

**EVOLUȚIA MORTALITĂȚII GENERALE
ÎN ROMÂNIA**

2013

CUPRINS

1. Tranziția și impactul demografic	7
2. Mortalitatea generală	12
3. Mortalitatea infantilă	26
4. Speranța de viață	35
5. Tendințele evoluției mortalității.....	46
Glosar	49
Bibliografie	51

TABELE

1. Contribuția grupelor de vârstă la numărul total al deceselor, pe sexe, în anii 1960 și 2012.....	15
2. Mortalitatea pe principalele cauze de deces, în anii 1965, 1980, 1990 și 2012	18
3. Mortalitatea pe sexe și principalele cauze de deces, în anii 1965 și 2012	19
4. Rata standardizată de mortalitate pe toate cauzele de deces în țările din UE-28, în anii 2000, 2005 și 2010	22
5. Rata standardizată de mortalitate prin boala ischemică și tumori, în țările din UE-28, în anii 2000 și 2010	23
6. Rata standardizată de mortalitate prin sinucideri în țările din UE-28, în anii 2000, 2005 și 2010.....	24
7. Rata standardizată de mortalitate prin accidente de transport în țările din UE-28, în anii 2000, 2005 și 2010	25
8. Mortalitatea infantilă pe vârste, în anii 1960, 1980, 1990 și 2012.....	29
9. Mortalitatea infantilă pe cauze de deces, în anii 1965, 1980, 1990 și 2012	30
10. Mortalitatea infanția în țările din UE-28, în anii 2001, 2005 și 2011.....	34
11. Speranța de viață la naștere, pe sexe, între anii 1956 și 2011	37
12. Ecartul speranței de viață între sexe, la anumite vârste între anii 1956 și 2010.....	38
13. Numărul de supraviețuitori pe sexe (Lx), la anumite vârste în tabela de mortalitate pentru anii 2008-2010.....	38
14. Numărul de supraviețuitori (Lx), la anumite vârste în tabelele de mortalitate pentru anii 1956 și 2008-2010.....	38
15. Durata mediană de viață pe sexe, între anii 1964 și 2010.....	38
16. Speranța de viață pe vârste, medii și sexe, în anii 1968 și 2010	39
17. Speranța de viață la naștere și speranța de viață sănătoasă, pe sexe, în țările din UE-28, în anul 2011	44

GRAFICE

1. Evoluția mortalității generale în perioada 1960-2012	13
2. Rata mortalității generale pe sexe, în perioada 1960-2012	14
3. Rata mortalității generale pe medii de rezidență, în perioada 1960-2012	15
4. Rata mortalității generale pe județe, în anul 1966	16
5. Rata mortalității generale pe județe, în anul 1980	16
6. Rata mortalității generale pe județe, în anul 1990	17
7. Rata mortalității generale pe județe, în anul 2012	18
8. Mortalitatea maternă în perioada 1990-2012.....	20
9. Rata mortalității prin tuberculoză în perioada 1965-2012	21
10. Evoluția mortalității infantile în perioada 1960-2012	27
11. Ratele mortalității infantile pe medii de rezidență, în perioada 1960-2012	28
12. Rata mortalității infantile pe județe, în anul 1966	31
13. Rata mortalității infantile pe județe, în anii 1980 și 1990.....	32
14. Rata mortalității infantile pe județe, în anul 2012	33
15. Evoluția speranței de viață la naștere în perioada 1956- 2011	36
16. Speranța de viață la diferite vârste între anii 2008-2010	37
17. Speranța de viață la naștere pe județe, masculin, în perioadele 1988-1990 și 2008-2010	40
18. Speranța de viață la naștere pe județe, feminin, în perioadele 1988-1990 și 2008-2010.....	41
19. Speranța de viață la naștere în țările din UE-28, în anul 2011	42

1. TRANZIȚIA ȘI IMPACTUL DEMOGRAFIC

Tranziția demografică a fost definită de R. Pressat¹ ca fiind “situația unei populații în care natalitatea și mortalitatea, sau cel puțin unul dintre aceste fenomene, au părăsit nivelurile lor tradiționale pentru a se îndrepta spre niveluri joase, asociate cu fertilitatea dirijată și cu folosirea mijloacelor moderne de combatere a mortalității. De obicei, tranziția începe cu scăderea mortalității”.

Teoria *tranziției demografice* a fost formulată pentru prima oară de Warren Thompson (1929) și apoi de Frank Notestein (1954), care au susținut că, odată cu trecerea societăților de la economii pre-industriale la economia modernă, ratele de mortalitate și natalitate încep să scadă.

În teoria tranziției demografice se disting patru etape. Prima etapă se remarcă prin ratele de natalitate și mortalitate la cote înalte. A doua etapă înregistrează rate înalte ale natalității și rate scăzute ale mortalității. În a treia etapă se poate observa o diminuare a ratei natalității și a ratei mortalității. A patra etapă este caracterizată de o rată scăzută a nivelului natalității și mortalității și, în consecință, o creștere demografică lentă.

Tranziția demografică, parte integrantă a revoluției generale moderne, a pornit din Europa occidentală, în timpul Renașterii, răspândindu-se rând pe rând în restul Europei. În societățile agrare tradiționale, populația cunoaște o creștere lentă, întreruptă de perioade de instabilitate datorită unei fertilități foarte ridicate, compensate de o mortalitate foarte mare ca urmare a războaielor, perioadelor de foamete și de epidemii. Astfel, reglarea demografică se realizează prin crize periodice de supramortalitate. Cu timpul, comunitățile umane încep să se organizeze, își îmbunătățesc tehnicile agricole, își intensifică comerțul, trec la instituirea carantinei în perioada epidemiilor, toate acestea determinând un declin al mortalității. În același timp, fertilitatea s-a menținut la nivelul ei tradițional, în medie 5-6 copii pentru o femeie, care permitea grupului supraviețuirea.

Datorită industrializării, urbanizării, progreselor medicale, creșterii nivelului de instruire, mortalitatea înregistrează o scădere semnificativă, iar femeile își doresc mai puțini copii. Țările mai puțin dezvoltate beneficiază mai târziu de

¹Roland Pressat, “Dicționar demografic”, 1979

progresele economice, medicale și înregistrează scăderi bruște ale mortalității în paralel cu creșterea semnificativă a populației.

Cele mai multe societăți europene au intrat în perioada de tranziție demografică în cea de-a doua jumătate a secolului al XVIII-lea și în secolul al XIX-lea, când, sub impactul revoluției industriale, a început să scadă mortalitatea, urmată de diminuarea natalității în unele țări. Acest proces a durat până în pragul celui de-al doilea război mondial.

Jean-Claude Chesnais², cel mai cunoscut teoretician al tranziției demografice, a introdus indicatorul sintetic *multiplicatorul tranzițional al populației*, care măsoară creșterea populației în cursul tranziției. Considerând că tranziția s-a declanșat la mijlocul secolului al XIX-lea, multiplicatorul tranzițional al întregii planete a fost de aproape opt ori, luând în calcul că populația planetei în 1850 a fost de 1,2 miliarde de locuitori, iar în 2050, conform proiecțiilor de populație realizate de ONU, populația globului va fi de 9 miliarde.³

Tranziția demografică nu se rezumă doar la schimbarea ratelor de mortalitate și de natalitate, ci aceste fenomene influențează în paralel mișcarea migratorie a populației. Migrația are rolul de a reduce tensiunile economice și demografice ale unei comunități umane. În secolul al XIX-lea, când Europa a înregistrat un exces de populație, s-au format cele mai mari fluxuri de emigranți spre America. În secolul XX, când s-a redus creșterea naturală, multe țări vest-europene au devenit țări de imigrație.

Problema tranziției demografice a prezentat și prezintă un interes legitim și pentru țara noastră. În România tranziția demografică are trăsături particulare. Declanșarea tranziției demografice și a fazelor ei cele mai importante au fost stabilite pe baza seriilor de date privind ratele de mortalitate și de natalitate din a doua jumătate a secolului al XIX-lea și a datelor recensămintelor populației, ținând cont de teritoriul variabil al statului român. Reputați demografi români precum V. Trebici, V. Ghețău, G. Retegan-Șerbu, M. Balaci au publicat studii privind aspectele specifice tranziției demografice în România.

Primele elemente ale transformărilor calitative pe plan economic și social au apărut în perioada dintre anul creării statului român modern (1859) și Marea Unire (1918), iar perioada de debut a tranziției demografice naționale este

² Jean-Claude Chesnais, "Demographic Transition Patterns and Their Impact on the Age Structure", 1990

³ ONU, "Demographic Transition Patterns and Their Impact on the Age Structure", 1990

legată de această perioadă. Schimbările teritoriale suferite de statul național și lipsa unor serii lungi de date omogene au determinat reconstituirea datelor privind numărul populației și indicatorii mișcării naturale.

În prezent există două serii de date, o serie de date publicate de Vladimir Trebici, în 1982, și o altă serie de date publicată în 1997 de Vasile Ghețău. Prima serie conține date doar din Vechiul Regat începând cu anul 1859, setul al doilea cuprinde date și din Transilvania, cu corecțiile privind granițele, începând cu anul 1871. Tranziția demografică s-a declanșat în Transilvania cu câteva decenii mai devreme față de restul teritoriului, adică în prima jumătate a secolului al XIX-lea, în condițiile în care scăderea mortalității în Europa s-a înregistrat la începutul secolului al XIX-lea.

