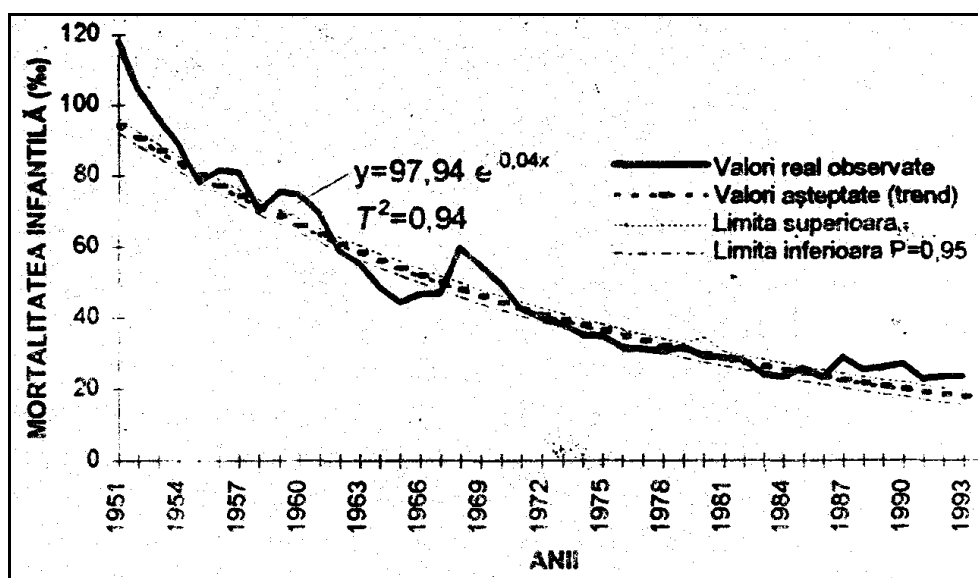
Calculul tabelii de mortalitate infantilă pentru 1956, 1968 și 1990 a fost efectuat pornind de la formulele lui R. Pressat (7).

În sfârșit, pentru a vizualiza evoluția lunară a deceselor sub 1 an și a mortalității infantile, am calculat intervalul de încredere pentru fiecare lună a perioadei analizate.

Rezultate

Graficul nr. 1 prezintă modelul de evoluție a mortalității infantile în perioada analizată.

Grafic nr. 1. Evoluția mortalității infantile în România în perioada 1951-1993 și limitele intervalului de încredere



După cum se observă în acest grafic, ritmul de scădere cel mai rapid a fost înregistrat în perioada 1951–1968, apoi, după o creștere în 1967–1968, legată și de nivelul ridicat al natalității, se constată o scădere mai lentă, cu excepția ultimilor 8 ani.

Pornind de la această tendință, noi am estimat că în perioada 2000–2010 România va putea să înregistreze, respectiv, 13,58 și 9,10 decese sub 1 an pentru 1000 de născuți vii.

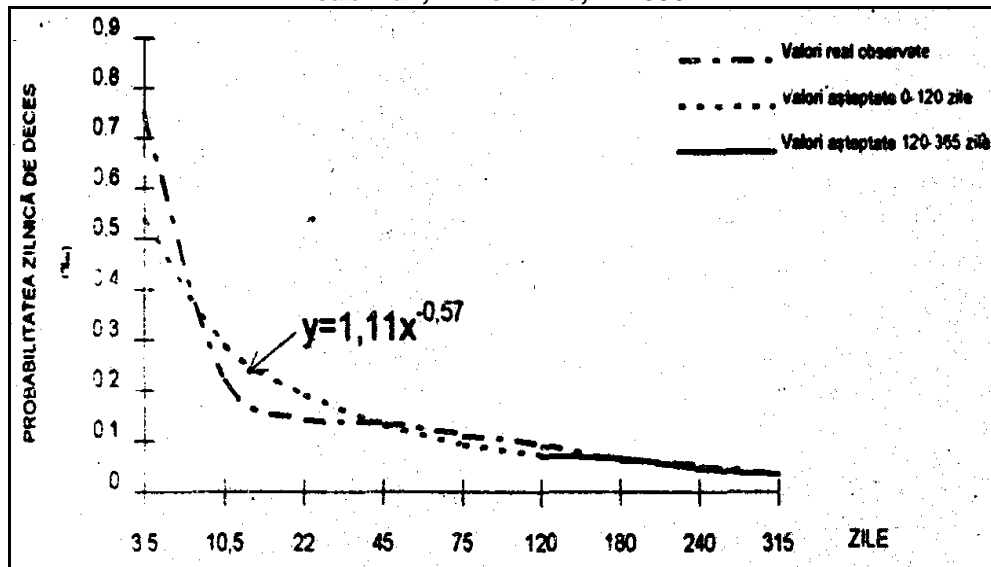
S-au obținut corelații statistic semnificative între mortalitatea infantilă și:

- indicele născuților morți ($r = 0,92$; $p < 0,001$);
- indicele de mariaj pentru 1000 loc. ($r = 0,76$; $p < 0,001$);
- natalitatea ($r = 0,68$; $p < 0,001$).

Cea mai puternică corelație a fost obținută între mortalitatea infantilă și speranța de viață la naștere ($r = -0,95$; $p < 0,001$).

Graficul nr. 2 prezintă valorile probabilităților zilnice de deces sub 1 an (%) în România, în 1990.

