

Sociodemografia lumii rurale în România, Europa Centrală și Eurasia

Ilie Bădescu

Universitatea București

Până la transformările forțate ale regimului comunist, lumea rurală avea caracterul unui corp demografic echilibrat și, în ciuda sărăciei, sănătos. Anii '50-'60 aduc prima cădere demografică a satului. Bătrânețea rurală devine fenomenul social cel mai îngrijorător în România actuală și, în genere, în spațiul răsăritean.

Tipul actual de economie rurală în care gospodăriile sunt lipsite de segmentele tinere de vârstă, nu oferă nici o șansă bătrâneții rurale. Pe de altă parte, tinerii plecați de la sat nu reușesc nici ei să prospere, devenind săracii orașelor.

Clepsidra demografică

Demografia rurală și-a schimbat caracterul în ultimii 50 de ani atât de radical, încât despre sat nu se mai poate vorbi azi în termenii referatului metafizic al scrierilor lui Lucian Blaga, nici chiar urmând sugestiile desprinse din opera lui Rebreanu – căci Ion, cel care așeza pământul și iubirea într-o ecuație cosmică, a dispărut –, ci, oarecum, așa cum au scris Marin Preda și Ion Lăncrănjan (cărțile acestora, *Imposibila întoarcere* și *Cum mor țărani* ori *Suferința urmașilor* compun o tragică ramă pentru analiza chestiunii rurale astăzi).

Până la marea mobilizare comunistă, lumea rurală avea caracterul unui *corp demografic* extrem de echilibrat și, în ciuda sărăciei, extrem de sănătos. Piramidele vârstelor în mediul rural de până în anii '60 o atestă. După anii '50-'60 apare prima *cădere demografică* majoră a

satului, datorată *marii migrații spre urbanul dictaturii de dezvoltare*. Studiarea comparată a piramidelor vârstelor în mediul urban și cel rural atestă o adevărată explozie demografică urbană la grupele de vârstă cuprinse între 35-54 de ani. La aceleași grupe de vârstă (35-59 de ani), *demografia rurală* înregistrează un fenomen de extraordinară *contractie*.

La nivelul de incidență a acestor vârste înregistrăm și prima amenințare majoră asupra *corpului demografic rural*, care se constituie în *factorul explicativ axial al dramei demografice rurale actuale*. Prin respectivele grupe de vârstă, satul și-a pierdut orice șansă de a reveni la modelul unei *autarhii rurale* de tip tradițional și, tot de atunci, *bătrânețea rurală* a devenit unul dintre cele mai *nenorocite fenomene sociale*, căci, în sat, acest fenomen combină neputințele vârstei înaintate cu o stare economică sahariană a gospodăriei rurale.

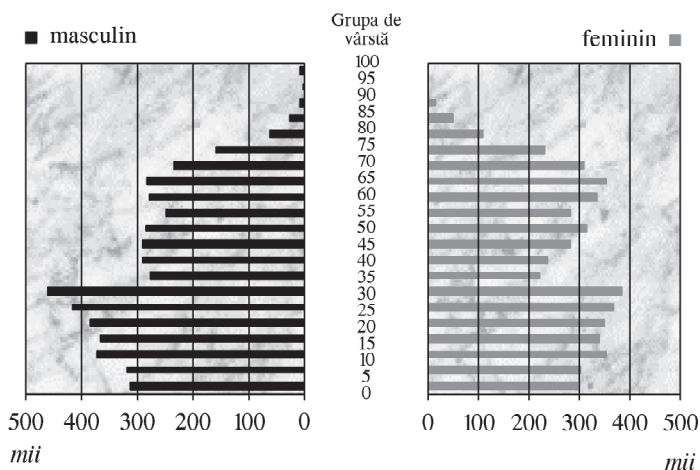


Fig. 1. Piramidă a vârștelor în mediul rural. Profilul populației rurale (Baza de date a Institutului de Sociologie al Academiei Române)

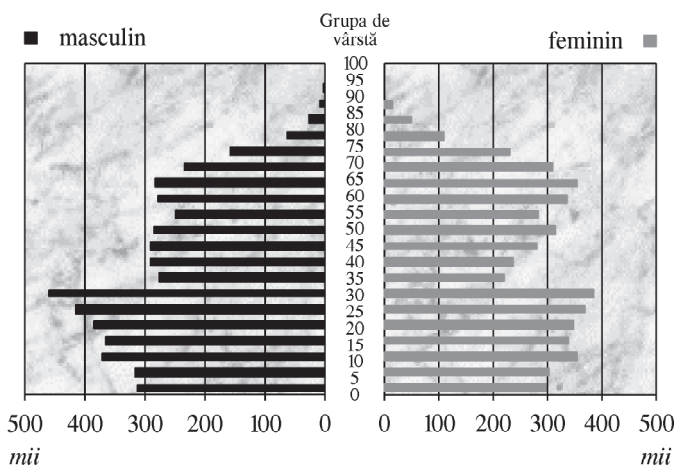


Fig. 2. Piramidă a vârștelor în mediul rural. Riscuri (Baza de date a Institutului de Sociologie al Academiei Române)

În prezent, spațiul rura e lovit de un *exod al populației adulte*, în special al femeilor între 25 și 55 de ani.

Îngustarea pronunțată a segmentelor de mijloc ale piramidei face ca *asupra populației active să se exercite o presiune deosebit de mare*, aceasta trebuind să „susțină” un număr foarte mare de persoane inactice (tineri și bătrâni), fără sprijin de la stat.

În ciuda ponderii scăzute de femei fertile, fertilitatea se menține la cote ridicate spre deosebire de mediul urban. Acest lucru nu va duce la redresarea pe termen mediu a raportului (bătrâni + tineri)/adulți decât dacă se va stopa exodul populației rurale active.

Pe termen mediu, nu ne putem aștepta nici la îngustarea vârfului piramidei, deoarece este încă foarte posibil ca mare parte dintre adulții plecați acum din rural să se întoarcă la bătrânețe în rural.

Pentru vârstele de 60-64, 70-74 și 75-79 de ani satul actual este un fel de „Africă românească”. Bătrânii nu mai au nici șansa oferită altădată de o economie bazată pe gospodăria autarhică, nici sprijinul copiilor plecați, căci aceștia sunt actualii *săraci* din mediul urban, compun valurile celor *trei sărăcii* urbane în care se amestecă, de-a valma, muncitorii din fabrici, profesorii fără catedră, medicii fără cabinete, avocații fără clientelă, studenții fără viitor.

Examinarea comparată a piramidei populației în mediul urban și în cel rural ne ajută să înțelegem ce *nenorocire* se va abate peste actualii *activi* din mediul urban care, la vârsta pensionării, se vor rezema pe o populație ocupată de *trei ori mai mică*, fenomen de o gravitate înspăimântătoare. Față de aceste caracteristici ale piramidei urbane a vârstelor constatăm că, în continuare, mediul rural reprezintă *variantele strategice a mării crize*, care ne așteaptă peste 20-30 de ani, generată, în mare măsură, de *modelul demografic urban*.

Ce trăsături apar în cadrul corpului demografic rural și în cadrul celui urban? Mai întâi, consemnăm în cadrul ambelor corpuri demografice ceea ce s-ar putea numi o *fertilitate fără viitor*, adică o *strategie fertilă* centrată pe *ziua de azi*, chestiune ilustrată de proiectarea viitorului genealogic centrat pe parametrul „speranței de viață la naștere”. Pentru prima dată, *cuplul* se gândește la copil în termenii condițiilor de viață materială din ziua nașterii și aceste condiții compun motivația aducerii pe lume a copilului.

Femeia tradițională privea copilul ca pe ceva nedependent de vreun factor circumstanțial, astfel încât săracul primea copiii cu aceeași bucurie ca și bogatul. Nașterea constituia un *fenomen al firii* și era privit ca atare.

Astăzi, nașterea este un fenomen pus sub condiționări, devenind ipotetic: „dacă beneficiaz de condițiile 1, 2, 4, atunci primesc copilul, dacă nu, îlucid”. Această fertilitate se aseamănă cu un fel de „loterie a vieții”, amintindu-ne de jucătorul lui Dostoievski, care, după ce joacă tot ce are, pune drept miză propria sa viață, deci, ceea ce nu-i aparține. Aceasta este fertilitatea fără viitor, căci nu are puterea de a propaga peste timp genealogiile și, astfel, poporului respectiv i se caționează viitorul. Cei de azi cumpără în contul celor de mâine, iar moneda de cumpărare este viața pruncilor nenăscuți, care, astfel, nu se vor naște niciodată. Analiza comparativă a celor două piramide ale vârstelor ne arată totuși unele diferențe dătătoare de speranță și că speranța demografică a României nu este urbană, viitorul demografic al României fiind încă rural și, dacă guvernării de azi nu vor adopta grabnic o politică demografică de suport pentru fertilitatea rurală, România urbană nu va avea viitor. Chestiunea este atestată de faptul că secțiunea feminină a piramidei rurale este singurul element de echilibru populațional într-o societate zguduită de dezzechilibre, de fenomene de prăbușire ciclică, cum ne arată cele două piramide.