În 1996 Vladimir Trebici⁴ remarcă faptul "că au fost necesari 50 de ani (1850-1899) pentru a reduce nivelul mortalității sub 30‰ și alți 30 de ani (1900-1929) pentru a obține scăderea până la valoarea 20‰, care s-a menținut până aproximativ în 1947, după care, în decurs de 17 ani (1948-1964), s-a realizat cea mai puternică scădere, nivelul ei ajungând la mai puțin de 9 decese la 1000 locuitori."

Momentul declanșării celei de-a doua faze a tranziției demografice, adică al începutului scăderii fertilității, este controversat în studiile de specialitate. G. Retegan-Șerbu, pe baza reconstituirii datelor privind natalitatea și fertilitatea populației României între 1900-1960, demonstrează prin argumente statistice (rata brută de natalitate, rata de fertilitate generală, ratele de fertilitate specifice după grupa de vârstă, indicii brut și net de reproducere) că în România fertilitatea a început să scadă abia după primul război mondial (după 1920).

Vasile Ghețău⁵, pe baza unei noi serii de date recalulate, avansează o ipoteză diferită de teza predominantă în literatura demografică: declanșarea procesului de scădere a fertilității în România a avut loc la mijlocul anilor 1880, deci cu 35 de ani mai devreme decât se credea.

În anul 1870 se constată o scădere semnificativă a mortalității, iar din anul 1885 a început trendul descrescător al natalității, cu excepția perioadei 1910-1914, când s-a înregistrat o ușoară creștere a natalității. Între cele două

⁴ Vladimir Trebici, "Demografie: excerpta et selecta. Academicianul la vârsta de 80 ani", Editura Enciclopedică, 1996

⁵ Vasile Ghețău, "Tranziție și demografie", Populație&Societate, nr.1 și nr.2, 1997

războaie mondiale atât mortalitatea cât și natalitatea au înregistrat o scădere. După cel de-al doilea război mondial, în perioada 1947-1955, mortalitatea scade brusc, în timp ce natalitatea se situează la un nivel înalt, după care natalitatea se înscrie într-o traiectorie descendentă până în 1966.

Evoluția ambelor fenomene a avut loc ca urmare a combinării factorilor economici cu cei politici, culturali, educaționali, din perioada istorică traversată de România. Măsurile de politică demografică, în special referitoare la avorturi, adoptate la sfârșitul anului 1966, au avut ca efect redresarea natalității. După anul 1966 a avut loc și o creștere a mortalității generale, dar mai ales a mortalității infantile.

Tranziția demografică în sine a durat până în anul 1991, deci în jur de 120 ani. Perioada 1967-1989, prin măsurile pronataliste, a determinat prelungirea duratei tranziției demografice în România.

În perioada 1871-1991 populația României a crescut de la 8,7 milioane la 23 milioane locuitori, mortalitatea a scăzut de la 35‰ la 11‰, iar natalitatea de la 44‰ la 12‰.

Nivelul ridicat al mortalității din România în secolul al XIX-lea a fost evidențiat de prima tabelă de mortalitate din 1899-1901, în care speranța de viață pentru ambele sexe era de 36,4 ani. Cu toate că speranța de viață a crescut, de la 39,6 ani în perioada 1909-1912 la 42,0 ani în anul 1930 comparativ cu țările vest europene, speranța de viață în România a fost cu 10-15 ani mai mică.

După cel de-al doilea război mondial, declinul mortalității arată trecerea la o nouă fază a tranziției demografice, de la un regim premodern la unul modern. Dacă în anul 1930 rata mortalității a fost în jurul valorii de 20‰, în anii de după război scăderea mortalității a continuat și s-a accentuat, înregistrându-se în 1956 valori sub 10‰.

O altă particularitate a fenomenului de mortalitate în România este nivelul ridicat al mortalității infantile, în primii ani ai secolului XX decese sub 1 an fiind de 197 la 1000 de născuți-vii, în timp ce în Franța a fost de 162 la 1000 de născuți-vii. Rata mortalității infantile a înregistrat scăderi semnificative în prima jumătate a secolului XX, ajungând în anul 1955 la 78,2 decese sub 1 an la 1000 de născuți-vii. Deși s-au făcut progrese importante în reducerea

mortalității infantile de-a lungul timpului, totuși nu s-au ridicat la nivelul celor înregistrate în țările vest europene.

Faptul că ratele mortalității infantile sunt, și în zilele noastre, cele mai mari în comparație cu țările occidentale și că speranța de viață este cu mult mai mică față de cea înregistrată de țările vest europene conduce la afirmația, în studiile de specialitate, că în România tranziția demografică a mortalității nu s-a încheiat.

2. MORTALITATEA GENERALĂ

Motto: „Primul simptom al morții este nașterea”

Stanislaw Jerzy Lec

Mortalitatea generală, ca fenomen demografic, se referă la frecvența deceselor într-o anumită populație și pentru un interval delimitat de timp. Spre deosebire de natalitate, mortalitatea constituie componenta negativă a mișcării naturale a populației. Ea influențează creșterea/scăderea numerică a populației și structura acesteia pe grupe de vârstă.

Transformările suferite de România după ce de-al doilea război mondial, au determinat ca din punct demografic țara noastră să se afle într-o fază intermediară a tranziției demografice, cu un decalaj de câteva decenii față de țările din Europa Occidentală. Schimbările sociale și economice au influențat puternic populația și structura populației precum și evoluția natalității și a mortalității.

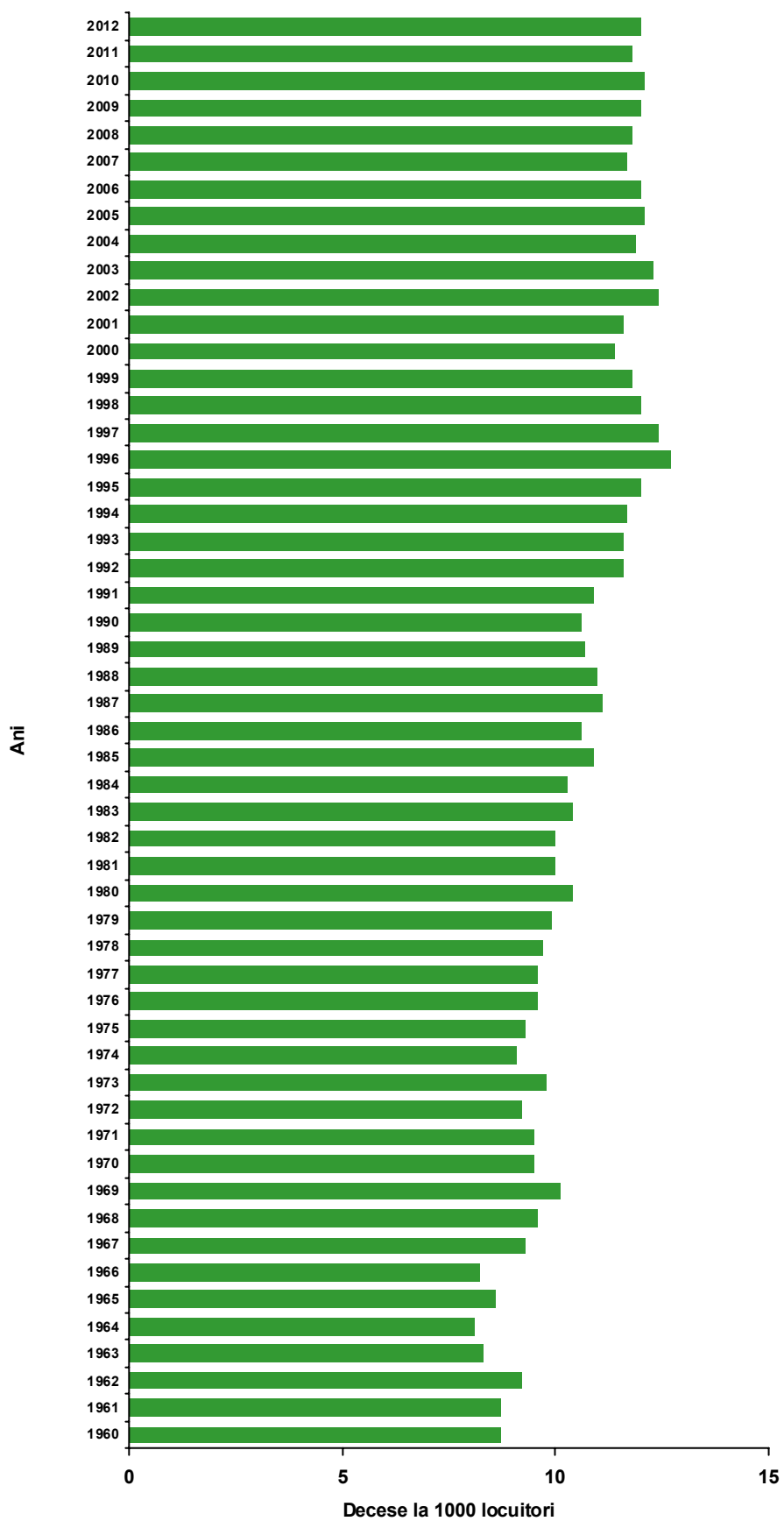
Mortalitatea a avut în România, în ultimele șase decenii, mișcări care prin amplitudinea lor îi conferă o anumită specificitate în raport cu celelalte țări europene. Începând cu 1936, când ratele de mortalitate au fost de 19,3‰, s-a înregistrat o tendință de diminuare a mortalității până în 1940 (18,9‰).