Grafic nr. 2. Evoluția probabilităților zilnice de deces pentru grupa de vârstă sub 1 an, în România, în 1990



Nivelul și ritmul de scădere fiind diferite pe perioada 0–120 zile față de perioada 120–365 zile, s-au utilizat 2 curbe de evoluție a probabilităților zilnice de deces, care se intersectează în punctul de abscisă de 200 zile, unde valoarea așteptată a probabilităților zilnice de deces este de 0,03796.

Această metodă de analiză, aplicată la generația de născuți vii în 1956 și 1968, a pus în evidență la toate grupele de vârstă valori ale probabilităților de deces, de 3 ori mai mari și, respectiv, de 2 ori mai mari, în comparație cu 1990.

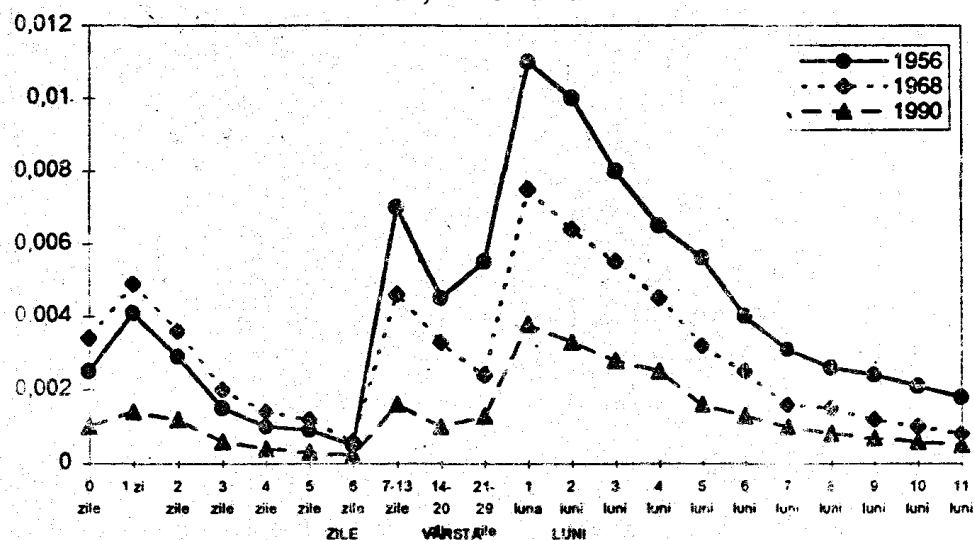
S-a constatat o deplasare spre stânga a punctelor de intersecție a curbelor cu 69 și 50 zile, respectiv în 1956 și 1968, în raport cu 1990, ceea ce subliniază faptul că în 1990 perioada de vârstă sub 1 an, unde ritmul de scădere a probabilităților de deces a fost mai accelerat, a fost și mai lungă.

Graficul nr. 3 ilustrează evoluția probabilităților de deces pe subgrupe de vârstă sub 1 an, obținute plecând de la tabelele de mortalitate infantilă construite pentru anii 1956, 1968 și 1990.

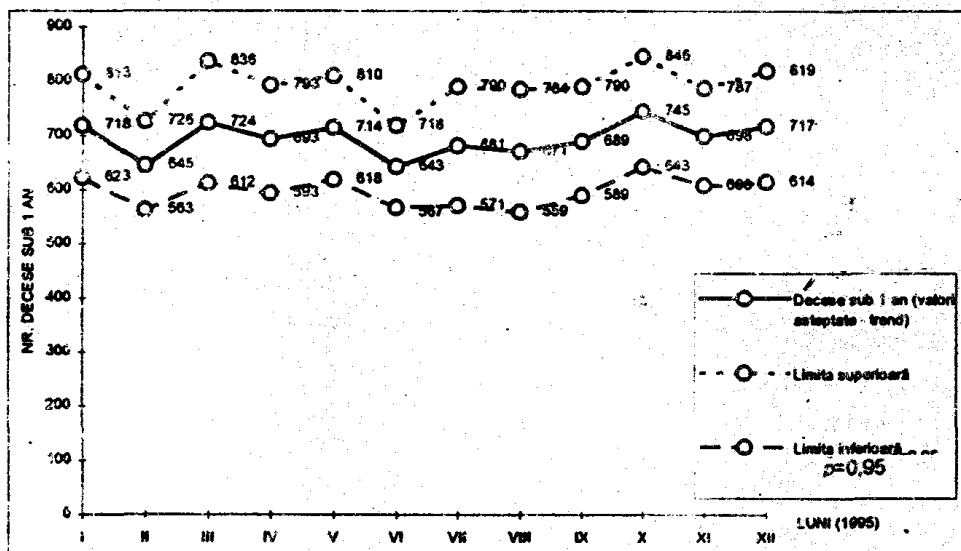
Se observă același model al mortalității infantile, subliniind totodată că, pentru fiecare subgrupă de vârstă, probabilitățile de deces sunt, respectiv, aproximativ de 3 și 2 ori mai scăzute în 1990 față de 1956 și 1968.

Pentru a pune în evidență evoluția lunară a deceselor sub 1 an și a mortalității infantile, au fost estimate valorile așteptate și au fost calculate intervalele de încredere, care sunt prezentate în graficele nr. 4 și 5.