Piramidele vârstelor și fenomenul convulsiei demografice

Ce constatăm la cele două piramide? Ultimii 15 ani sunt anii *dezastrului demografic al României urbane* și ai *declinului demografic al României rurale*. Să reținem aceste două concepte asociate căci ele redau fenomenul pe care ni-l dezvăluie cele două piramide: *dezastru demografic* și *declin demografic*.

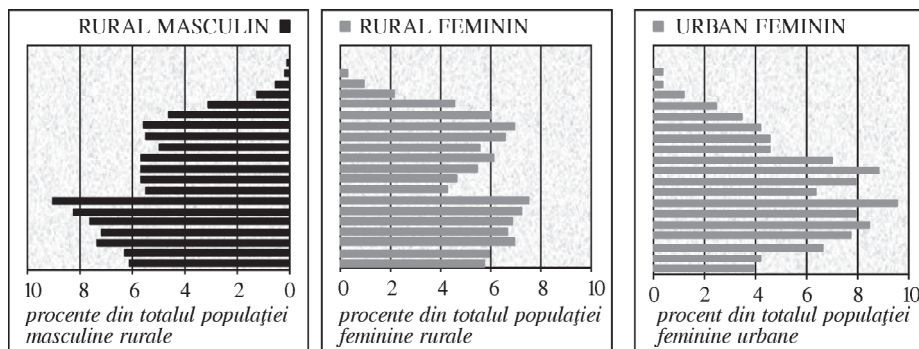


Fig. 3. Compararea potențialului fertil al satului și orașului (Baza de date a Institutului de Sociologie al Academiei Române)

Compararea piramidei vârstelor pentru femei în oraș și în sat arată că în oraș populația femeilor va scădea cu un ordin de mărime de aproape 400.000 la fiecare interval de 5 ani spre vârstele celor care au, la momentul actual, între 1-10 ani, față de femeile care au acum între 25-35 de ani. În sat numărul femeilor fertile va scădea la nivelul vârstei de 1-10 ani la momentul actual cu un ordin de mărime de sub 100.000 față de pragul femeilor cuprinse între 25-35 de ani la momentul actual. Prin urmare *diminuarea potențialului fertil* în oraș atinge o rată a declinului de trei ori mai mare decât în sat. Este un argument serios pentru ideea unor politici demografice rurale.

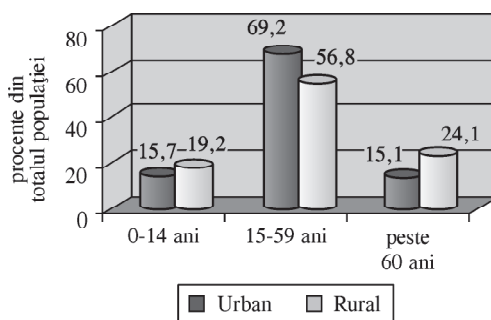


Fig. 4. Vârstele satului și ale orașului. Satul și statul

Examinarea vârstelor în sat și în oraș ne arată că o populație activă (între 15-59 de ani) cu 13% mai mică în sat susține fără sprijin de la stat un segment al populației de copii și bătrâni cu 14% mai mare decât orașul.

Altfel spus, din cei circa 45% persoane dependente, aproape 2/3 sunt „găzduite” la sat, ceea ce arată că ele cad în sarcina satului nu în sarcina statului, ca în oraș.

Prin urmare, satul degrevează statul de povara suportului pentru bătrâni și copii cu un ordin de mărime care atinge 2/3 din totalul acestei sarcini.

Satul are, iată, și această funcție de „găzduire”, ceea ce aduce enorme economii la bugetul statului în contul cheltuielilor pentru protecție socială, care atinge la circa 3% din buget. Dacă satul n-ar scuti statul de acel supliment de cheltuieli cerut de susținerea echivalentă a copiilor și bătrânilor din rural, procentul cheltuielilor sociale ar trebui să fie de 5%. Excluși de la cheltuielile sociale copiii și bătrânii din satele românești sunt excluși, cum vom vedea, și de la cheltuielile de sănătate, ceea ce arată politici evidente de discriminare rurală.

Când o populație înregistrează, în decurs de 15 ani, o cădere cu peste 50-60 la sută a pragului sau a *plafonului* atins de acea populație în cadrul grupei de vârstă anterioare celei care înregistrează căderea, putem vorbi despre fenomene de prăbușire sau de dezastru. Când la o casă este afectată o cameră, acareturile, o tindă, vorbim despre o casă avariata, despre stricăciuni reparabile. Când jumătate din casă nu mai există, s-a prăbușit, vorbim despre dezastrul acelei gospodării. Acea casă trebuie rezidită din temelii. Piramida urbană scade în ultimii 15 ani de la pragul de peste 500 000 într-o grupă de vârstă, cum este cea între 30 și 34 de ani sau 20 și 24 de ani, la pragul de 250-260 de mii pentru vârstele între 0-4 de ani și 5-9 de ani. Căderea pragului demografic atinge, iată, 50 la

sută, ceea ce ne permite să vorbim despre un edificiu demografic prăbușit, care s-a confruntat, deci, cu un fenomen din categoria dezastrelor. Examinarea piramidei rurale ne arată însă un alt tip de fenomen. Plafonul demografic atins de populația între 30 și 34 de ani este de 460 de mii. Populația cuprinsă între 0 și 4 ani, ca și cea între 5 și 10 ani are un plafon de creștere fixat la 320 de mii (la fiecare grupă de vârstă în parte), ceea ce arată o cădere de plafon de circa 20 la sută, fapt tipic pentru fenomenele de declin, nu însă pentru dezastre sau prăbușiri. Putem spune deci, că ultimii 10-15 ani au costat România un preț echivalent cu parametrii celor două fenomene: dezastru/prăbușire demografică urbană și declin demografic rural marcat.

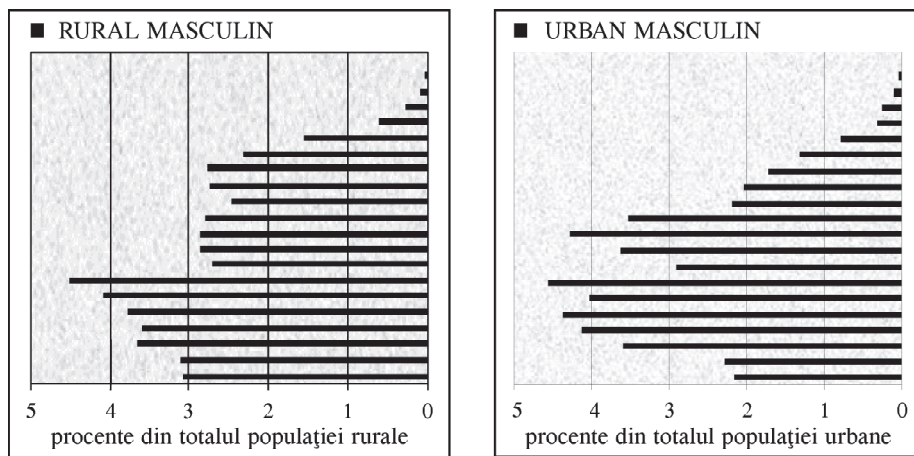


Fig. 5. Populația masculină în sat și oraș pe grupe de vârstă

Piramida pentru populația masculină arată aceleași fenomene de strangulare demografică la nivelul vârstelor active cuprinse în intervalul de 35-45 de ani, cu mult mai dramatic în oraș decât în sat.

Declinul populației masculine în oraș, de la grupele de 35-45 de ani la cele de 1-15 ani atinge un ordin de mărime de 2,5% (ceea ce înseamnă căderi de câte 200 000 la fiecare 5 ani), pe când în sat ordinul de mărime al declinului este de circa 1,5%, ceea ce înseamnă căderi de circa 100-150 000 de persoane la fiecare 5 ani.