După cel de-al doilea război mondial s-a trecut la îmbunătățirea asistenței sanitare pe scară largă. Accesul populației la serviciile sanitare au determinat, în perioada 1947-1954, o scădere bruscă a mortalității generale de la 22,0‰ la 11,5‰. Între anii 1955-1959 rata de mortalitate a oscilat în jurul valorii de 10,0 decese la 1000 locuitori. După anul 1960, mortalitatea a continuat trendul descendent, variind între 8,1‰ și 9,2‰. În anii '70 rata medie a fost de 9,5 decese la 1000 de locuitori, crescând ușor în anii '80 la 10,5‰.

Începând cu 1990 ratele de mortalitate au revenit la valorile înregistrate în anii 1953-1954 (11,6-11,5 decese la 1000 de locuitori), au crescut apoi treptat, având numeroase fluctuații și cunoscând două vârfuri în perioadele 1996-1997 și 2002-2003.

Deși în perioada 2010-2012 ratele de mortalitate au cunoscut o stabilitate în jurul valorii de 12 decese la 1000 locuitori, România se situează printre țările europene cu o mortalitate ridicată.

Figura 1
Evoluția mortalității
generale în
perioada
1960-2012



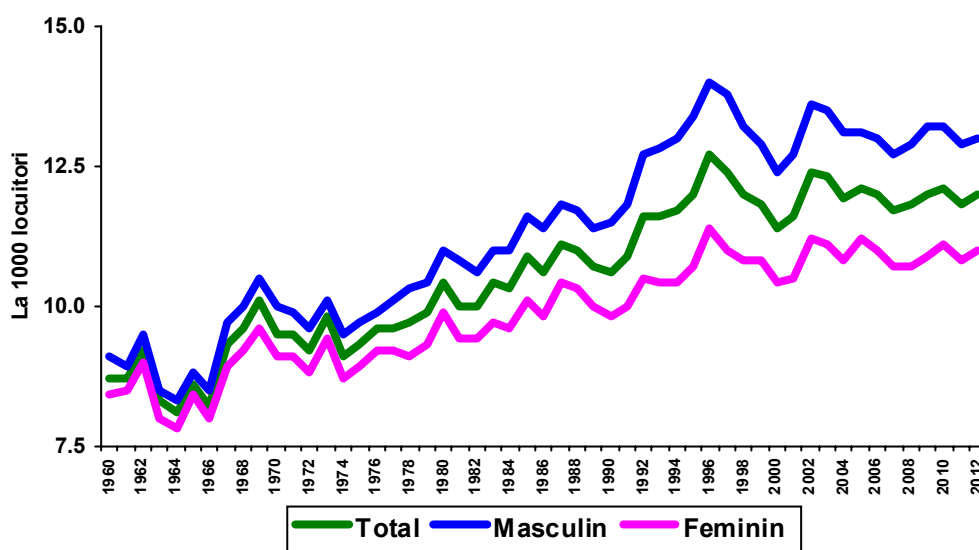
În România se păstrează decalajul ridicat între ratele de mortalitate pe sexe, pe medii de rezidență, grupe de vârstă, regiuni de dezvoltare și județe.

Mortalitatea masculină este superioară celei feminine încă de la naștere; astfel, valoarea supramortalității masculine înregistrată în anul 1960, a fost de 9,1‰ față de rata mortalității feminine de 8,4‰.

În perioada 1960-2012, în paralel cu creșterea mortalității generale s-a mărit ecartul mortalității între sexe, în special în anul 1996 (rata mortalității masculine a fost de 14,0‰ în comparație cu rata mortalității feminine de 11,4‰).

Figura 2

**Rata mortalității
generale pe sexe,
în perioada
1960-2012**

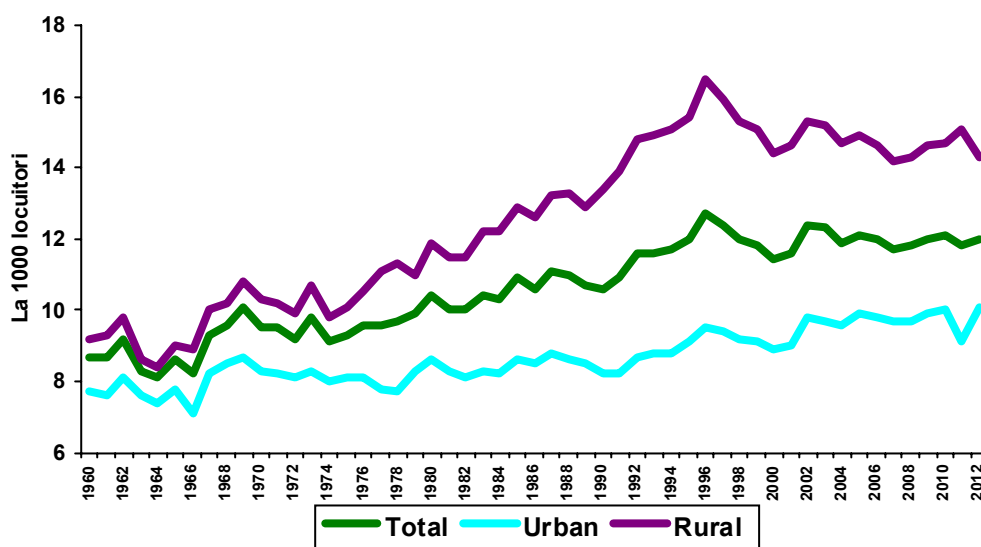


Fenomenul de „supramortalitate masculină” s-a înregistrat atât în mediul urban cât și în rural. În anul 2012 se remarcă o rată a deceselor masculine mai mare în mediul rural (14,9‰) față de urban (11,1‰).

Pe medii de rezidență, nivelul mortalității generale se diferențiază atât ca urmare a unui proces diferit de îmbătrânire a populației, dar și ca urmare a nivelului mai scăzut de accesibilitate la asistența medicală în mediul rural. Mortalitatea populației rurale a crescut constant în perioada 1960-2012, de la 9,2‰ (1960) la 14,3‰ (2012), în paralel cu creșterea mortalității în mediul urban de la 7,7‰ (1960) la 10,1‰ (2012).

Figura 3

Rata mortalității generale pe medii de rezidență, în perioada 1960-2012



Din punctul de vedere al structurii pe vârstă a deceselor, se constată că nivelul ridicat al acestora s-a datorat în special procentului mare de decese înregistrate la populația de vârste extreme, de 0–4 ani și respectiv 65 ani și peste. Comparativ cu anul 1960, când ponderea mortalității copiilor sub 5 ani a fost de 20,1%, în 2012 ponderea a scăzut la sub 1% din totalul deceselor.

Tabelul 1

Contribuția grupelor de vârstă la numărul total al deceselor, pe sexe, în anii 1960 și 2012

Grupa de vârstă (ani)	-procente-			
	Masculin		Feminin	
	1960	2012	1960	2012
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
0-4	21,8	18,3	0,9	0,8
5-19	2,8	1,9	0,5	0,3
20-39	7,1	5,6	3,1	1,3
40-49	5,1	4,7	5,2	2,2
50-64	22,6	17,3	24,0	11,7
65-79	31,2	37,6	38,1	35,0
80+	9,4	14,6	28,2	48,7

Nivelul cel mai scăzut al mortalității a fost înregistrat la grupa de vârstă 5-19 ani, urmată de populația tânără de 20-39 ani, în special la populația feminină. Datorită fenomenului de îmbătrânire al populației, în perioada 1960-2012, a crescut ponderea deceselor populației vârstnice de 65 ani și peste de la 46,3% la 74,6%. Ținând cont că în ultimii ani a crescut populația de 80 ani și peste, "longevivii", iar populația feminină vârstnică este dublă față de populația masculină vârstnică, a crescut și proporția deceselor feminine (48,7% în 2012).

În profil teritorial, în grupa județelor cu o mortalitate ridicată se remarcă, de regulă, acele județe care au un grad de urbanizare mai scăzut și o pondere a populației vârstnice mai mare. Acești factori au determinat o variație sensibilă a mortalității la nivelul fiecărui județ.

În anul 1966 mortalitatea cea mai ridicată s-a înregistrat în județele din sud-vestul țării: Arad (11,5‰), Caraș-Severin (10,9‰), Timiș (10,6‰) și Mehedinți (10,3‰). Zona cu o mortalitate scăzută este formată din județele din sud-estul țării: Constanța (6,2‰) și Galați (6,7‰). Rata mortalității a oscilat între 6,2‰ (Constanța) și 11,5‰ (județul Arad).