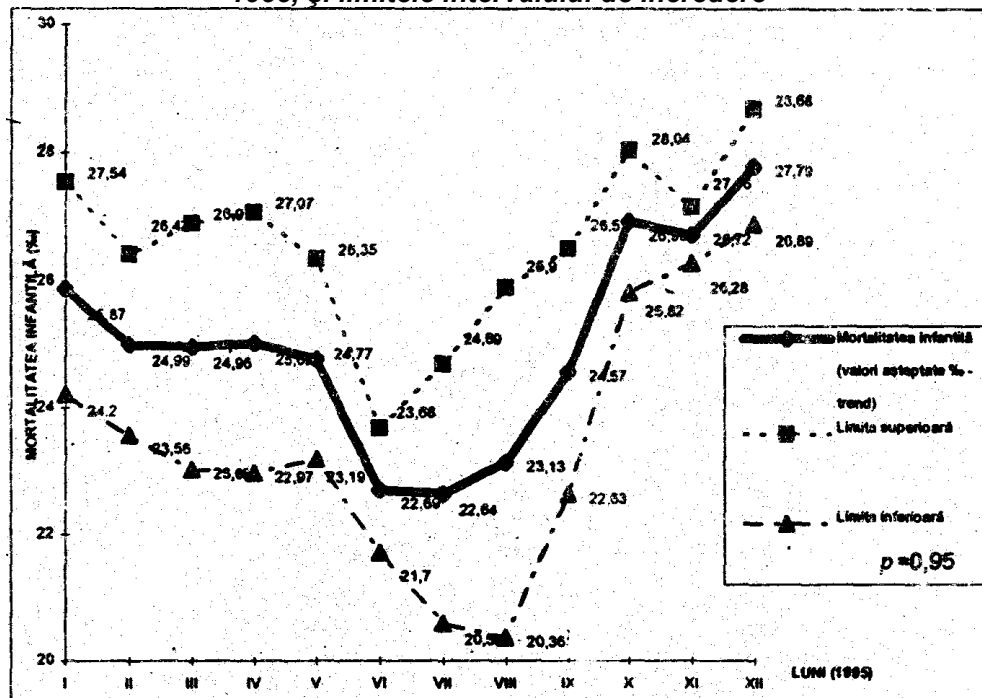
Grafic nr. 3. Evoluția probabilităților de deces pe subgrupe de vârstă sub 1 an, în România



Grafic nr. 4. Evoluția numărului de decese sub 1 an, în România, pe luni, în 1995, și limitele intervalului de încredere



Grafic nr. 5. Evoluția mortalității infantile, pe luni, în România, în 1955, și limitele intervalului de încredere



Utilizarea în anii viitori a acestor grafice, de către decident, necesită înregistrarea lunară a numărului de decese sub 1 an și cunoașterea indicilor reali ai mortalității infantile:

- localizarea acestor valori în interiorul intervalului de încredere sau sub limita sa inferioară nu impune luarea vreunei decizii de corecție;
- perioadele de creșteri sistematice (ciclice), deci previzibile, necesită sensibilizarea și echipament adecvat al serviciilor de protecție materno-infantilă;
- apariția primelor creșteri ale numărului de decese sub 1 an și a unei depășiri a indicelui mortalității infantile peste limita superioară a culoarului de încredere trebuie să alerteze organul de decizie, și această situație să incite declanșarea unei analize și luarea unor măsuri de intervenție pertinente.

4. Concluzii

România face parte dintre țările cu o mortalitate infantilă ridicată, valoarea indicatorului fiind de la 2 la 4 ori mai ridicată decât în alte țări europene.

Analiza evoluției modelului mortalității infantile pe perioada 1951–1993 (valorile anilor 1956–1970 au fost excluse, fiind considerate ca necaracteristice pentru tendința generală) a pus în evidență un ritm de scădere de 3,63%.

Corelații semnificative s-au găsit între mortalitatea infantilă și indicele copiilor născuți morți ($r = 0,92$), între mortalitatea infantilă și indicele de nupțialitate ($r = 0,76$), între mortalitatea infantilă și natalitate ($r = 0,68$), între mortalitatea infantilă și speranța de viață la naștere ($r = -0,95$). Aceste valori justifică ipoteza existenței unei anumite relații între aceste fenomene.

Studiul probabilităților zilnice de deces așteptate – pe subgrupe de vârstă sub 1 an aplicat la generația de născuți vii în 1956 și 1968, a condus la valori de 3 și 2 ori, respectiv, mai mari decât în 1990, cu un număr maxim de decese în prima lună de viață, pentru fiecare din cei 3 ani studiați.

Analiza evoluției lunare a mortalității infantile a pus în evidență caracterul relativ ciclic al fenomenului, iar depășirea limitei superioare a unui culoar de încredere trebuie să-l alerteze pe decident și pe statul său major, în vederea declanșării unei analize de situație, urmată de luarea unor măsuri de intervenție pertinente.

Bibliografie

1. Armitage P.: „**Tests for Linear Trend în Proportions and Frequencies**”, Biometrics, 11, p. 375–386, 1955.
2. C.N.D. și D.C.S.: „**Anuarul Demografic al României**”, București, 1974.
3. *** C.N.S.: „**Anuarul Statistic al României**”, București, 1991.
4. *** C.N.S.: „**Date demografice**”, București, 1994.
5. Everitt B.S.: „**Statistical Methods for Medical Investigations**”, Oxford University Press, New York, 1989.
6. Fleiss J.L.: „**Statistical Methods for Rates and Proportions**”, second edition John Wiley Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, 1980.
7. Pressat R.: „**L’analyse démographique**”, Presses Universitaires de France, Paris, 1973.