Cea de-a doua caracteristică a piramidelor demografice rurală și urbană se referă la caracterul ciclic al căderii demografice, ceea ce arată că avem de-a face cu o maladie (care revine), deci cu un corp demografic slăbit. Ciclicitatea aceasta ne permite să vorbim despre „convulsii demografice”. Primul moment al acestor convulsii se înregistrează la nivelul vârstelor de 35-39 și 40-44 de ani pentru mediul rural, respectiv de 35-39 de ani pentru cel urban. Aceste cohorte ale declinului sunt primul efect al instaurării regimului comunist. Regimul a adus asupra României și primul fenomen de convulsie demografică, pe care nu l-a mai cunoscut poporul român decât în perioadele de epidemie, nu întâmplător asociate în perioada modernă, de pildă, cu epoca fanariotă. Ciuma lui Caragea este deja o sintagmă a memoriei colective. Al doilea moment al convulsiei demografice este identificabil la grupurile de vârstă între 0 și 4 și 5 și 10 ani, fiind datorată părinților perioadei postdecembrie, deci tot unei schimbări de regim. Nu vom face nici o speculație în legătură cu asemănarea celor două perioade, dar similitudinile demografice ne pun pe gânduri. Ce au comun cele două momente încât populația fertilă intră în convulsie demografică? Este o chestiune pe care am discutat-o și cu demograful american Steve Cutler, de la care am primit o explicație interesantă asupra căreia nu voi stăruia aici.

În fine, a treia caracteristică a piramidelor se referă la relativa asimetrie a celei rurale, care atestă câteva trăsături :

- a) secțiunea masculină a piramidei pare mult mai echilibrată ;
- b) fenomenul convulsiei demografice n-a atins în aceeași proporție populația masculină ;
- c) femeile fertile din mediul rural n-au scăzut niciodată cu un parametru mai

mare de 20 la sută, în vreme ce femeile fertile din mediul urban au scăzut cu un procent de variație a pragurilor care trece de 50 la sută (de la 540 de mii la circa 260 de mii) ;

- d) femeile din spațiul rural n-au fost afectate de prima convulsie demografică, cauzată de primul moment al declinului, care, în mediul urban, atinge o cădere de la 500 de mii la 320 de mii, deci de peste 30 la sută, iar în mediul rural, declinul este de la circa 290 de mii la circa 280 de mii, deci de sub 5 la sută.

Față de aceste particularități, putem spune că spațiul rural are o mai mare eficacitate de a feri populațiile de efectele *fenomenelor de convulsie demografică* decât cel urban. În mediul rural, convulsia demografică, de care suferă toate popoarele Europei în ultimii 100-150 de ani (și poporul român de circa 50 de ani), îmbracă forma *declinului demografic*, pe când în mediul urban, același fenomen îmbracă forma *prăbușirii demografice*. Putem spune deci că mediul rural se arată mai înalt protector pentru corpul demografic al popoarelor decât cel urban, cel puțin în cazul României. Și aceasta, în condițiile în care politicile economice ale ultimului secol s-au dovedit a fi sistematic antițărănești și deci, implicit, antirurale. Colectivizarea forțată, prigoana rurală, temnița, exodul țărănesc postbelic, politicile cinismului rural al ultimilor 15 ani, sintetizate în cele două legiuiri ale dezastrului rural, Legea 18 și Legea 1 sau legea Lupu, care au condus la concentrarea sărăciei (peste 70% dintre săracii severi sunt astăzi concentrați în mediul rural), sunt numai câteva dintre dimensiunile care dau măsura și fațada acestor politici antiruraliste.

Regiunile de dezvoltare și demografia rurală.

Fertilitatea. Puterile morale în mediul rural și în cel urban: un declin cu două viteze

Disparitățile speranței de viață în mediul rural

Demografii definesc „speranța de viață” prin scăderea mortalității pe generații și, astfel, calculează o „speranță a vieții la naștere”, care, în 2000 (pentru România), era de 70 de ani la bărbați și de 74 de ani la femei. În ceea ce ne privește, propunem noțiunea de speranță colectivă de viață a familiei (pe care o putem denumi, iată, și speranță genealogică), a neamului (rudeniei) și, de ce nu, a popoarelor, care s-ar putea măsura tocmai prin procentul

celor care adoptă un model reproductiv de 2,3-3 copii/femeie (și chiar peste această cotă). În lume, în genere, această cotă a fost asociată societăților țărănești. Acestea au adoptat un model reproductiv de 3-5 copii la o femeie. Populațiile urbane, din contră, au optat pentru *strategia* creșterii „speranței de viață al naștere” (deci a ridicării pragului vârstei decesului la scara unei generații). Populațiile rurale, din contră, au optat pentru strategia ridicării sau a menținerii pragului *speranței de viață colectiva* (genealogică și etnică), deci a păstrării unei cote înalte a familiilor cu peste 2,3 copii la o femeie. Încât, putem vorbi despre două modele reproductivă ce reflectă, în general vorbind, starea sufletească a populației, intensitatea sentimentului bucuriei copiilor și deci gradientul speranței genealogice și naționale.

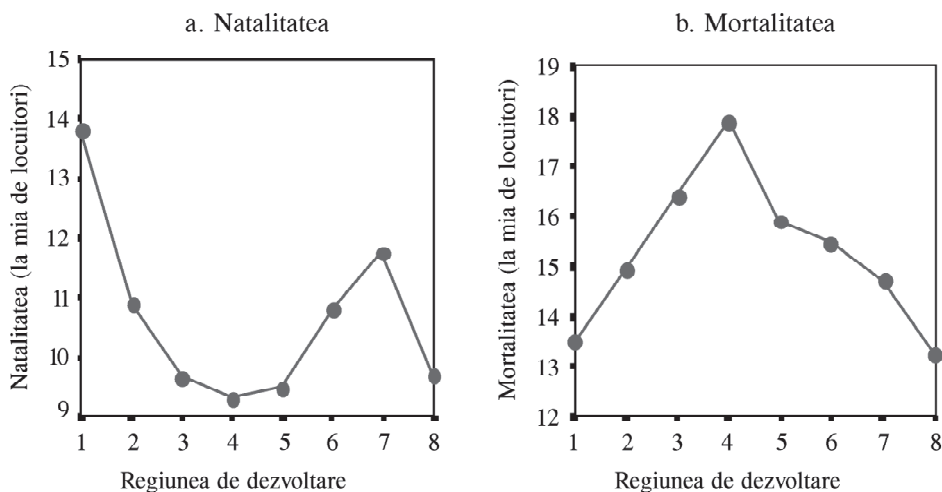


Fig. 6. Disparități la nivelul regiunilor de dezvoltare după principalii indicatori demografici din mediul rural

Luând în considerare sensul și intensitatea indicatorilor de vitalitate la nivelul fiecărei regiuni de dezvoltare se remarcă o *eterogenitate* destul de pronunțată, profilul demografic al celor mai multe dintre regiuni distanțându-se semnificativ unul de altul. Nord-estul moldav are cea mai înaltă rată a natalității și mai scăzută mortalitate, pe când sudul și sud-estul au cea mai scăzută natalitate și cea mai ridicată mortalitate. Se moare mai repede și mai mult în sud și sud-est, adică în Muntenia, Oltenia, Caraș-Severin.

Popoarele cu un puternic sentiment al speranței vor opta pentru strategia „speranței de viață genealogică”. Cele cu un diminuat sentiment al speranței vor opta pentru strategia „speranței de viață la naștere”, adică spre o cultură care permite prelungirea vieții noastre, indiferent de ceea ce va fi viața colectivă (a stirpei și a neamului), peste o generație (după generația proprie). Cele două strategii se bazează: una pe cultura prelungirii vieții neamului, genealogice, cealaltă pe cultura prelungirii vieții individului. O vom numi pe cea dintâi, *strategie comunitaristă*, pe a doua, *strategie individualistă* (și evident egoistă) privitoare la proiectarea individuală și colectivă a vieții. Ne dăm seama că ideologiile *planing*-ului familial (și cu atât mai mult ale așa-zisului *optim* al populațiilor) pot fi încadrate tipologic în categoria strategiilor individualiste de proiectare colectivă și individuală a vieții, strategie pe care o considerăm responsabilă pentru declinul demografic al popoarelor europene. Ea este, în mare măsură, consecința modelului de civilizație occidentală, bazată pe secularizare, pe idolatria consumeristă, pe prăbușirea credinței și pe alte fenomene care însoțesc acest tip de civilizație centrată pe filosofii materialiste, pe orientări spre consum, spre o definiție materialistă a fericirii etc.