Figura 4

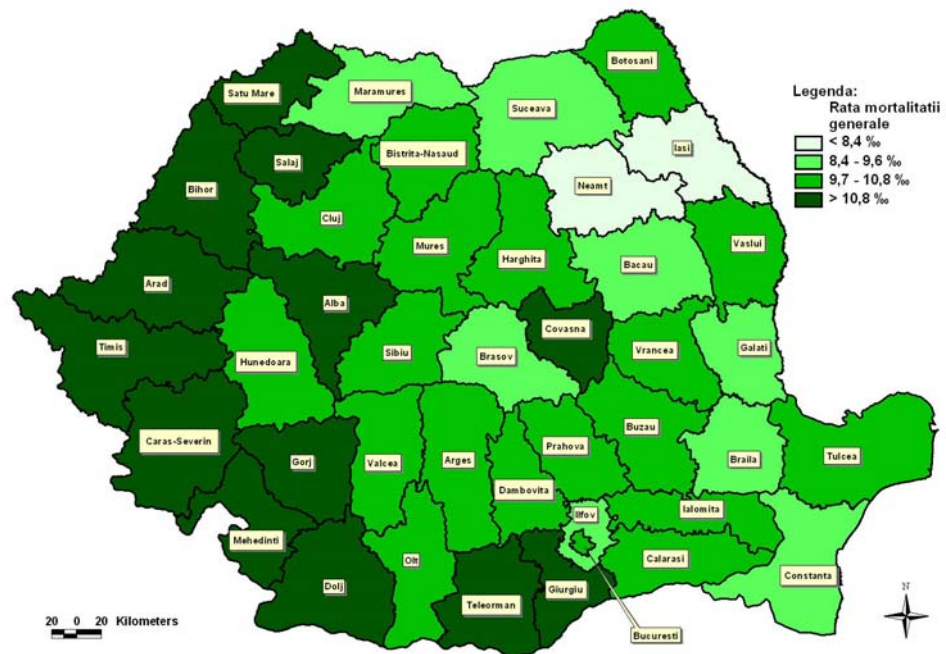
Rata mortalității generale pe județe, în anul 1966



Începând cu anul 1980 mortalitatea generală a crescut în toate județele cu o variație între 8,2‰ (Iași) și 14,9‰ (Arad).

Figura 5

Rata mortalității generale pe județe, în anul 1980



Fluxurile migrației interne au jucat și joacă în continuare un rol important în configurația tipologiilor demografice regionale și determină o îmbunătățire a structurii pe vârste a populației din județele dezvoltate economic.

După anul 1990, evoluția șomajului și restituirea terenurilor agricole au fost printre principalii factori care au favorizat creșterea fluxului din mediul urban în cel rural cât și dinspre zonele sărace către cele dezvoltate economic. Plecarea tinerilor din județele sărace, fie pe motive de perfecționare a studiilor, fie pentru găsirea unui loc de muncă, determină o îmbătrânire a populației județelor “donatoare”. Adulții și vârstnicii, fie șomeri sau pensionari, se reîntorc în județele din care au plecat în urmă cu mulți ani, ei contribuind la accentuarea îmbătrânirii zonei.

Figura 6

**Rata mortalității
generale pe
județe,
în anul 1990**



Figura 7

**Rata mortalității
generale pe
județe,
în anul 2012**



În anul 2012, cele mai mari valori ale mortalității generale s-au înregistrat în Teleorman (17,7‰), Giurgiu (15,9‰) și Olt (14,1‰), la polul opus situându-se județele Brașov (9,9‰) și Vâlcea (10,3‰).

Mortalitatea pe cauze de deces a înregistrat tendințe diferite în ultimele cinci decenii, influențând astfel modelul mortalității generale. Bolile aparatului circulator constituie principala cauză de deces în România. Dacă în anii '60 decesele care au avut în principal drept cauză bolile aparatului circulator reprezentau puțin peste jumătate din totalul deceselor, astăzi ele reprezintă 60%, iar ratele mortalității au crescut de la 272,2 decese la 100000 locuitori (1965) la 719,5 decese la 100000 locuitori (2012). Este adevărat că și în țările dezvoltate europene principala cauză de deces continuă să rămână bolile aparatului circulator, dar nu depășesc 30-40% din totalul deceselor.

Tabelul 2

**Mortalitatea pe
principalele cauze
de deces, în anii
1965, 1980, 1990
și 2012**

	<i>-la 100000 locuitori-</i>			
	1965	1980	1990	2012
Total	858,7	1047,7	1064,7	1198,8
Boli aparat circulator	272,2	589,8	627,0	719,5
Tumori	123,0	135,4	142,1	230,2
Boli aparat respirator	135,9	137,1	97,3	62,2
Boli aparat digestiv	40,0	45,5	50,3	67,9
Boli infecțioase și parazitare	9,1	10,9	13,1	11,2
Accidente, otrăviri, traumatisme	52,0	67,3	76,5	49,7
Alte cauze	3,2	3,0	2,8	10,7

În anii '60 locul doi în cadrul cauzelor de deces era ocupat de bolile aparatului respirator (135,9 decese la 100000 locuitori în 1965). Progresele medicale și utilizarea pe scară largă a antibioticelor au determinat o scădere a deceselor prin bolile aparatului respirator, astfel că în 2012, cu o rată de 62,2 decese la 100000 locuitori, devine a patra cauză de deces.

În prezent, după bolile de inimă, tumorile maligne reprezintă cea de-a doua cauză a mortalității în România (17% în 2012). În perioada 1966-2012, intensitatea mortalității având drept această cauză a crescut de la 123,0 decese la 100000 locuitori (1965) la 230,2 decese la 100000 locuitori (2012).

Ratele mortalității specifice pe principalele cauze de deces au continuat să difere pe sexe. Mortalitatea feminină a avut valori superioare celei masculine în cazul bolilor cerebro-vasculare și a bolilor endocrine, de nutriție și metabolism.

Tabelul 3

	<i>-la 100000 locuitori-</i>			
	1965		2012	
	<i>Masculin</i>	<i>Feminin</i>	<i>Masculin</i>	<i>Feminin</i>
Mortalitatea pe sexe și principalele cauze de deces, în anii 1965 și 2012				
Total	881,4	836,9	1286,9	1115,2
Boli aparat circulator	244,3	299,0	685,5	751,7
Tumori	133,4	113,1	281,2	181,8
Boli aparat respirator	141,8	130,3	79,1	46,1
Boli aparat digestiv	48,4	31,9	83,9	52,7
Boli infecțioase și parazitare	9,8	8,3	15,7	7,0
Accidente, otrăviri, traumatisme	77,1	28,0	79,5	21,5
Alte cauze	3,2	3,3	13,0	8,6

Pentru celelalte cauze de deces se manifestă o "supramortalitate masculină", mai accentuată în cazul leziunilor traumatiche, otrăvirilor și altor cauze externe, tumorilor, respectiv bolilor digestive și a bolilor aparatului respirator.

Boala cardiovasculară ucide mai mulți oameni decât toate formele de cancer la un loc, cu un procentaj mai crescut în rândul femeilor (între 53%-56% din total decese), decât în rândul bărbaților și o mortalitate mai crescută în rândul populației cu o situație economico-socială precară. OMS estimează că reducerea valorilor tensiunii, a obezității, fumatului și colesterolului va determina scăderea cu mai mult de jumătate a incidenței bolilor cardiovasculare și o reducere semnificativă a deceselor.

În anul 1965, peste 60% din decesele înregistrate la copiii sub 5 ani s-au datorat unor afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală (21%) și bolilor aparatului respirator (40%). În anul 2012, ponderea bolilor aparatului

respirator s-a redus (29%) dar a crescut procentul afecțiunilor din perioada perinatală (29%).

Cele mai multe decese înregistrate la copiii din grupa de vârstă 10-14 ani au avut drept cauză leziunile traumatiche, otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe, iar ponderea lor a crescut de la 37% (1965) la 45% (2012) din totalul deceselor acestei grupe de vârstă.

În cazul tinerilor din grupele de vârstă 15-29 ani, preponderente au fost decesele provocate de leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe. Decesele datorate leziunilor traumatiche, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor externe au fost mai numeroase în rândul populației masculine (cu o pondere de peste 70%).

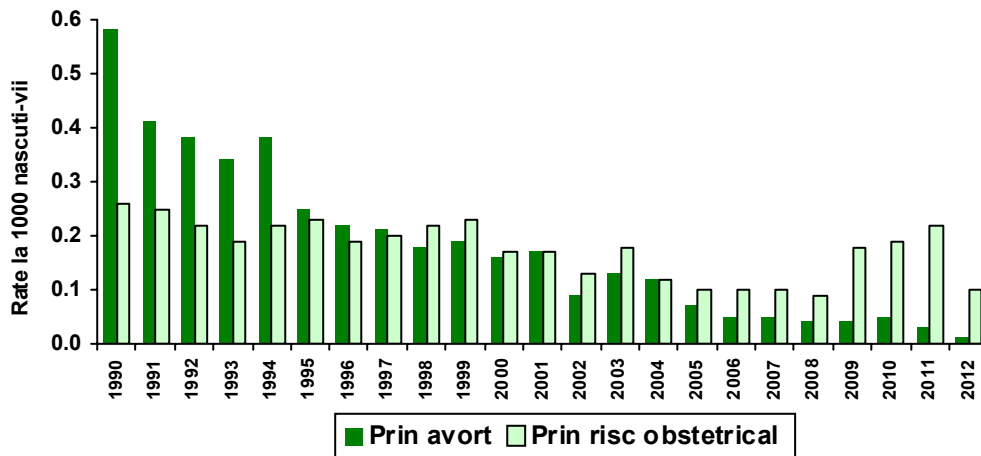
Pentru persoanele cu vârsta de peste 45 de ani, bolile aparatului circulator și tumorile au constituit principala cauză de deces.