MORTALITATEA INFANTILĂ – O SFIDARE PENTRU ROMÂNII

- rezultate ale unor cercetări sociodemografice în județul Constanța –

Ana Rodica STAICULESCU BREZEANU

Mortalitatea infantilă este considerată ca fiind unul dintre cei mai buni indicatori ai condițiilor de viață, pentru că ea reflectă tendințele mortalității generale, ameliorarea sănătății publice și dezvoltarea economică, deoarece supraviețuirea copiilor, mai mult decât a oricărui alt grup, depinde de mediul înconjurător.

În țările în dezvoltare, studiile diferențiale asupra nivelului și structurii mortalității infantile sunt, în cea mai mare parte, efectuate cu luarea în considerare a sexului copiilor, vârstei mamelor, numărului de frați, rangului nașterii, reședinței urbane sau rurale, nivelului de instruire sau categoriei socioprofesionale a capului de menaj. Cu toate acestea, într-o cercetare deja veche (2), în care se evalua ponderea diferiților factori care influențează mortalitatea copiilor, primul loc revenea climatului – care se situa astfel înaintea factorilor mai „clasici” ai mortalității infantile – factori care caracterizează mediul economic și social.

Potrivit formulării biologului franco-american René Dubos, „sănătatea este o potențialitate”. Cu alte cuvinte, ea este capacitatea individului sau a grupului de a se adapta neîncetat, astfel încât să poată funcționa cât mai bine în prezent și să se poată pregăti cât mai bine pentru viitor. Această definiție are avantajul de a fi în același timp individuală și colectivă, iar principala sa calitate rezidă în faptul că ea este în același timp și prospectivă. Or, când se evocă sănătatea copilului, este neîndoielnic că această dimensiune prospectivă are un caracter esențial, sănătatea fiind inseparabilă de dezvoltare.

Societatea noastră insistă mult pe utilitatea unei asistențe medicale diferențiate în funcția de prioritățile reale ale populației, cu luarea în considerare a *factorilor de risc*. Sub această denumire se grupează circumstanțele mediului exterior și particularitățile biologice ale individului (în cazul nou-născutului, ale binomului mamă-copil), care conferă organismului un grad mai mult sau mai puțin accentuat de vulnerabilitate la diverșii agenți de agresiune. Caracteristicile sau circumstanțele care implică un risc oarecare pot să treacă în orice moment dintr-o stare virtuală într-o stare reală.

Potrivit specialiștilor, orice tentativă de clasificare a factorilor de risc, la copilul între 0–1 an rămâne în mod necesar schematică, deoarece mortalitatea infantilă este un fenomen cu determinare multifactorială în măsura în care înseși circumstanțele care implică risc sunt în strânsă relație de intercondiționare. În consecință, identificarea factorilor de risc trebuie să fie făcută ținându-se cont atât de particularitățile individuale, cât și de caracteristicile macrogrupului în care copilul crește.

Mortalitatea, *variabilă dependentă*, apare ca fiind determinată direct de starea de sănătate, de factorii patologici, denumiți *variabile intermediare*, și determinată indirect de *variabile independente* sau *explicative*, care sunt mediul fizic și mediul uman, cu caracteristicile sale socioculturale și condițiile sale economice. Activitatea medico-sanitară se include în variabilele independente.

În România, chiar cu o politică de planificare draconică, inegalitățile geografice în domeniul socioeconomic s-au accentuat în cursul ultimelor două decenii. În acest sens, România în întregime este un experiment social interesant de studiat pentru învățămintele care trebuie trase. De fapt, marile probleme socioeconomice care au caracterizat regimul comunist dictatorial au fost determinante pentru calitatea și nivelul de viață și, în consecință, pentru nivelul de sănătate al populației. Experiența României ne-a învățat să admitem că, în anumite condiții economice, acțiunea medicală nu este întotdeauna cea mai eficace pentru a face să scadă mortalitatea. Aceste condiții explică nivelurile foarte înalte atinse de mortalitatea infantilă: 26,9‰ media României în 1989 și peste 40‰ în anumite județe.

Tabel nr. 1. Structura mortalității infantile în România, în anii 1980, 1985, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995

- pentru 1000 -

| Anul | Mortalitatea infantilă (0-1 an) | Mortalitatea neonatală precoce (0-6 zile) | Mortalitatea neonatală (0-30 zile) | Mortalitatea postnatală (30 zile-1 an) |
|------|---------------------------------|---|------------------------------------|--|
| 1980 | 29,3 | 6,4 | 11,1 | 18,2 |
| 1985 | 25,6 | 4,7 | 8,4 | 17,2 |
| 1989 | 26,9 | 3,7 | 7,2 | 19,7 |
| 1990 | 25,3 | 5,4 | 8,8 | 16,5 |
| 1991 | 22,7 | 5,8 | 9,1 | 13,6 |
| 1992 | 23,4 | 6,1 | 9,5 | 14 |
| 1993 | 23,3 | * | * | * |
| 1994 | 23,9 | * | * | * |
| 1995 | 21,2 | * | * | * |

* Lipsă date.

O primă problemă care trebuie clarificată înaintea oricărui studiu al mortalității infantile privește calitatea, fiabilitatea datelor, deoarece validitatea rezul-

tatelor depinde de semnificația și de fiabilitatea datelor utilizate. În România de dinaintea anului 1990, contrar a ceea ce s-ar fi putut imagina din exterior, înregistrarea nașterilor și deceselor, mai ales pentru copii, era destul de fidelă, deoarece exista un adevărat sistem de supraveghere, începând cu înregistrarea femeii gravide și până când copilul ajungea în școala primară.