În termeni demografici, aceste două modele implică proiecții în baza unor ipoteze divergente: unul fondează aceste proiecții pe speranța de viață la naștere, celălalt, în baza unor ipoteze asupra fertilității (număr de copii la o femeie). În termenii demografiei, ambele scenarii aduc o creștere a populației, dar în termenii strategiei spirituale a unui popor, numai cea de-a doua *proiecție* este „sănătoasă”, adică atestă o „însănătoșire” morală a *sentimentului colectiv* și a fenomenologiei speranței. Încât, modelul

reproductiv de tipul „copii mai puțini și de o calitate mai bună” nu dă în vileag lucrul cel mai grav: familii cu o speranță de viață genealogică mai mică, cu o indiferență mare față de viitorul familiei (și al comunității din care fac parte) și cu un egoism mai mare al părinților (pentru ei și pentru primul copil). Ei vor nu o familie mai puternică, ci o plăcere și un consum mai mari ale zilei, trecute în aceeași proporție asupra primului și unicului copil. Dar să examinăm situația concretă și datele din „teren”.

Între 1990 și 1999, în România numărul de copii născuți vii a fost „cu 1,3 milioane mai mic decât cel care ar fi rezultat din constanța fertilității pe vârste la nivelul anului 1989”⁴. Și mai departe, demograful se întreabă: „Cu ce ar fi fost și este mai benefică, în contextul economic de după 1989, divizarea «sărăciei» la 23,5 milioane locuitori în loc de 22,5 câți suntem azi? Răspunsul nu poate fi expediat prin slogane ori lozinci populiste, adaugă demograful. Am putea chiar afirma că reducerea natalității și impactul acesteia asupra numărului populației tinere au redus dimensiunea unor costuri pe care le suportă familia și societatea pentru sarcină, maternitate, nașterea și creșterea copiilor, inclusiv educație”⁵. Silogismul este tipic pentru strategia „naturalistă” a unei populații cu „speranță genealogică” prăbușită, o populație egoistă și deci indiferentă la *timpul de mâine* al familiei și al „neamului” (stirpei), inabilă să se bucure de copii, complet inabilă să treacă sentimentul timpului în manifestări ce pot aduce propagarea spirituală a ființei (deci, a comunității). Această populație, care, în vederile demografului este mai bogată cu procentul sărăciei diminuate la proporția celor 1,3 milioane de nenăscuți, este, în realitate, mai săracă sufletește, etalând *puteri sufletești* diminuate la proporția celor 13 de milioane

nenăscuți (pentru care n-a mai avut resurse sufletești, bucurie, speranțe, puterea să-i primească, întorcându-le spatele). Prin urmare, femeile au o putere sufletească diminuată cu proporția celor 1,3 milioane de nenăscuți, încât putem spune că populația aceasta e mai săracă sufletește, chiar dacă e mai bogată economic. Demograful adaugă: „Nu poate fi omisă nici ameliorarea sensibilă a stării de sănătate a femeii prin acces la contracepție și întreruperea cursului sarcinii nedorite. Evoluția speranței de viață la naștere și a mortalității materne sunt elocvente în acest sens”⁶.

Din studiile efectuate de către profesorul Vasile Ghețau, cel mai important demograf al României de astăzi, reiese că în ultimii 3-4 ani, rata fertilității în România atestă o relativă stabilitate, ba chiar un ușor reviriment între anii 1997 și 1998. Și aceasta, într-un context economic și social în deteriorare. Concluzia pe care o formulează demograful este că această tendință indică opțiunea populației spre „conservarea unui model cultural încă favorabil familiei cu copii”⁷. Pe de altă parte, demograful consideră că „reacția fertilității” la un context socio-economic încă departe de o stare redresată, încadrează România în clasa popoarelor care au intrat într-un *declin demografic*. Pentru ca acesta să fie stopat ar trebui să se treacă de la 1,3 copii la o femeie în ultimii ani, la 2,1 copii la o femeie; aceasta ar fi cota simplă înlocuirii a generațiilor.

Modelul reproductiv, specific țărilor occidentale, este caracterizat de orientarea cuplului spre „un număr mic de copii, de o calitate mai bună, aduși pe lume la o vârstă mai ridicată (pentru că și căsătoria are loc la o asemenea vârstă) și provenind, în proporție crescândă, de la femei necăsătorite legal”⁸.

Proporția acestor copii în România „a crescut de la 17 la sută în 1993, la 24 la sută în 1999”⁹. Deci ponderea acestui *model reproductiv* (numărul de copii fiind mic, acest model nu conduce la simpla înlocuire a generațiilor, ci la o alarmantă *recesivitate* a acestora) a crescut în România, în șase ani, cu 7 la sută, deci cu un procent pe an, ceea ce arată o creștere constantă a *frontului de val* al acestui *model*, care se *nutrește din scăderea* energiei vieții, din *amânarea bucuriei* de a avea copii și, până la urmă, din *stingerea acestei bucurii după primul copil*. Este ca și cum apariția primului copil ar fi fost o traumă, de care cuplul se ferește în viitor ca de o nenorocire.

Prin urmare, „bucuria copiilor” s-a diminuat în România, ca stare sufletească, într-o proporție alarmantă, care atinge 24 la sută din populația fertilă (la vârsta reproductivă) în 1999. Un sfert din populația României *nu se bucură de copii* și se raportează la al doilea copil ca la o traumă ce trebuie evitată (clasând evenimentul nașterii în categoria nenorocirilor). Dacă ținem seama de faptul că o *familie* și, în general, o comuniune se bazează pe *bucuria* de a fi împreună în *spațiu* și în *timp*, constatăm că la 24 la sută dintre familiile românești această *bucurie a dispărut* ori s-a *diminuat* la o măsură dată de o proporție înjumătățită. Ca și cum membrii familiei nu și-ar mai dori propagată *stirpea* (deci neamul și familia) în timp, micșorându-i șansele de propagare cu 50 la sută. Dispariția acestei *bucurii* măsoară grava prăbușire a *sentimentului duratei neamului de apartenență*, indiferența la durata lungă a neamului (și deci a familiei).

Totul este proiectat pe durate mici, cu o indiferență totală la *durata lungă*. Intensitatea sentimentului duratei scade și odată

cu aceasta scade *lungimea voinței, voința de a dura*, de a *viețui peste timp*. Este un soi de *conduită sinucigașă* trecută în sarcina celor care vin, adică trecută de la părinți la copii. Acest comportament de *sinucidere transferată* de la părinți la copii și, mai departe, la urmași atinge în România proporția de 24 la sută.

Fenomenul este *general european*. În Europa a început odată cu marea creștere economică, în anii '60. „În a doua parte a anilor '60 și în prima parte a deceniului următor, rata fertilității totale [în Occident] a trecut de la 2,5-3 copii la o femeie, la începutul anilor '60, la valori apropiate de 1,5 copii la o femeie, în jurul anului 1975, rămânând la acest nivel până astăzi, fără semne de redresare autentică până acum”¹⁰ și cu perspective la fel de pesimiste¹¹. Sentimentul bucuriei pentru/la venirea copiilor înregistrează un *recul* fantastic în toată Europa și acest *recul* este strict european, iar sensul său nu este economic ori pur demografic, ci *spiritual*.

Demografii asociază cele două procese – creșterea economică și declinul demografic – sesizând un *model cultural propriu comportamentului demografic al popoarelor dezvoltate*. În realitate, nu este un *model cultural de comportament demografic* utilizabil pentru a descrie popoare dezvoltate, ci un model utilizabil pentru a descrie popoarele înfrânte „spiritual”, care nu se mai pot comporta firesc, natural. Prăbușirea bucuriei la/pentru venirea copiilor (universală în cazul familiei umane, care se distinge de cea „animală”) și conduitele asociate acestei prăbușiri: indiferență față de miracolul procreării și al venirii pe lume a copiilor, hedonism, care merge până la formele nenaturale de cuplare (precum homosexualismul), proliferarea cuplurilor întâmplătoare de tipul

coabitărilor în concubinaj și al adulterismului, indiferență pentru ziua de mâine etc., sunt tipice pentru atmosfera de ghetou, pentru populațiile în captivitate, în genere pentru grupurile care trăiesc în medii izolate și în „instituții totale” (Goffman).