Măsurile de politică demografică privind interzicerea avorturilor adoptate la sfârșitul anului 1966, au avut ca efect creșterea ratei mortalității materne de la 85,1 decese (1965) la 136,3 (1985) la 100000 de născuți-vii.

După 1989 s-au realizat progrese în reducerea mortalității materne datorită în principal legalizării avortului și programelor de planificare familială.

Figura 8

**Mortalitatea
maternă
în perioada
1990-2012**



În ultimii 23 de ani mortalitatea maternă a înregistrat o remarcabilă scădere de la 83,0 decese (1990) la 11,4 decese (2012) la 100000 de născuți-vii. Dacă în 1990, decesele prin avort erau de peste 2,2 ori mai mari decât cele prin risc obstetrical, începând din 1998 raportul s-a inversat, decesele prin risc obstetrical depășindu-le pe cele prin avort de peste 7 ori în 2012.

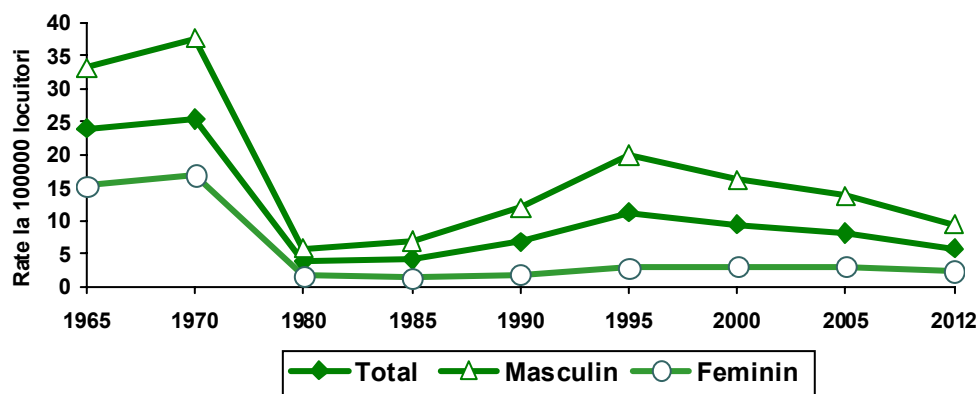
Cu toate că deja de la începutul anilor '50 au început să fie descoperite și utilizate mijloace noi de combatere a tuberculozei (chimioterapicele

antituberculoase), ea continuă să reprezinte până în zilele noastre pentru majoritatea țărilor globului o problemă de sănătate publică.

În România, în ultimii 50 ani mortalitatea cauzată de tuberculoză a cunoscut o perioadă de scădere de la 24,0 decese la 100000 locuitori (1965) la 3,7 decese la 100000 locuitori (1980), care reprezintă cel mai scăzut nivel al ratei. Au urmat câțiva ani în care mortalitatea s-a menținut încă la valori scăzute, însă începând cu anul 1985, s-a înregistrat o creștere progresivă a mortalității, ajungându-se în 1995 la o rată de 11,3 decese la 100000 locuitori.

Figura 9

Rata mortalității prin tuberculoză în perioada 1965-2012



Această din urmă perioadă corespunde cu cea de reemergență a tuberculozei în lume, fapt marcat de Organizația Mondială a Sănătății, care a catalogat boala ca o urgență mondială. Intensificarea măsurilor de control al tuberculozei în țara noastră - implementarea începând din 1997 a programelor pe termen mediu sub asistență tehnică a experților OMS - a determinat o scădere ulterioară a mortalității prin tuberculoză, ajungând la o rată a mortalității de 5,9 decese la 100000 locuitori în anul 2012. Conform raportului OMS, România se află pe locul doi în topul țărilor din Uniunea Europeană cu cele mai multe persoane care au murit din cauza tuberculozei. Singura țară care a depășit România este Lituania, care a înregistrat opt decese de TBC la 100000 de locuitori. Mai mult, în 17 din cele 28 de state membre ale Uniunii Europene, rata deceselor este sub 1 la 100000 locuitori.

Analiza mortalității pe cauze specifice de deces evidențiază diferențe semnificative la nivelul celor două medii. În cazul bolilor aparatului respirator și circulator intensitatea mortalității din mediul rural a fost de aproximativ 2 ori mai mare decât în mediul urban. Și tumorile, leziunile traumatice și otrăvirile, bolile aparatului digestiv, bolile infecțioase și parazitare au determinat mai multe decese în mediul rural față de mediul urban.

Rata mortalității generale este influențată de structura pe vârste a populației, cu alte cuvinte, două populații având același set de rate specifice de mortalitate pot avea o mortalitate generală diferită dacă structurile lor după vârstă sunt diferite. Pentru a înlătura acest neajuns și pentru a asigura o comparabilitate a ratelor mortalității generale înregistrate în diferite țări, se calculează rate standardizate ale mortalității privind cauzele de deces prin utilizarea unor populații standard, astfel încât ratele medii să nu mai fie influențate de structura populației.

La nivelul Uniunii Europene, rata standardizată de mortalitate pe toate cauzele de deces, în perioada 2000-2010, a înregistrat un trend descrescător de la 721,9 la 587,2 decese la 100000 locuitori.

În anul 2010, valoarea ratei standardizate de mortalitate pe toate cauzele de deces în România (948,4 la 100000 locuitori în 2010) a fost mult mai mare decât media UE-27, în urma României situându-se numai Letonia și Bulgaria.

Tabelul 4

	<i>-la 100000 locuitori-</i>		
	2000	2005	2010
UE-27	721,9^P	679,6^P	587,2^P
Belgia	-	635,3	-
Bulgaria	1152,7	1065,5	965,0
Cehia	893,0	837,8	724,6
Danemarca	753,8	684,5	-
Germania	675,0	620,1	565,3
Estonia	1109,4	994,2	799,7
Irlanda	790,3	651,9	544,3
Grecia	704,6	638,3	558,1
Spania	611,8	568,7	487,6
Franța	613,9	564,6	497,4
Croația	984,2	887,2	793,8
Italia	596,8	-	478,0
Cipru	674,1	640,1	512,0
Letonia	1125,8	1108,7	956,3
Lituania	972,9	1081,4	524,5
Luxembourg	657,1	587,4	524,5
Ungaria	1096,1	1015,3	898,0
Malta	706,9	629,5	516,9
Olanda	692,7	615,5	543,1
Austria	657,2	607,4	548,1
Polonia	938,9	860,8	773,7
Portugalia	755,7	689,9	585,4
România	1109,5	1064,1	948,4
Slovenia	800,3	727,5	600,6
Slovacia	1003,3	956,4	853,3
Finlanda	703,4	620,9	573,8
Suedia	604,5	560,5	514,2
Marea Britanie	676,1	636,1	553,3

Sursa datelor: Eurostat; p – date provizorii

Mortalitatea standard prin boala ischemică în anul 2010, a înregistrat, la nivel european, o valoare maximă de 76,2 decese la 100000 locuitori, în scădere în comparație cu valoarea ratei standard din anul 2000 de 114,8 decese la

100000 locuitori. În anul 2010, ratele deceselor care au avut drept cauză boala ischemică au oscilat între 30,1 decese la 100000 locuitori (Franța) și 307,9 decese la 100000 locuitori (Lituania). România, cu o valoare de 187,3 decese la 100000 locuitori, se situează cu mult peste media europeană.

Chiar dacă în UE-27, rata de mortalitate prin afecțiuni cardiovasculare este în scădere, în prezent numărul pacienților cu boli cardiovasculare este în creștere. Acest paradox se datorează creșterii longevității și îmbunătățirii supraviețuirii persoanelor cu boli cardiovasculare.