În condițiile unei mortalități neonatale și neonatale precoce oarecum normale și situată la nivelul mediei europene, România a cunoscut o mortalitate postneonatală foarte mare, cauzată de factorii exogeni legați de calitatea vieții.

Analiza datelor pe județe cu privire la îngrijirile medicale prezintă un mare interes, deoarece permite descrierea disparităților geografice, abordarea analizei interrelațiilor dintre sănătate și viața socială, identificarea eventualelor legături dintre oferta și consumul de îngrijiri medicale sau dintre starea de sănătate și respectivul consum.

Între județele României, județul Constanța se caracterizează printr-o foarte puternică urbanizare și prin disparități deosebit de marcante atât între categoriile sociale, cât și între zonele rurale și cele urbane. Zonele urbane concentrează peste 70% din populație pe mai puțin de 30% din suprafața teritoriului. Marile probleme socioeconomice cu care populația s-a confruntat în timpul regimului dictatorial au fost determinante pentru calitatea vieții, pentru nivelul de trai și, în consecință, pentru starea de sănătate a populației. Aceste condiții explică nivelurile foarte înalte atinse de mortalitatea infantilă: 56,9‰ în 1988 și 65,7‰ în 1989 în orașul Cernavodă, oraș muncitoresc intens industrializat în ultimii ani.

Tabel nr. 2. Mortalitatea infantilă în România și în județul Constanța, în anii 1966, 1970, 1975, 1980 și în perioada 1985-1995

| Anul | Media națională | Județul Constanța |
|------|-----------------|-------------------|
| 1966 | 46,6 | 45,2 |
| 1970 | 49,4 | 46,6 |
| 1975 | 34,7 | 37,1 |
| 1980 | 29,3 | 34,2 |
| 1985 | 25,6 | 30,7 |
| 1986 | 23,2 | 26,3 |
| 1987 | 28,9 | 37,2 |
| 1988 | 25,3 | 39,2 |
| 1989 | 26,9 | 48,1 |
| 1990 | 26,5 | 35,1 |
| 1991 | 22,7 | 33,3 |
| 1992 | 23,4 | 37,1 |
| 1993 | 23,3 | 33,7 |
| 1994 | 23,9 | 30,7 |
| 1995 | 21,2 | 28,7 |

Sursa: Ministerul Sănătății, Centrul de calcul statistică sanitară și documentare medicală București, Direcția Sanitară Constanța, Laboratorul de evaluare a stării de sănătate a populației: date interne

Statisticile prezentate în tabelele nr. 3 și 4 permit două observații de ordin general:

- Pe de o parte, județul Constanța a fost „penalizat” cu o mortalitate infantilă cel mai adesea superioară mediei naționale (astfel că în anii '80 el a figurat în permanență printre primele cinci județe cu mortalitatea infantilă cea mai mare din țară).
- Pe de altă parte, acest fenomen prezintă un indiscutabil caracter sezonier, decesele în grupa de vârstă 0–1 an fiind întotdeauna mai numeroase în cursul primului și ultimului trimestru al anului.

Tabel nr. 3. Mortalitatea infantilă pe trimestre în județul Constanța*)

| | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Primul trimestru | 38,6 | 46,6 | 38,8 | 33,8 | 32,6 | 36,8 | 28,7 | 24,0 |
| Al doilea trimestru | 31,2 | 41,7 | 32,1 | 32,3 | 34,8 | 29,3 | 33,4 | 28,4 |
| Al treilea trimestru | 27,7 | 36,7 | 25,4 | 20,6 | 33,0 | 23,5 | 27,0 | 28,6 |
| Al patrulea trimestru | 54,7 | 46,6 | 44,1 | 43,1 | 43,9 | 40,5 | 32,6 | 27,6 |

*) Date după locul decesului.

Sursa: Direcția Sanitară Constanța, Laboratorul de evaluare a stării de sănătate a populației: date interne.

Tabel nr.4

Structura mortalității infantile în județul Constanța, în anii 1991-1995

| Anul | Mortalitatea infantilă (0-1 an) | Mortalitatea neonatală precoce (0-6 zile) | Mortalitatea neonatală (0-30 zile) | Mortalitatea postneo natală (30 zile-1 an) |
|------|---------------------------------|---|------------------------------------|--|
| 1991 | 33,3 | 5,1 | 8,2 | 22,5 |
| 1992 | 37,1 | 7,4 | 13,0 | 20,8 |
| 1993 | 33,7 | 6,5 | 9,6 | 22,5 |
| 1994 | 30,7 | 6,2 | 9,3 | 21,1 |
| 1995 | 28,7 | 11,0 | 9,4 | 17,8 |

În condiții identice de agresiune climatică (frigul iernii) am încercat să punem în evidență (1) rolul factorilor exogeni de mediu, în sensul cel mai larg al cuvântului, incluzând factorii economici, sociali și culturali. O anchetă sociologică în familiile copiilor între 0–1 an decedați în iernile 1988 și 1989 în județul Constanța, completată cu observații și interviuri în dispensarele medicale cele mai afectate și care a fost reluată în iarna anului 1995, a pus în evidență o corelație pozitivă strânsă (cu coeficienți de corelație situați la peste +0.7) între mortalitatea infantilă din sezonul rece și un anumit număr de factori de risc, pe care îi enumerăm în ordinea descrescândă a importanței:

- venitul redus al familiei;
- condițiile de locuit nesatisfăcătoare;
- instabilitatea domiciliului familiei;

- nivelul scăzut de școlarizare al mamei (factor cel mai adesea asociat cu un nivel scăzut de școlarizare al tatălui);
- dezorganizarea familiei (cu mare frecvență a concubinajului).