Ne aflăm, iată, în cea mai teribilă *criză funcțională* a Europei, în care a intrat și România de circa 15 ani, dar, având în vedere că până în 1989 modelul reproductiv de 2,3 copii la o femeie a fost menținut forțat, putem spune că *sindromul tipic pentru popoare* care și-au pierdut *speranța* s-a manifestat și la noi cu mult înainte, începând cu anii '60-'70, când s-a adoptat decretul de interdicție a avortului, deci în același interval în care fenomenul începuse a se manifesta și în Occident (în Europa dezvoltată, a democrațiilor industriale libere, cum au fost denumite acestea propagandistic). Toate acestea ne îngăduie să vorbim despre un *sincronism biologic european*, în întregime malefic, și care se *fondează* pe cea mai teribilă criză a sentimentelor sau trăirilor fondatoare, criza „bucuriei copiilor”. Cum acest sentiment este fața cea mai relevantă a speranței, putem spune că recesiunea lui reprezintă simptomul recesivității speranței la popoarele europene, al crizei încrederii în viitor. Popoarele europene par a fi popoare fără de speranță, obosite, indiferente la ce va fi *mâine*, acel „mâine” colectiv, național, european.

Cu același fenomen se confrunta Roma lui Augustus, în cuprinsul căreia nici legile demografice ale împăratului, nici excomunicarea lui Ovidiu pentru „corupătoarea” *Ars amandi*, nici severitățile ipocrite ale lui Tiberiu, n-au putut stopa dezastrul. El s-a produs și numai *renovarea* sufletească adusă de creștinism a salvat Europa, care altfel ar fi recăzut în barbarie o dată cu

declinul Romei. Or, lucrul acesta nu s-a întâmplat, chiar dacă Europa s-a rupt în două, și fiindcă Dumnezeu Fiul a salvat-o. Europa de azi trece prin același *punct* al maximei sale recesiuni astrale și, ca și Europa romană a lui Augustus, nu se va salva de la dezastru decât prin renovare spirituală, adică prin recuperarea sufletului creștin, pe care și l-a pierdut în lungul interval de idolatrie consumeristă și ideologică, pe care l-a traversat și din care a ieșit secularizată la proporții de alarmă. Atunci salvarea a venit de la *familia creștină*, nu de la *familia romană*, care nu mai avea nici o energie de redresare. *Pater familias* nu mai putea salva popoarele, ci numai *Tatăl ceresc*, *Pater nostrum*.

Examinarea comparativă a *mortalității infantile* și *materne* arată un model de propagare asemănător cu acela al cascadelor de la Elba spre Vladivostok. De ce folosim metafora cascadelor? Pentru a descrie fenomenul creșterii bruște a ratei mortalității de la o zonă la alta sau de la o perioadă la alta, fără ca nimeni „din jur” (instituții de sănătate) să le „întindă mâna” inșilor aflați în pragul morții spre a-i ajuta să se sustragă inerției căderii și astfel aceștia „mor cu zile”, cum se zice. Moartea în cascade se referă deci la un model de propagare prin creștere bruscă a mortalității de la o zonă la alta, de la o epocă la alta. În principiu, moartea este asemenea cascadei: când s-au ivit condițiile de prag al morții, dacă nu intervine ceva „din afară”, cel aflat în situația respectivă nu se mai poate sustrage căderii, inerției acesteia. Fenomenul cascadei mortalității capătă relevanță socială atunci când, de la o perioadă la alta sau de la o zonă la alta, consemnăm creșteri bruște și semnificative ale ratei mortalității. Vorbim, așadar despre cascade ale mortalității atunci când

sunt întrunite cele două condiții: când ponderea celor care mor crește brusc de la o zonă la alta sau de la o epocă la alta, și persoanele aflate în pragul morții nu primesc nici o asistență care le-ar putea întoarce la viață. Or tocmai acesta este fenomenul societăților răsăritene, unde crește brusc rata mortalității materne și infantile comparativ cu Europa Centrală și cu cea occidentală. De la apus spre răsărit consemnăm o creștere a viiturii morții, care cade asupra populațiilor cu greutatea și presiunea unei cascade. Altfel spus, mortalitatea afectează viața unor cohorte întregi, care se prăvălesc în moarte, printr-o cădere bruscă și vertiginoasă de tipul cascadelor, fără de cea mai mică puțință și șansă de a se sustrage unei asemenea căderi. Exact ca o barcă ce-a ajuns la pragul cascadei: brusca întepire a vitezei curentului o atrage fără a mai avea vreo putere de sustragere din puhoiul apelor și numai o intervenție de pe mal ar putea s-o sustragă inerției căderii, iar în acest caz intervenția ar fi tot una cu un *serviciu prompt și eficient de salvare*, or tocmai acesta se pare că este ineficient și târziu în societățile răsăritene, de vreme ce cota mortalității materne și infantile crește brusc spre țările respective. Acesta este *modelul de propagare a mortalității infantile și materne dinspre apus spre răsărit*. Cota celor care mor din totalul acestor două categorii este, în aria țărilor apusene, mică, ceea ce arată că mamele și copiii nou-născuți care se confruntă cu pericolul morții sunt, în cele din urmă, salvați, fiind astfel atestată intervenția unei forțe salvatoare din afară (serviciile de asistență sanitară sunt prompte și eficiente). În spațiul răsăritean însă, o mamă ori un copil ajunși în pragul căderii nu se mai pot salva, căci acea forță salvatoare din afară, singura capabilă să-i extragă din curentul și inerția morții, nu

intervine cu promptitudine și nici cu eficiență, astfel că, mama și copilul nu se mai pot sustrage căderii. Momentul morții îl urmează, în chip fatal, pe cel al ivirii situației de prag. Societățile răsăritene nu intervin în sprijinul celor aflați în situații de prag, astfel că, ori de câte ori se ivește o atare situație, se produc consecințele cu fatalitate, exact ca în cazul bărcii ajunse pe buzele cascadei. Iată datele comparative pentru întreaga zonă.

Cele patru cascade ale mortalității infantile :

1. Prima cascadă (mai mică) : 4-6 copii morți la mia de nou-născuți ;
2. A doua : 6-9 copii morți la mia de născuți vii, proprie Țărilor Baltice (fără Estonia) și țărilor Europei Centrale ;
3. A treia cascadă a mortalității infantile etalează : 9-15 copii morți la mia de născuți vii în Ucraina, Estonia, Albania, Bulgaria ;
4. A patra cascadă și cea mai teribilă : de peste 15 (între 15-21) copii morți la mia de născuți vii o întâlnim în toată Eurasia, în Rusia, România, Moldova¹² ;

Puhoiul copiilor morți la naștere plasează România în patternul Eurasiei islamice (care are însă și o natalitate foarte ridicată). Din nefericire, rata mortalității infantile în România rurală este, în medie, de 20,13 la mia de născuți vii, această medie înregistrând variații mari pe zone și pe județe.

În ceea ce privește România rurală, aceasta este compusă din zone tipologic distincte în privința mortalității infantile, ceea ce atestă că simptomatologia crizei sentimentului dănuirii genealogice a familiei și a neamului (speranța de supraviețuire genealogică) este diferențiată regional.

În raport cu cele patru cascade ale mortalității infantile, vom constata că toate cele 41 de județe se încadrează în tipologia zonelor cu valori de uriașă mortalitate, care fac parte din tipologia zonelor a treia și a patra, așa cum au fost delimitate la scara Europei Centrale și de Răsărit.¹³

Astfel, în zona a treia (sub 15 la mia de născuți vii), regăsim județele :

Cluj	11,50‰	născuți vii
Covasna	13,78‰	născuți vii
Dolj	13,11‰	născuți vii
Giurgiu	14,37‰	născuți vii
Harghita	14,33‰	născuți vii
Maramureș	14,91‰	născuți vii
Sălaj	13,05‰	născuți vii
Vâlcea	14,03‰	născuți vii
Total	8	județe

În zona a patra, cu două subzone :

- a) de mare mortalitate infantilă (între 15-21 la mia de născuții vii) :

Alba	20,63‰
Argeș	17,68‰
Brașov	16,66‰
Dâmbovița	19,41‰
Galați	19,29‰
Gorj	20,97‰
Mehedinți	20,67‰
Timiș	20,49‰
Hunedoara	19,56‰
Ilfov	16,19‰
Olt	15,34‰
Suceava	18,97‰
Sibiu	17,84‰
Teleorman	18,74‰
Total	14

- b) Județe cu mortalitate care depășește pragul (mediu) al întregii Europe Răsăritene (deci trec de 21‰) :

Arad	22,72‰
Bacău	23,72‰
Bihor	27,11‰
Bistrița	21,14‰
Botoșani	28,95‰
Brăila	21,63‰
Buzău	21,38‰
Călărași	24,38‰
Carăș-Severin	21,14‰
Constanța	25,60‰
Ialomița	25,69‰
Iași	28,00‰
Neamț	26,24‰
Prahova	27,49‰
Satu-Mare	23,46‰
Tulcea	21,89‰
Vaslui	21,89‰
Vrancea	22,44‰
<hr/>	
Total	18 județe

Reținem constatarea alarmantă că opt dintre cele 41 de județe, adică circa 20 la sută (o cincime) sunt județe *infanticide*, fiindcă aici mortalitatea infantilă trece de 25‰, atingând aproape 29‰, în Botoșani, 28‰, în Iași și 27,49‰, în Prahova, adică în *nord-vestul*, în *sudul* și în *estul* României. Acest adevărat pol al *mortalității infantile* este foarte greu de explicat pe temeuri strict materialist-economice, dată fiind *distribuirea* sa în județe cu profil economic atât de variat.