Tabelul 5

	<i>-la 100000 locuitori-</i>				
	<i>Boala ischemică</i>		<i>Tumori</i>		
	<i>2000</i>	<i>2010</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>	
Rata standardizată de mortalitate prin boala ischemică și tumori, în țările din UE-28, în anii 2000 și 2010	UE-27	114,8^p	76,2^p	187,2^p	166,9^p
	Belgia	-	-	-	-
	Bulgaria	194,7	113,5	150,4	155,3
	Cehia	187,4	161,9	238,0	195,5
	Danemarca	111,2	-	222,5	-
	Germania	126,8	80,9	182,0	158,6
	Estonia	336,1	199,2	202,4	185,3
	Irlanda	165,1	91,2	203,3	168,9
	Grecia	87,5	62,1	163,3	149,0
	Spania	65,4	43,8	170,4	152,4
	Franța	49,4	30,1	186,7	161,2
	Croația	183,5	165,0	222,3	211,9
	Italia	74,5	54,6	178,8	156,8
	Cipru	-	64,0	-	117,4
	Letonia	319,7	252,7	191,9	197,1
	Lituania	299,0	307,9	195,5	187,6
	Luxembourg	80,9	45,2	186,9	156,9
	Ungaria	232,0	215,1	273,0	238,8
	Malta	171,8	106,7	171,0	151,7
	Olanda	85,6	40,6	198,5	182,8
	Austria	132,0	96,0	174,1	155,6
	Polonia	140,8	90,5	215,7	196,0
	Portugalia	62,6	39,5	161,3	153,7
	România	232,5	187,3	172,8	180,1
	Slovenia	105,0	63,6	205,0	196,2
	Slovacia	296,3	262,2	228,0	196,8
	Finlanda	176,5	120,7	151,9	138,5
	Suedia	123,8	79,6	157,1	141,2
	Marea Britanie	135,5	77,3	185,0	170,4

Sursa datelor: Eurostat; p – date provizorii

Mortalitatea standard prin cancer, la nivel european, a înregistrat în 2010 o valoare de 166,9 decese la 100000 locuitori, în scădere față de anul 2000 când s-au înregistrat 187,2 decese la 100000 locuitori. Din nefericire, în 2010 România depășește media europeană, cu o rată de 180,1 decese la 100000 locuitori înregistrând o tendință de creștere. Cele mai comune forme de cancer în UE-28 sunt tumorile maligne ale laringelui, traheii, bronhiilor și ale plămânilor, colonului și sânului. Pe sexe se evidențiază faptul că decesele cauzate de cancer au fost mai numeroase în rândul bărbaților decât în rândul

femeilor. Ratele de mortalitate privind cancerul laringelui, traheii, bronhiilor și plămânilor sunt mai mari în cazul bărbaților. La femei cele mai mari rate de mortalitate sunt cauzate de cancerul mamar și col uterin.

Decesele datorate cauzelor externe cuprind decesele provocate de automutilarea intenționată (sinucideri) și de accidente din sectorul transporturilor. Deși sinuciderile nu sunt o cauză majoră a deceselor, totuși trebuie să se țină cont de acest indicator în cadrul societății.

Tabelul 6

Rata standardizată de mortalitate prin sinucideri în țările din UE-28, în anii 2000, 2005 și 2010

	<i>-la 100000 locuitori-</i>		
	2000	2005	2010
UE-27	11,8^p	10,9^p	10,2^p
Belgia	-	17,6	-
Bulgaria	15,0	10,7	9,3
Cehia	14,8	13,8	12,8
Danemarca	12,3	10,2	-
Germania	11,7	10,4	9,9
Estonia	26,2	18,7	14,8
Irlanda	12,1	10,7	10,9
Grecia	3,2	3,1	2,9
Spania	7,2	6,6	5,8
Franța	16,8	15,9	14,7
Croația	19,1	17,0	14,7
Italia	6,1	-	5,4
Cipru	-	2,5	3,8
Letonia	30,8	22,6	18,2
Lituania	45,4	37,0	29,4
Luxembourg	13,3	9,6	9,7
Ungaria	29,5	23,2	21,7
Malta	5,8	4,2	7,4
Olanda	8,8	9,0	8,8
Austria	17,5	14,7	12,7
Polonia	14,8	15,0	15,3
Portugalia	4,3	7,2	8,2
România	12,7	11,4	11,9
Slovenia	27,1	22,0	17,2
Slovacia	13,5	12,0	10,8
Finlanda	21,5	17,6	16,8
Suedia	11,6	12,4	11,1
Marea Britanie	6,8	6,4	6,4

Sursa datelor: Eurostat; p – date provizorii

În 2010, cele mai scăzute rate ale sinuciderilor au fost înregistrate în Grecia și Cipru, dar rate relativ scăzute au fost, de asemenea, înregistrate în Italia, Spania, Marea Britanie, Portugalia și Malta, care au variat între 5 și 9 decese la 100000 locuitori. În 2010, în Lituania, rata mortalității ca urmare a sinuciderilor a fost de aproximativ trei ori mai mare decât media UE-27 (10,2 decese la 100000 de locuitori), dar și în Ungaria și Letonia s-au înregistrat rate relativ ridicate (aproximativ dublu față de media UE-27).

Numărul deceselor cauzate de accidentele de transport este mai redus decât numărul de sinucideri. În 2010, în România, Grecia, Lituania și Polonia s-au înregistrat cele mai mari rate ale mortalității cauzate de accidentele din sectorul transporturilor (peste 10 decese la 100000 de locuitori), iar Suedia, Olanda și Marea Britanie au raportat cele mai scăzute astfel de rate (aproape 4 decese la 100000 de locuitori).

Tabelul 7

	<i>-la 100000 locuitori-</i>		
	2000	2005	2010
UE-27	11,9^p	9,6^p	6,5^p
Belgia	-	10,6	-
Bulgaria	11,7	10,8	9,1
Cehia	14,3	11,6	8,1
Danemarca	9,2	6,4	-
Germania	9,3	6,5	4,4
Estonia	17,8	14,6	6,8
Irlanda	10,6	7,9	4,1
Grecia	19,0	15,1	11,8
Spania	14,8	10,4	5,1
Franța	12,6	8,5	6,0
Croația	15,4	13,6	10,3
Italia	12,1	-	6,9
Cipru	-	29,5	9,2
Letonia	28,6	20,0	11,2
Lituania	20,9	24,8	10,7
Luxembourg	13,0	7,6	4,8
Ungaria	14,1	14,3	8,9
Malta	4,1	4,5	3,6
Olanda	6,9	4,6	3,9
Austria	11,0	8,9	6,2
Polonia	17,8	14,5	10,9
Portugalia	13,0	12,4	8,4
România	16,2	15,4	12,3
Slovenia	15,5	13,0	7,1
Slovacia	15,4	13,6	8,9
Finlanda	9,0	8,5	5,9
Suedia	6,5	5,1	3,0
Marea Britanie	5,6	5,5	3,4

Sursa datelor: Eurostat; p – date provizorii

3. MORTALITATEA INFANTILĂ

Mortalitatea infantilă este o componentă importantă a mortalității generale și cel mai bun indicator al dezvoltării socio-economice. Speranța de viață la naștere a unei populații este determinată, în mare măsură, de șansele de supraviețuire a nou-născutului în primul an de viață. Factorii care influențează mortalitatea infantilă sunt atât factorii economico-sociali și de mediu, cât și cei ce țin de sistemul de servicii de sănătate. Copiii au o mare importanță demografică și socio-economică, necesitând îngrijiri particulare și asistență medicală preferențială.

Conform raportului din 2013 realizat de Save the Children International⁶, „3 milioane de nou-născuți, mai mici de o lună, mor anual în lume din cauza unor infecții, complicații la naștere sau probleme ale prematurității, toate acestea fiind cauze care pot fi prevenite. Prima zi de viață este cea mai importantă în ceea ce privește șansele de supraviețuire ale bebelușilor, un milion dintre ei nereușind să depășească acest interval de timp dificil”.

Factorii sociali, economici și politici „controlează” nivelul mortalității infantile mult mai semnificativ decât calitatea serviciilor medicale. După unii analiști, „îmbunătățirea strictă a calității actului medical poate duce la scăderea mortalității infantile cu maximum 10%.”⁷

Pe plan mondial, declinul important al mortalității infantile s-a înregistrat începând cu secolul XX și a fost determinat atât de progresele înregistrate în ocrotirea sănătății, cât și în celelalte domenii ale vieții oamenilor, cum ar fi alimentația, igienizarea mediului de viață, producția de masă a medicamentelor, a vaccinurilor, educarea populației.

România, în primii ani ai secolului XX, înregistra 197 decese sub 1 an la 1000 de născuți-vii, după care rata mortalității infantile s-a redus treptat în primele trei decenii ajungându-se, în anul 1938, la 179 decese sub 1 an la 1000 de născuți-vii. Deși după al doilea război mondial s-au făcut progrese importante în reducerea mortalității infantile, totuși ele nu s-au ridicat la nivelul celor înregistrate de țările occidentale. Astfel, în jurul anului 1950, în țările nordice ca Islanda, Norvegia și Suedia valorile ratei mortalității infantile erau sub 20‰, în țările occidentale ca Marea Britanie, Franța, Belgia, Olanda, Elveția, Austria sub 50‰, în timp ce în țări precum România, Bulgaria, Polonia și Rusia ratele erau de-abia la nivelul de 100‰. Începând cu anul 1953, în România

⁶ Save the Children International, “State of World’s Mother”, 2013

⁷ D. Enăchescu, C. Vlădescu, “Managementul resurselor umane în organizațiile socio-medicale”, 2012

mortalitatea infantilă a scăzut sub 100 decese ale copiilor sub 1 an la 1000 de născuți-vii (96,3‰), scădere care a continuat până în 1965 (44,1‰).