Peste trei sferturi (81%) dintre familiile în care un copil sub 1 an a decedat în cursul uneia din cele trei ierni considerate erau implicate în unul (și cel mai adesea, în mai mulți) dintre acești factori de risc exogeni.

Ancheta a permis analiza variațiilor mortalității infantile în funcție de caracteristicile copilului (sex, greutate, rang al nașterii), dar și după caracteristicile individuale ale capului de menaj, ale tatălui și ale mamei, după caracteristicile menajului (venit, locuință) și în funcție de variabile colective și contextuale (calitatea locuirii, nutriție, existența și activitatea dispensarelor în teritorii).

Populația anchetată a fost constituită din toate familiile copiilor între 0–1 an decedați în iernile 1988 și 1989, cu excepția familiilor mutate de la adresă în interval. S-a cerut familiilor să răspundă unui chestionar sociologic. Datele astfel obținute au fost completate cu informații de la dispensarul care a avut copilul în supraveghere și cu datele din „Fișa copilului 0–1 an decedat”. Pentru aprofundarea studiului cauzelor de deces s-a făcut apel la interviuri cu personalul medical și date din ancheta socială. În cazul deceselor din iarna anului 1995, chestionarul sociologic nu a mai fost aplicat în familii, din motive care privesc costul anchetei, folosindu-se însă toate celelalte surse de date.

În general, datele obținute au fost considerate destul de complete și coerente. Merită subliniat că, în ciuda problemelor socioeconomice cu care România se confruntă în aceste perioade, ancheta a fost bine primită atât în familii, cât și de către personalul medico-sanitar.

Dintre numeroasele variabile care pot fi studiate în cazul acestui fenomen, am selecționat: vârsta, sexul, categoria socioprofesională a părinților, nivelul de instruire al mamei și starea sa civilă.

Ca variabilă dependentă, mortalitatea la naștere și în primele zile de viață poate fi atribuită în principal unor cauze considerate ca endogene, în opoziție cu afecțiunile dobândite după naștere, cum sunt bolile infecțioase și carențele alimentare. Slăbirea rezistenței la infecții este cauzată în mare parte de starea nutrițională necorespunzătoare a copilului. Verificarea necroscopică a cauzelor de deces, realizată în cea mai mare parte a cazurilor, a pus în evidență aproape sistematic probleme legate de malnutriție și aparatul digestiv.

Cercetarea noastră a confirmat ipoteza potrivit căreia, în prezența unor riscuri climatopatologice majore, cum este cazul în România în timpul lungului sezon rece, care se întinde practic din octombrie până în mai, factorii economici, sociali și culturali au un rol decisiv asupra mortalității infantile. Ei potențializează agresivitatea contextului climatic, a factorilor naturali în general.

Bibliografie

1. Brezeanu-Staiculescu A.R.: „**Le rôle des facteurs économiques, sociaux et culturels dans la mortalité infantile durant une même période d'«agression climatique», le froid de l'hiver dans le département de Constanța (Roumanie)**”, în: Besancenot J-P. (Ed), Risques pathologiques. Rythmes et paroxysmes climatiques, John Libbey Eurotext, Paris, 1992.
2. Garenne M., Cantrelle P.: „**Eléments pour une analyse des facteurs de la mortalité infanto-juvénile**”, Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines, 20, 2: 311–320., Paris, 1984.

CRONICA DE LA SINAIA

Ionica BEREVOESCU

Cel de-al șaptelea Colocviu Internațional al Asociației Internaționale a Demografilor de Limbă Franceză (A.I.D.E.L.F.) s-a desfășurat anul acesta la Sinaia și a avut ca temă centrală „**Morbiditatea și mortalitatea: probleme de măsurare, factori de evoluție, încercare de prospectivă**”. Acest moment își definește o semnificație generală – prin importanța și actualitatea problematicii abordate (în special pentru țările aflate în tranziție spre economia de piață), dar și una particulară, evenimentul constituind o provocare (și o șansă de afirmare) pentru demografia românească. În același timp, o analiză atentă a tendințelor de evoluție a populației este o premisă necesară în formularea unor strategii și politici în acest domeniu.

Organizarea acestui colocviu a fost realizată de A.I.D.E.L.F. (președinte – Michel Poulain, secretar general – Joëlle Gaymu) în colaborare cu două institute ale Academiei Române: Centrul de Cercetări Demografice (director acad. Vladimir Trebici) și Institutul de Sociologie (director prof. Ion Drăgan).

Sunt necesare câteva cuvinte despre organizatori. Asociația Internațională a Demografilor de Limbă Franceză (A.I.D.L.F.) este o organizație profesională care are ca obiective principale studiul problemelor populației, promovarea demografiei și a aplicațiilor sale, difuzarea cunoștințelor în domeniul populației prin organizarea de colocvii, seminarii, publicații. Asociația a luat ființă în 1977, cu ocazia unuia dintre congresele generale ale Uniunii Internaționale pentru Studiul Științific al Populației, și numără în prezent peste 500 de membri provenind din 50 de țări. Colocviile anterioare au avut loc în Belgia, Italia, Canada, Grecia, Maroc și Spania, temele fiind variate: populații naționale și sub-populații, familie și fertilitate etc. A.I.D.E.L.F. organizează pentru prima dată o astfel de manifestare într-o țară din Europa de Est.