În fine, 18 din cele 41 de județe, adică 43 la sută dintre județele rurale ale României trec de pragul eurasiatic al mortalității infantile, alte 14 județe, adică 34 la sută se situează la pragul eurasiatic al mortalității infantile și doar opt județe, adică 20 la sută se situează la *pragul* zonei balcanice și ponto-baltice (cu o mortalitate infantilă între 15-20‰)¹⁴.

Trebuie să ne întrebăm ce anume aruncă 80 la sută dintre județele rurale ale României într-un val de mortalitate infantilă, care

depășește pragul Eurasiei, cel mai înalt în media ratelor de mortalitate infantilă (depășit doar de Africa și de unele țări asiatice). Peisajul copilăriei rurale din România este unul de tip african, cu extrem de mulți copii morți la mia de născuți vii.

Repet: „puhoiul” copiilor morți aruncă România în patternul Eurasiei islamice (care are însă o înaltă rată a natalității). O anume ipoteză s-ar putea formula, dar poartă un iz militar. Cunoaștem, din știința militară, că, atunci când o armată are o proastă pregătire de război și când n-are nici o logistică adecvată, ea va fi înfrântă, nu înainte de a fi masacrată. La fel se întâmplă cu populațiile. Când acestea au o slabă pregătire pentru apărarea vieții (ceea ce se numește „educație pentru viață”) și o logistică de suport (instituții medicale, corpul logistic cerut de acestea și deci de războiul pentru apărarea vieții), putem să ne așteptăm la dezastre de tipul exploziei mortalității infantile.

Cultura susținerii și a slujirii vieții (apărarea ei), reproducerei (apărarea copilului), a maternității (pentru apărarea și afirmarea acesteia) s-a dezintegrat în țările care se confruntă cu puhoiul descris de cascadele mortalității infantile. Altfel spus, nu mai pot fi apărate *casa*, *copiii*, *mamele*, ceea ce arată că *instituția* și *logistica protejării populației*, a *comunității umane rurale* nu mai funcționează.

Smelser dovedise că trecerea de la familia cu funcții multiple la sisteme sociale cu funcții diferențiate reclamă apariția unei instituții coordonatoare, care va trebui să ia în grijă copiii, bătrânii și persoanele cu neputințe. Când această instituție coordonatoare lipsește ori nu-și face datoria, vom asista la o explozie a mortalității tocmai la nivelul acestor categorii vulnerabile: *mamele*, *copiii*, *bătrânii* și *persoanele cu neputințe*.

Să vedem, în fine, dacă mortalitatea maternă înregistrează o situație mai puțin alarmantă. Pentru a face comprehensibil fenomenul vom reține și în acest caz o grupare a țărilor în raport cu cele patru cascade ale mortalității materne.

Situația este aceasta :

1. 2-9‰ : Polonia, Cehia, Ungaria, Slovenia ;
2. 9-21‰ : Țările Baltice, țările balcanice, Ucraina, Belarus și Turkmenistan ;
3. 21-36‰ : România, Uzbekistan ;
4. 36-66‰ : Georgia, Eurasia islamică, Moldova, Rusia¹⁵.

Și în această privință, România se află doar cu puțin sub pragul eurasiatic al mortalității materne, ceea ce arată o societate încă vulnerabilă, *incapabilă să-și apere mamele*. În general, o societate lipsită de acea *instituție coordonatoare, capabilă să apere mamele, copiii și bătrânii*, este o societate paralizată. Altfel spus, ori de câte ori apare situația amenințătoare ea își produce cu necesitate efectul final : căderea în boală sau moarte, asemenea cascadelor, ceea ce atestă absența unei intervenții prompte și eficiente din partea instituțiilor chemate să prevină efectul „căderii”.

Să examinăm, în fine, incidența tuberculozei în aceeași arie.

Cele patru cascade ale tuberculozei :

1. 13,1-27,6 (la 100 000 persoane) : Cehia, Polonia ;
2. 27-55 (la 100 000 persoane) : Bulgaria, Ungaria, Slovenia, Estonia, Belarus, Tadjikistan ;
3. 56-88 (la 100 000 persoane) : Lituania, Letonia, Ucraina, Azerbaidjan, Turkmenistan, Georgia, Armenia ;
4. 88-155 (la 100 000 persoane) : Rusia (88,1), România (115,3), Kazahstan (155,5), Kirghistan (127)¹⁶.

Ce putem spune, în concluzie, despre zona studiată ?

Popoarele acestei zone :

- a) nu-și pot apăra copii ;
- b) nu-și pot apăra mamele ;
- c) nu-și pot apăra veniturile ;
- d) nu-și pot spori capitalul uman și social¹⁷ ;
- e) nu-și pot proteja sănătatea.

Tabloul rural al sporului natural

Sporul natural este o altă dimensiune a puterii demografice și deci moral-genealogice a unei populații.

Să examinăm, așadar, această fațetă a puterii morale a colectivităților rurale românești la începutul mileniului III.

1. La 9 dintre cele 41 de județe înregistram un spor natural pozitiv (adică la circa 22% dintre județele României rurale). În restul celor 32 de județe, ceea ce reprezintă un procent de aproape 80 la sută, ruralul înregistrează un indice negativ al sporului natural ;
2. Practic, zona de nord-est (cu județele Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui) înregistrează un indice pozitiv al sporului natural de 1,78 (ceea ce înseamnă că la o mie de persoane se adaugă anual 1,78 de persoane) ;
3. În toate celelalte zone, indicele sporului natural este negativ, variind între -6,75‰ și -1,39‰, cei doi poli fiind zona de centru-sud (Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea) cu - 6,75‰ și zona de vest (Arad, Caraș, Hunedoara, Timiș) cu -6,32‰, în vreme ce zona de centru, centru-vest (Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș, Sibiu) înregistrează un indice negativ al sporului natural de -1,39‰ (pragul cel mai de jos al sporului negativ).

Prin urmare, România centurii nord-vestice, vestice și de centru-sud este subîntinsă de o zonă rurală cu un spor negativ de prag maxim.

Centrul sporului negativ de prag coborât cuprinde zonele de centru și centru-vest. Practic, harta României este încadrată de cele două centuri demografice opuse (vestul, cu indice negativ al sporului natural și estul, cu indice pozitiv), în mijloc plasându-se cele două zone cu indice negativ al sporului, ridicat în centru-sud și mai coborât în centru și centru-vest.

Modelul de propagare a bătrâneții, la rândul său, este similar celui de propagare spațială a indicelui sporului natural: România este înconjurată de o centură a îmbătrânirii care cuprinde zona de sud, nord-vest și vest, unde populația de 60 de ani și peste, trece de pragul de 36 la sută (adică 1/3).

Zonele de centru-est, de sud și de vest/sud-vest alcătuiesc o adevărată lagună a morții din care nu se poate ieși decât spre nord-est (+1,78) și spre centru-vest (-1,39).

Mediul rural pierde populație atât prin mișcarea naturală, cât și prin cea migratorie. Migrația și moartea sunt porțile părăsirii. Cei care pleacă pe aceste porți sunt mult mai mulți decât cei care intră prin naștere și prin spor migrator.

O examinare agregată a disparităților

Indicatorii, îndeobște utilizați pentru a caracteriza economic o colectivitate, sunt: a) ponderea principalei activități în PIB; b) proporția activilor; c) profilul ocupațiilor; d) veniturile; e) mobilitatea ocupațiilor etc.