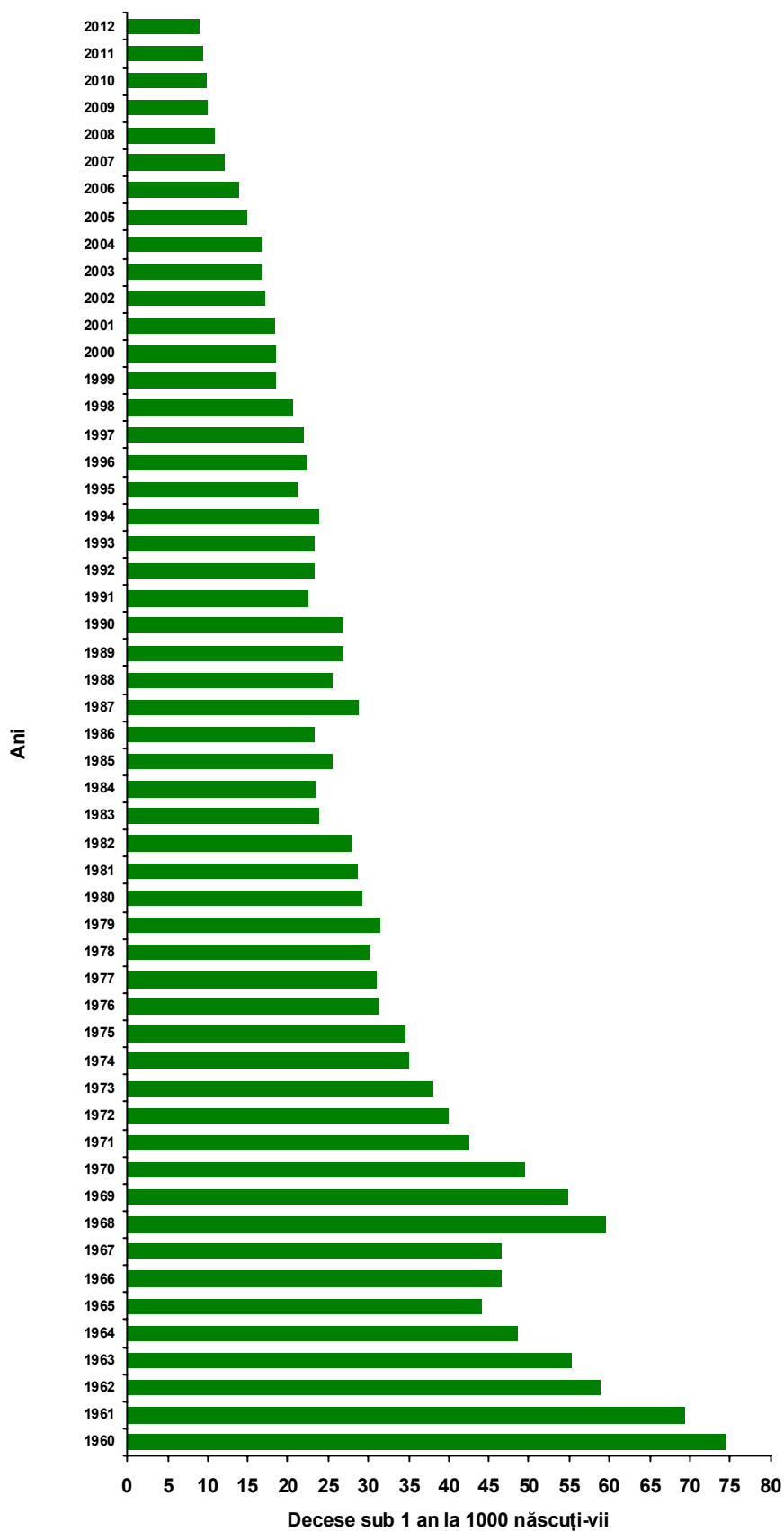


Figura 10
Evoluția mortalității infantile în perioada 1960-2012

Măsurile pronataliste adoptate la sfârșitul anului 1966, au avut ca efect pe lângă creșterea ratei mortalității materne și creșterea mortalității infantile începând cu 1968 (59,5‰). În perioada 1970-1990 ratele mortalității infantile s-au diminuat continuu, de la 49,4‰ la 26,9‰. În aceeași perioadă, în toate țările vest europene, mortalitatea infantilă scade sub nivelul de 10‰, cu excepția Portugaliei, care ajunge la acest nivel în anul 1992.

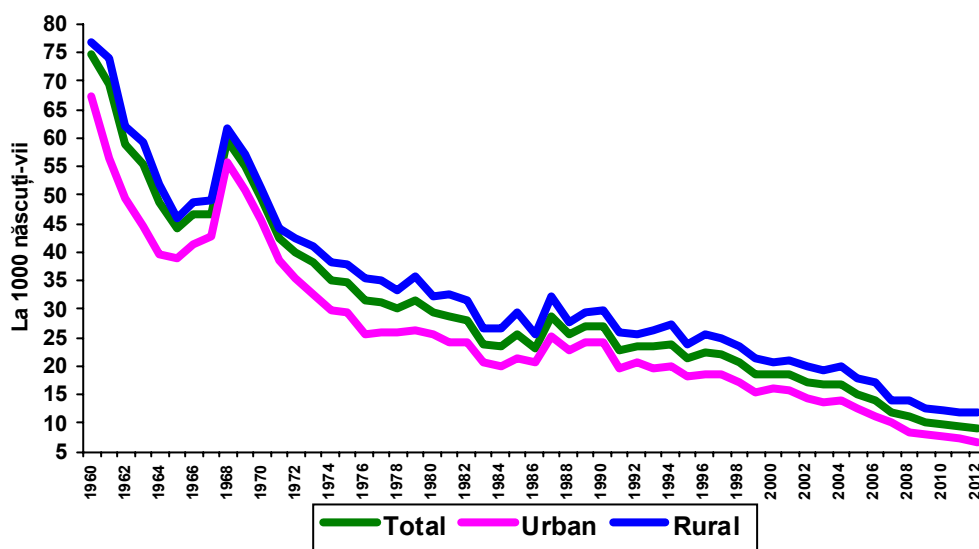
În România, în perioada 1990-2012, numărul deceselor copiilor sub 1 an s-a redus, în 2012 fiind de aproximativ 5 ori mai mic decât la începutul perioadei, iar ratele au scăzut de la 16,9‰ (1990) la 9,0‰ (2012).

Scăderea deceselor copiilor sub 1 an poate fi privită și prin prisma scăderii numărului născuților înregistrat după 1990, scădere care se regăsește în valoarea ratei mortalității infantile.

Pe medii de rezidență nivelul mortalității infantile se diferențiază ca urmare a nivelului mai scăzut de accesibilitate la asistență medicală în mediul rural. Nivelul scăzut de educație a mamei și veniturile reduse ale gospodăriei fac ca decesele copiilor sub 1 an să fie de 1,5 ori (2012) mai mari în rural decât în urban.

Figura 11

Ratele mortalității infantile pe medii de rezidență, în perioada 1960-2012



În cazul mortalității infantile, odată cu scăderea ratelor au scăzut și ratele mortalității neonatale din prima lună de la 21,2‰ (1960) la 4,8‰ (2012) și ratele mortalității postneonatale (1-11 luni) de la 54,6‰ (1960) la 4,2‰ (2012). S-a schimbat însă ponderea lor, astfel încât, dacă în 1960 decesele postneonatale reprezentau 72% din totalul deceselor copiilor sub 1 an, în 2012, ponderea lor a fost de 46%. Începând cu anul 2000 decesele neonatale au devansat decesele postneonatale, în 2012, înregistrând o pondere de 54%

din totalul deceselor copiilor sub 1 an. După 1990, reducerea ratei mortalității infantile s-a realizat în special pe seama ratei mortalității postneonatale, care scade de la 18,0‰ (1990) la 9,8‰ (1998), ajungând la 4,2‰ în anul 2012.

Tabelul 8

	<i>-la 1000 născuți-vii-</i>			
	1960	1980	1990	2012
Mortalitatea				
infantilă pe vârste,				
în anii 1960, 1980,				
1990 și 2012				
Mortalitatea infantilă	74,6	29,3	26,9	9,0
Neonatală (0-28 zile)	21,2	11,1	8,9	4,8
Neonatală precoce (0-6 zile)	8,8	6,4	5,2	3,2
Postneonatală (1-11 luni)	54,6	18,2	18,0	4,2

Rata mortalității neonatale (sub 1 lună) a avut o tendință ascendentă după 1990, datorită în special mortalității neonatale precoce (0-6 zile) de la 5,2‰ (1990) la 6,8‰ (2004), printre cauze găsiindu-se în special decesele perinatale și anomaliile congenitale. Începând cu anul 2006 rata mortalității neonatale precoce a urmat un trend descrescător, din anul 2010 înregistrând valori sub 4‰.

Influența comportamentului reproductiv actual, care la fel ca în perioada 1957-1966 se bazează pe limitarea nașterilor prin recurgerea la avort, s-a răsfrânt asupra creșterii mortalității precoce. Consecințele negative asupra sănătății femeii s-au manifestat prin ponderea mare a deceselor neonatale precoce care în 2012 au reprezentat 66% din totalul deceselor sub 1 lună.

În ultimele cinci decenii, principalele cauze de deces infantile au fost bolile aparatului respirator, cauzele perinatale, anomaliile congenitale. Bolile respiratorii reprezintă prima cauză de mortalitate infantilă, iar dintre acestea pneumonia este responsabilă de majoritatea deceselor.