Comitetul Român pentru Colocviul A.I.D.E.L.F. l-a avut ca președinte de onoare pe acad. Ștefan M. Milcu, ca președinte executiv pe acad. Vladimir Trebici, iar ca secretari pe conf. dr. Vasile Ghețău (Centru de Cercetări Demografice) și cercetător principal Smaranda Mezei (Institutul de Sociologie). Colocviul s-a desfășurat sub patronajul domnului Theodor Meleșcanu, ministru de stat, ministrul afacerilor externe, președintele Consiliului Național Consultativ pentru Francofonie.

Desfășurarea în bune condiții a acestei reuniuni a fost posibilă datorită sprijinului financiar acordat de Banca Columna S.A., Fondul Națiunilor Unite

pentru Populație – prin biroul regional din București, Fundația Soros pentru o societate deschisă; biroul A.I.D.E.L.F. a asigurat tipărirea și difuzarea materialelor colocviului și a suportat o parte din cheltuieli.

Au participat circa 100 de specialiști și au fost prezentate aproape 70 de comunicări. Remarcăm prezența unor nume de referință în demografie: din Franța – Didier Blanchet, Chantal Blayo, Jean-Claude Chesnais, Michel Lévy, Alfred Nizard, Alain Parant, France Prioux, Jean-Paul Sardon, Louis Roussel; Canada – Marc de Braekeleer, Jacques Legaré, Anatole Romaniuc, Marc Termote; Belgia – Catherine Gourbin, Evelyne Thiltges, Guillaume Wunsch; Elveția – Michel H.Hagmann; Grecia – Byron Kotzamanis; Ungaria – Emil Valkovics.

Lucrările colocviului s-au desfășurat în trei sesiuni: I. „Probleme de măsurare”; II. „Factori de evoluție”; III. „Abordare prospectivă”; comunicările au fost repartizate în 6 ședințe.

Prima ședință, consacrată problemelor de măsurare a morbidității, l-a avut ca organizator pe France Prioux (Franța) și ca președinte pe Jacques Legaré (Canada). Au fost analizate metodele de înregistrare și măsurare a morbidității, anchete privind factorii care influențează declararea bolilor, indicatori ai morbidității, măsurarea consecințelor creșterii duratei de viață asupra stării de sănătate a populației.

Ședința a doua, având ca temă centrală problemele de măsurare a mortalității, a fost organizată de Guillaume Wunsch (Belgia) și prezidată de acad. Vladimir Trebici. Au fost prezentate analize ale mortalității diferențiale pe cauze de deces, indici sintetici ai mortalității, modele sau legi de mortalitate, probleme legate de supramortalitatea masculină.

Tematica celei de a treia ședințe, organizate de Evelyne Thiltges (Belgia), și avându-l ca președinte pe conf. dr. Vasile Ghețău, s-a referit la problematica mediului fizic și profesional: impactul poluării aerului asupra mortalității, factori de risc și factori de supraviețuire, probleme teoretice și metodologice ale relației sănătate-mediu.

A patra ședință – „Societate și sănătate publică” prezidată de Michel Hagmann (Elveția) și organizată de Madeleine Rochon (Canada), a reunit prezentări consacrate mortalității diferențiale, factorilor politici și sociali, probleme metodologice legate de măsurarea inegalităților sociale cu privire la sănătate.

Ședința a cincea, organizată de Marc de Braekeller (Canada) și prezidată de acad. Ștefan Milcu, a dezbătut comunicări pe tema selecției în bolile de origine genetică, evoluția prevalenței anomaliilor congenitale, efectul consanguinității asupra mortalității infantile.

Ultima ședință, consacrată prospectivei, a fost caracterizată de o mare diversitate problematică: perspectivele mortalității pe cauze de deces, modele de simulare a efectelor regimului demografic asupra susținerii intergeneraționale a persoanelor în vârstă, efectele deceselor evitabile asupra speranței

de viață la naștere, „prețul” vieții umane. A fost organizată de A. Parant (Franța) și prezidată de H. de Jouvenel (Franța).

Cercetătorii români au prezentat 7 comunicări.

Ca și la colocviile precedente, comunicările vor apărea în volum.

În cadrul colocviului au avut loc și alegerile pentru biroul A.I.D.E.L.F. Președinte a fost reales Michel Poulain, iar secretar general, Joëlle Gavmu. Biroul A.I.D.E.L.F. numără 11 membrii, printre care și Smaranda Mezei (România). Următorul colocviu A.I.D.E.L.F. va avea loc peste 2 ani.

O analiză globală a modului în care s-au desfășurat lucrările colocviului relevă faptul că obiectivele acestuia au fost atinse: au fost cunoscute preocupările, stadiul și perspectivele cercetării demografice internaționale, s-a realizat o îmbunătățire a metodologiei prin propunerea unor noi metode de analiză și descriere a fenomenelor demografice. Acest câștig informațional și metodologic, experiența rațională și organizatorică a acestei reuniuni constituie un capital pentru perspectivele demografiei în general și ale demografiei românești în special.