Examinarea agregată a acestor indicatori dezvăluie un profil surprinzător al societății românești. Deși la majoritatea indicatorilor de sănătate, de fertilitate, de mortalitate (deci, demografici) ori ai celor privind gradul desputernicirii economiei (dezindustrializare, în principal, dar și desproprietărire etc.), România se află la pragul țărilor Eurasiei, totuși la creșterea PIB-ului în termeni reali, țara noastră se află în categoria țărilor din vest (Ungaria, Polonia, Cehia) și cele foste sovietice (exluzând Țările Baltice). În 2002, nivelul PIB-ului României atingea 85 la sută din valoarea lui în 1989. „Practic, din cele 27 de țări din zonă, listate în *Social Monitor 2003* (publicație UNICEF), doar cele cinci țări mai dezvoltate decât noi (...) au niveluri superioare României la acest indicator fundamental.”¹⁸ Dacă grupăm țările (cele 27 ale zonei) în patru intervale după pragul atins la indicatorii menționați putem sesiza următoarele:

Tabelul 1. Disparități regionale transfrontaliere la nivelul anului 2003

	PIB	Rata de cuprindere învățământ primar	Întinerirea (raport de dependență)	Îmbătrânirea (raport de dependență)	Mortalitatea infantilă (la mia de nou-născuți)	Mortalitatea maternă (la 100 000)
Pragul patru (de sus)	patru țări : Macedonia, Slovenia, Cehia, Polonia, Ungaria.	două țări : Slovenia Cehia.	Eurasia islamică, Moldova (46-47).	șapte țări : Georgia, Ucraina, Bulgaria, Ungaria, Țările Baltice.	F. redusă	F. redusă (2-9) Polonia, Cehia, Ungaria, Slovenia.

	PIB	Rata de cuprindere învățământ primar	Întinerirea (raport de dependență)	Îmbătrânirea (raport de dependență)	Mortalitatea infantilă (la mia de nou-născuți)	Mortalitatea maternă (la 100 000)
Pragul trei (de sus)	Kazahstan Uzbekistan, Turkmenistan, România , Țările Baltice, țările balcanice.	zece țări plus România		cinci țări : Rusia, România , Cehia, Polonia, Belarus.	(Redusă : 6-9) Țările Europei Centrale și Baltice (minus Estonia)	Redusă : (9-21) Țările Baltice, Țările Balcanice, Turkmenistan, Ucraina, Belarus.
Pragul doi (de jos)	șapte țări : Rusia, Kirghistan, Tudjikistan, Georgia, Armenia, Ucraina, Moldova.	șapte țări : Kirghistan, Tudjikistan, Georgia, Armenia, Azerbaidjan, Ucraina, Moldova, Belarus.	România (27,4) Rusia (26,2).	șase țări : Armenia, Azerbaidjan, Macedonia, Slovenia, Polonia, Slovacia.	(9-15)Mare : Ucraina, Estonia, Albania, Bulgaria	Mare : (21-36) România , Uzbekistan.
Pragul unu (cel mai de jos)	trei țări : Georgia, Ucraina, Moldova.	două țări : Rusia, Turkmenistan,	Țările Europei Centrale, Țările Baltice.	cinci țări : Moldova plus patru țări ale Rusiei, Kazakistan, Tadjikistan, Uzbekistan.	Foarte mare : Eurasia Islamică, Rusia, România , Moldova (15-21 la mia de nou-născuți).	Foarte mare : (36-66) Georgia, Eurasia islamică, Moldova, Rusia.

Sursa : Pentru toți acești indici s-au folosit rapoartele citate (cf. *Raport asupra ODM*, elaborat de Guvernul României, București, 2003, p. 9, și materialele CASPIS însoțitoare la raport, *Raport – România 2003*, UNFPA) și, de asemenea, la Baza de date a ISAR cu indici calculați în temeiul datelor primare ale INS și CASPIS.

Analiza pragurilor de disparitate ne arată că aceasta îmbracă forma *casca-delor*. Mortalitatea infantilă și maternă este un flux cu patru *descărcări* de forma cascadelor, astfel că, spre țările pragului maxim înregistrăm creșteri bruște ale mortalității (de la sub 6 la mia de nou-născuți cât este pragul minim, spre 15-21 la mia de nou-născuți, cât este pragul maxim). Prin urmare, densitatea copiilor morți la naștere este de trei-patru ori mai mare spre țările pragului maxim, astfel energia mortalității crește, ceea ce evocă, fenomenul cascadelor.

Putem deci vorbi despre cascadele mortalității infantile și materne, tot mai mari și mai terifițe spre Eurasia islamică și, din păcate, spre țări ca România, Moldova, țările balcanice (la un prag mai scăzut, totuși), Rusia etc. Încât pentru aceste țări, fluxul mortalității nu poate fi „regularizat” prin măsuri obișnuite, proprii cursurilor cvasiregulate, ci sunt necesare intervenții speciale, politice cu totul particulare, incomparabile, de genul ingineriei cerute de regularizarea cascadelor, nu a unei alpii normale. O cascadă poate fi eliminată numai prin *devierea* cursului.

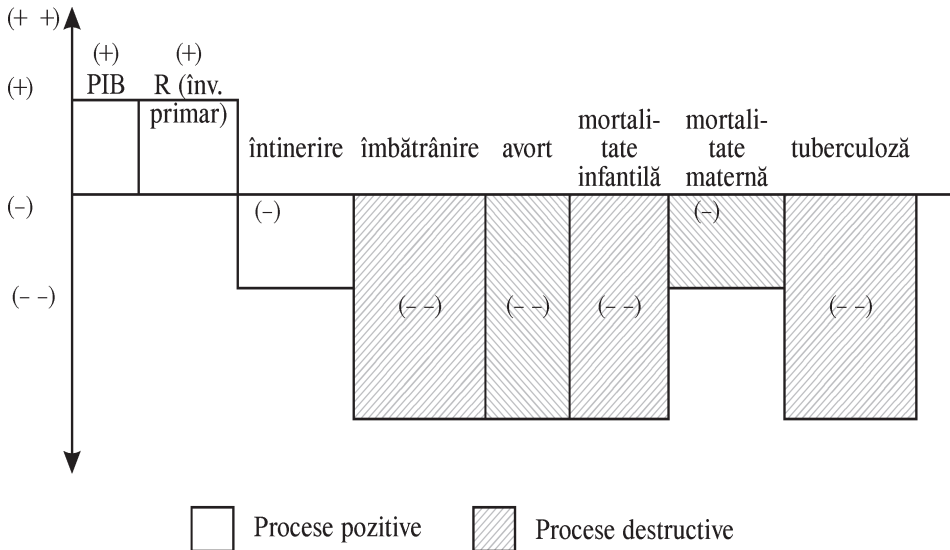
Tot astfel, mortalitatea infantilă din România rurală (unde atinge între 20-27 la mia de nou-născuți) va putea fi redusă numai dacă se va găsi o altă *albie* a politicilor de sănătate rurală decât aceea urmată în prezent. Altfel spus, totul trebuie regândit (gândit ca pentru o situație *anormală*, care se abate de la fluxul obișnuit, de la albia obișnuită). Prin urmare, regularizarea stării de sănătate rurală cere politici speciale pentru mediul rural, așa cum la nivelul Europei și al Eurasiei, regularizarea stării de sănătate are, evident, politici specifice acestor zone.

Repetăm concluzia deja formulată : politicile și educația pentru viață (apărarea ei), pentru reproducere (apărarea copilului), pentru apărarea și afirmarea maternității *s-au prăbușit* în țările care se confruntă cu puhoiul celor două cascade de maximă cădere (în raport cu cele patru). Amenințările

la adresa vieții mamei și a noul-născutului (în expresia : mortalitate infantilă și maternă) pot fi preîntâmpinate numai de acele intervenții care vor reuși să găsească o altă albie de securitate în fața morții decât aceea pe care au imprimat-o până acum politicile și formele educaționale în domeniu.

Incidența mortalității materne și infantile nu este una de tip uniform în timp și spațiu, ci are un caracter înalt neregulat. Spațial, îmbracă forma altor patru cascade crescătoare de la vest spre est, România plasându-se între țările cascadelor de foarte mare cădere (și deci de maximă amenințare a vieții mamei și copilului nou-născut).

Adoptând o formă de reprezentare grafică a celor patru praguri (și deci cascade) pentru toți cei șase indicatori examinați (plus indicatorii de amenințare speciali : tuberculoza și avorturile), avem pentru România (comparativ cu alte țări) următoarele praguri :

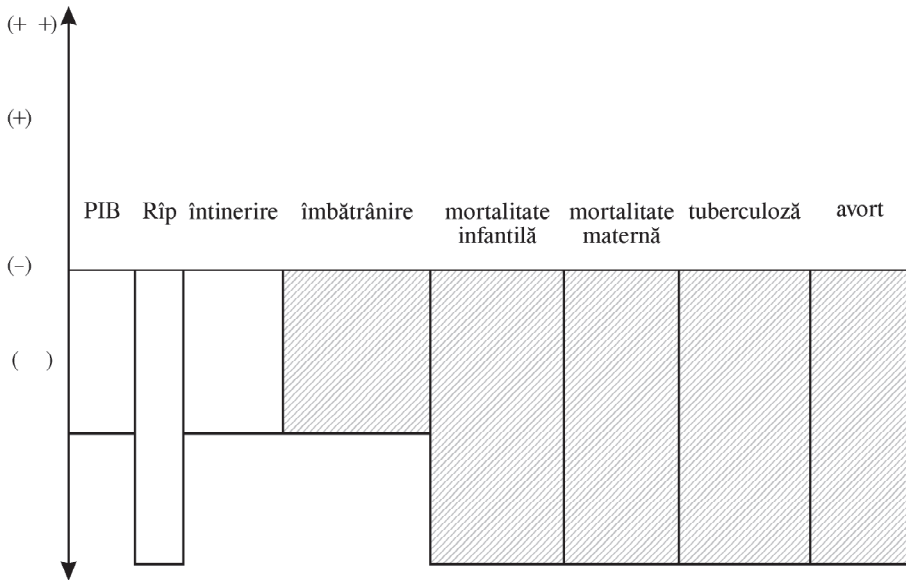


Graficul 1. Pragurile indicatorilor disparităților transfrontaliere

- + + = pragul maxim al indicatorilor pozitivi
- + = pragul moderat al indicatorilor pozitivi
- (- -) = pragul maxim al indicatorilor negativi (desputernicire)
- (-) = pragul moderat al indicatorilor negativi (desputernicire)

Să reținem deci că o colectivitate are la dispoziție *puteri de afirmare*, care ating praguri variabile ca urmare a intervenției factorilor de disparitate (la rândul lor multipli și variabili de la o țară la alta, chiar dacă țări diferite înfățișează aceleași praguri de disparitate). Aceeași colectivitate se confruntă cu *amenințări* multiple (la adresa puterilor sale de afirmare) pe care le putem încadra în ceea ce numim *processe degenerative* ori pur și simplu distructive. Ori de câte ori o astfel de *amenințare* trece *pragul median* al propagării sale în timp și în spațiu, putem spune că avem de-a face cu un proces degenerativ (sau distructiv). Constatăm, din acest grafic, că România se află la pragul maximei disparități la patru dintre cei opt indicatori ai disparităților transfrontaliere, la pragul unei disparități moderate la doi dintre cei opt indicatori ai disparităților. La numai doi dintre cei opt indicatori, România se

află la pragul pozitivității moderate. Altfel spus, la doi indicatori România este distanțată doar cu o treaptă de clasa țărilor „puternice” din *regiune*. La alți doi indicatori, România este distanțată cu trei trepte de aceeași clasă de țări și la patru indicatori ea este distanțată cu patru trepte de clasa țărilor „puternice”, cele mai bine situate din regiune. La patru dintre cele cinci fenomene distructive, România este plasată la pragul maximei amenințări. La doar unul se plasează la pragul amenințării moderate. La două dintre procesele pozitive, România se situează la pragul unei afirmări moderate. La unul dintre acestea, pragul puterii de afirmare coboară sub nivelul zero, plasând România în categoria țărilor cu un deficit semnificativ al *puterii de întinerire*. Pentru comparație, vom reda graficul pragurilor proceselor de afirmare ale Rusiei la toate cele opt procese evaluate.



Graficul 2. Disparități privind puterile de afirmare ale Rusiei în 2003

Rusia se află, iată, la toți indicatorii puterilor de afirmare sub pragul critic, iar la indicatorii proceselor degenerative se află la praguri ridicate și foarte ridicate. Față de Rusia, România pare a fi trecut peste pragul zero la două dintre cele trei tipuri de procese de afirmare (pozitive), dar în ceea ce privește tabloul proceselor degenerative nu prezintă vreo deosebire față de Rusia.

Tabelul 2. Praguri comparative ale principalelor procese afirmative și degenerative în context regional (Europa de Răsărit)

Praguri Procese	Extrema negativă (- -)	Moderat negativ (-)	Pozitiv (+)	Extrema pozitivă (+ +)
<i>Afirmative</i> PIB (1989 = 100)	37,9-46,5	46,5-76,1	76,1-92,8 (România)	92,8-114 și peste
Rata cuprinderii în învățământul primar (%)	79,1-79,9	79,9-95,2	95,2-100,1 (România)	100,1-107,2
Întinerirea	23,7-26,5	26,5-30,8 (România)	30,8-46,1	46,1-76,2
<i>Degenerative</i> (îmbătrânirea)	31,7-35,8	25,8-31,7 (România)	15,2-25,8	10,3-15,2
Rata mortalității infantile (la mia de nou-născuți)	15,4-21,8 (România)	9,1-15,4	6,2-9,1	4-6,2
Rata mortalității materne (la mie)	36,5-66,9	21,8-36,5 (România)	9,0-21,8	2,8-9,0
Rata avorturilor (la 100 000 de nou-născuți)	79,6-153,6 (România)	49,7-79,6	23,8-49,7	0-23,8
Incidența TBC (la 100 000 de persoane)	88,1-155,5 (România)	55,6-88,1	27,6-55,6	13,1-27,6
Reactive (spor natural la 1 000 de locuitori)	(-43,7) la (-12,5)	(-12,5) la (-5)	(-5) la 0	0,01-26,21 și peste

Sursa: pentru toți acești indici s-au folosit rapoartele citate (cf. *Raport asupra ODM*, elaborat de Guvernul României, București, 2003, p. 9, și materialele CASPIS însoțitoare la *Raport - România 2003*, UNFPA) și, de asemenea, Baza de date a ISAR cu indici calculați în temeiul datelor primare ale INS și CASPIS

Note

1. Ghețău, *Populații și dezvoltare*, 1, 2001, 7.
2. *Ibidem*.
3. Ghețău, *Populații și dezvoltare*, 1, 2004, 7.
4. Cf. *Populații și societate*, an 5, 1(25), 2001, 2.
5. *Idem, ibidem*.
6. Ghețău, *Populații și dezvoltare*, 1/2004, 7.
7. Cf. *Populații și societate*, an 5, nr. 1(25), 2001, 2.
8. *Ibidem*, 2.
9. *Idem*.
10. *Ibidem*.
11. Cf. *Raport ONU (United Nations, 2000)*, apud *ibidem*.

12. Cf. *Raport asupra ODM*, elaborat de Guvernul României, 2003, București, p. 9, și materialele CASPIS însoțitoare la raport (vezi și Raportul Național al Dezvoltării Umane, România, 2000, Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD) și date calculate pe baza informațiilor INS, 2002).
13. Pentru datele privind România, sursa o constituie Baza de date a ISAR, *cu indici calculați în temeiul datelor primare ale CASPIS și INS* pentru anii respectivi, iar pentru țările Europei răsăritene sursa datelor în: *Raport asupra ODM*, elaborat de Guvernul României, București, 2003, p. 9 și materialele CASPIS însoțitoare la raport, *Raport – România 2003*, UNFPA.
14. *Ibidem.*
15. *Ibidem.*
16. *Ibidem.*
17. Pentru a evalua acest tip de putere este suficient, de pildă, să examinăm numărul de salariați la mia locuitori; or, datele ne arată că: în 29 dintre cele 41 județe, România are 1-2 salariați la zece locuitori; în 12 județe, are trei salariați la 10 locuitori; în București are peste trei salariați la 10 locuitori.
18. Cf. *Raport – România 2003*, UNFPA, 10.

Abstract

Until the transformations imposed by the communist regime, the rural world had the image of an equilibrated and despite its poverty, healthy demographical unit. The years '50-'60 brought the first demographical breakdown of the rural areas. The rural ageing becomes the most fearful social phenomena in contemporary Romania and all over the eastern area. The contemporary type of rural economy in which the households lack the youngsters members, does not offer any chance to villages inhabited mostly of old persons. On the other side, the younger, emigrated from the villages, do not succeed in improving their condition, becoming „the poor” in the cities.

Primit la redacție: ianuarie 2006