INDEX

- ANTAL G. Laszlo, 70 (LV)
ANTON Golopenția, 39, 70, 71, 113,
114, 115 (LV)
ARMITAGE P., 200 (LV)
ARRIGA Eduardo E., 167 (LV)
- BĂDULESCU Maria, 129, 168 (LV)
BEREVOESCU Ionica, 207 (LV)
BILCIU C., 112 (LV)
BLANCHET Didier, 208 (LV)
BLAYO Chantal, 208 (LV)
BOGNE Donald J., 167 (LV)
BOLOVAN Ioan, 71 (LV)
BOLOVAN Sorina, 71 (LV)
BREZEANU-STAICULESCU A.R., 206
(LV)
BYRON Kotzamanis, 208 (LV)
- CABELLO O., 120 (LV)
CANTRELLE P., 206 (LV)
CHANDRASEKARAN S., 120 (LV)
CHARLTON R.J., 169 (LV)
CHESNAIS Jean-Claude, 208 (LV)
CONSTANTINOVICI Niculae, 129, 133
(LV)
- DEMETRESCU M.C., 113 (LV)
DOUGLAS L. Anderton, 167 (LV)
DRAGOMIRESCU I., 167 (LV)
DRĂGĂNESCU M., 113 (LV)
- ENĂCHESCU Dan, 129, 168, 194 (LV)
ENĂCHESCU Th., 167 (LV)
EVERITT B.S., 200 (LV)
- FLORESCU M., 114 (LV)
FLEISS J.L., 200 (LV)
FLORESCU Silvia, 129, 133, 194 (LV)
- GARENNE M., 206 (LV)
- GAYMU Joëlle, 207, 209 (LV)
GEORGESCU D. C., 68, 70 (LV)
GHETĂU Vasile, 5, 8, 9, 47, 49, 53, 54,
75, 111, 124, 176, 186, 193, 207, 208
(LV)
GHINOIU I., 113 (LV)
GLAVCE Cristiana, VII, 129, 148, 167
(LV)
GOLOPENȚIA A., 68, 70 (LV)
GRIGORESCU C., 120 (LV)
GUILLAUME Wunsch, 208 (LV)
- HAGMANN Michel H., 208 (LV)
HOLLAND W.W., 169 (LV)
HOLLWEG Arthur, 114 (LV)
HRISTACHE Ilie, 16, 24, 111, 113, 116
(LV)
- IOAN-FRANC Valeriu, 132 (LV)
- JAFFE Fr., 120 (LV)
- KHALATBARI P., 111, 112 (LV)
- LEGARÉ Jacques, 208 (LV)
LEGENDRE L., 167 (LV)
LEGENDRE P., 167 (LV)
LEMNETE I.D., 111 (LV)
LEVI-STRAUSS Claude, 167 (LV)
LÉVY Michel, 208 (LV)
LÉVY Michel-Louis, 167 (LV)
Losifescu M., 113 (LV)
- MALIȚA M., 112 (LV)
MANUILĂ Sabin, 55, 58, 59, 64, 68, 70,
114, 118 (LV)
MATEI I., 113 (LV)
MEASNICOV I., 111, 116, 117 (LV)
MESLE F., 193 (LV)

- MIHĂILĂ Valentina, 5, 15, 129, 168 (LV)
MIHĂILESCU I., 113 (LV)
MILCU Ștefan, 208 (LV)
MILTON G. Lehrer, 70 (LV)
MIRO C. A., 120 (LV)
MOINEAGU C., 113 (LV)
MUREȘAN Cornelia, VII, 129, 175, 193 (LV)
MURGESCU C., 114 (LV)
- NIZARD Alfred, 208 (LV)
NOUZIELE Jean, 70 (LV)
- PAL Francisc, 71 (LV)
PARANT Alain, 208, 209 (LV)
PODEA Titus, 70 (LV)
POLLARD J., 193 (LV)
POP Adrian, 114 (LV)
POP S., 167 (LV)
POPA Ion, 129, 133, 194 (LV)
POPESCU Irina, 129, 148 (LV)
POULAIN Michel, 207, 209 (LV)
PRESSAT Roland, 124, 200 (LV)
PRIOUX France, 208 (LV)
PRODAN David, 70 (LV)
- RETEGAN G., 120 (LV)
ROCHON Madeleine, 208 (LV)
ROMANIUC Anatole, 208 (LV)
- ROSE J., 112 (LV)
ROUSSEL Louis, 208 (LV)
RUS R., 167
RUTSTEIN David D., 169 (LV)
- SANDU Dumitru, V, 5, 8, 21, 22 (LV)
SARDON Jean-Paul, 208 (LV)
SĂHLEANU V., 111 (LV)
SHKOLNIKOV V., 193 (LV)
SIAMPOS S., 112 (LV)
STAICULESCU -BREZEANU Ana Rodica, 130, 201 (LV)
- TABAH L., 120 (LV)
TERMOTE Marc, 208 (LV)
- URSIANU Em., 113 (LV)
- VALKOVICS Emil, 208 (LV)
VALLIN J., 193 (LV)
VLADIMIR Trebici, 5, 7, 16, 24, 39, 47, 49, 51, 71, 107, 113, 116, 118, 124, 132, 167, 207, 208 (LV)
VLĂȘCEANU Lazăr, 114 (LV)
VOICULESCU M., 113 (LV)
- ZAMFIR Cătălin, 5, 8, 35, 77, 91, 114 (LV)
ZAMFIR E., 77 (LV)