Decesele prin bolile aparatului respirator, s-au situat constant pe primul loc (1965, cu o rată de 180,7 decese prin afecțiuni respiratorii la 10000 născuți-vii) până în anul 2000, când au trecut pe locul doi după cauzele perinatale. Diminuarea mortalității infantile cauzată de bolile respiratorii s-a realizat pe baza scăderii deceselor prin pneumonie care dețin o pondere de peste 90% din decesele privind bolile respiratorii.

OMS împreună cu UNICEF, au dat un semnal de alarmă începând cu anul 2006, prin raportul „Pneumonia, ucigașul uitat al copiilor”, atrăgând atenția că în lume doar unul din 5 părinți cunosc semnele de pericol ale pneumoniei (respirație dificilă, tuse, febră, dureri de cap, frison, pierderea poftei de

mâncare, convulsii) și doar jumătate dintre copiii bolnavi de pneumonie primesc îngrijiri medicale.

În anul 2012 s-au înregistrat 26,2 decese prin afecțiuni respiratorii la 10000 născuți-vii, din care decesele în urma pneumoniei au fost de 24,1 decese la 10000 născuți-vii. În țările europene occidentale decesele infantile prin boli ale aparatului respirator sunt mult mai puține, fiind considerate drept decese evitabile.

Tabelul 9

	<i>-la 10000 născuți-vii-</i>			
	1965	1980	1990	2012
Mortalitatea				
infantilă pe cauze				
de deces, în anii				
1965, 1980, 1990				
și 2012				
Boli infecțioase și parazitare	21,2	23,6	21,4	1,7
Boli ale aparatului respirator	180,7	120,1	105,7	26,2
Afecțiuni în perioada perinatală	115,7	62,1	52,2	31,0
Malformații congenitale	34,9	45,2	40,2	21,2

Un alt indicator important al stării de sănătate a copiilor este mortalitatea perinatală, care reflectă cu multă fidelitate calitatea asistenței medicale acordate în timpul sarcinii, nașterii și a copilului în primele 6 zile de viață.

În perioada 1965-2012, ratele mortalității infantile prin afecțiunile perinatale au scăzut de la 115,7 (1965) decese la 10000 născuți-vii la 31,0 (2012) decese la 10000 născuți-vii. Evoluția acestui fenomen în timp, cât și a afecțiunilor din perioada perinatală, indică o reducere a mortalității și mortalității neonatale precoce. Cauzele principale ale mortalității perinatale au fost reprezentate de: afecțiuni hipoxemice și anoxemice, sindromul dereglărilor respiratorii, malformațiile congenitale și infecțiile intrauterine.

Malformațiile congenitale au oscilat între 34,9 (1965) decese la 10000 de născuți-vii și 21,1 (2012) decese la 10000 de născuți-vii, înregistrând o creștere accentuată în anul 1980 când s-au produs 45,2 decese la 10000 de născuți-vii. Ponderea majoră în structura deceselor cauzate de anomaliile congenitale în general, este deținută de malformațiile cardiace. În 2012, aproape jumătate din numărul deceselor cauzate de malformațiile congenitale sunt datorate malformațiilor congenitale ale aparatului circulator (rata fiind de 10,2 decese la 10000 de născuți-vii).

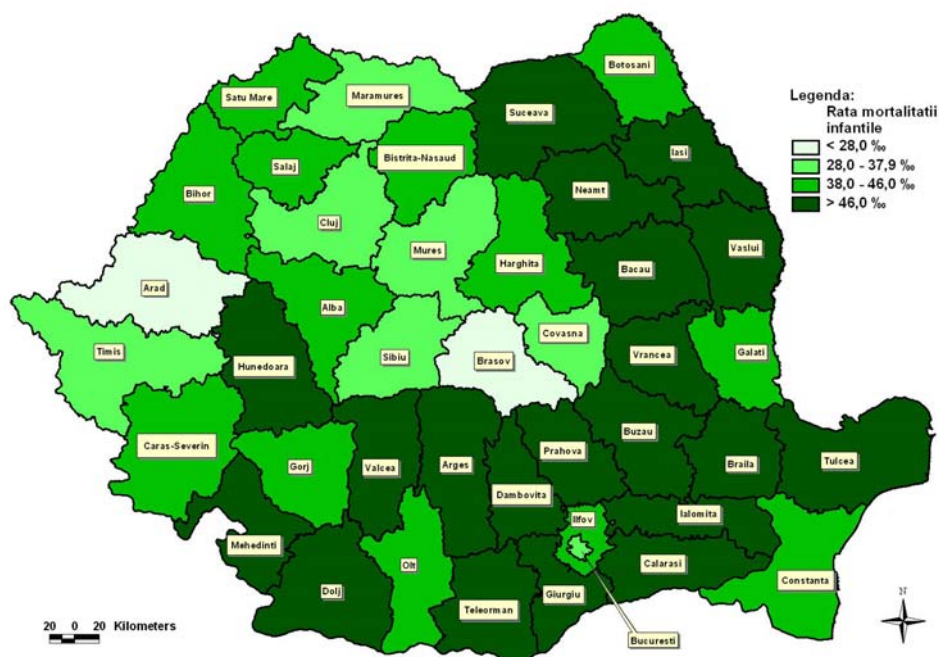
Vârsta mamei la naștere, greutatea copilului la naștere, rangul născutului-viu, durata sarcinii sunt factori de risc care pun în pericol viața și sănătatea noului-născut.

Principalul risc de mortalitate infantilă este dat de născuții sub 2500 grame, a căror rată de deces a fost în 2011 de 53,0‰. Alți factori de risc în mortalitatea infantilă din România sunt vârsta peste 40 ani a mamei (cu o rată a mortalității infantile de 16‰ în 2011) și gradul redus de școlarizare al mamei. În 2011, 38% din mamele celor decedați sub 1 an absolviseră doar o școală elementară, deci aveau o cultură sanitară insuficientă.

În profil teritorial, în anul 1966 mortalitatea infantilă cea mai scăzută s-a înregistrat în județele din vestul țării: Arad (27,3‰), Timiș (29,8‰) și în zona centrală a țării (județele Brașov (27,7‰) și Sibiu (30,7‰)). Zona cu o mortalitate infantilă ridicată era formată din județele din sud-estul țării: Călărași, Ialomița și Buzău, cu rate de peste 60‰. Rata mortalității a oscilat între 27,3‰ (județul Arad) și 63,6‰ (Călărași).

Figura 12

Rata mortalității infantile pe județe, în anul 1966



Începând cu anul 1980, mortalitatea copiilor sub 1 an a scăzut în toate județele, cu o variație între 21,9‰ (Municipiul București) și 48,7‰ (Ialomița).



Figura 13

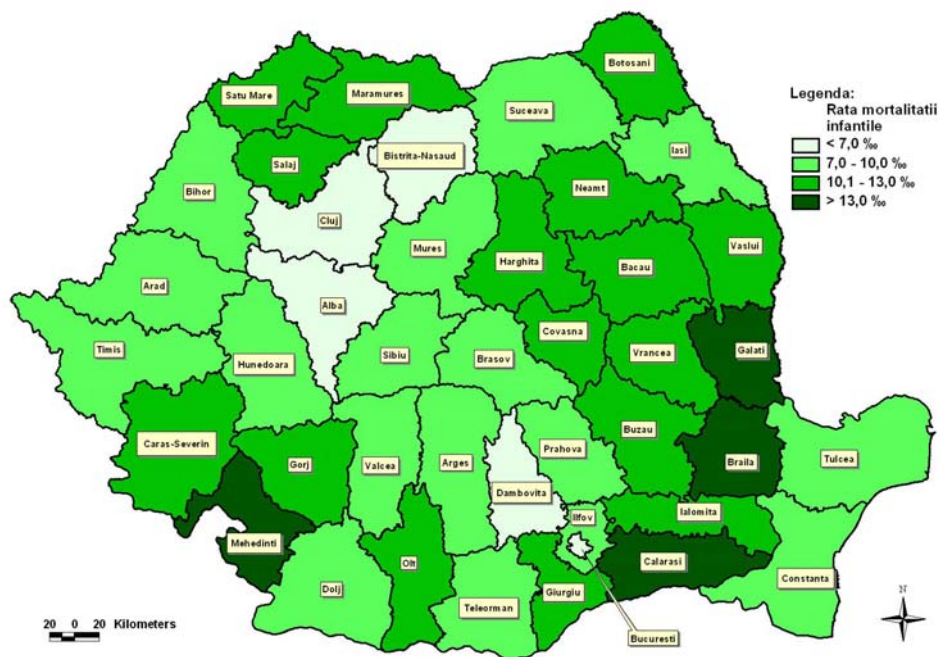
**Rata mortalității
infantile pe județe,
în anii 1980 și
1990**



Variațiile teritoriale ale mortalității infantile în anul 2012 au fost cuprinse între 3,9‰ (Municipiul București) și 14,7‰ (județele Galați și Mehedinți). Cele mai mari valori ale mortalității infantile (de peste 13‰) s-au înregistrat în județele Călărași, Brăila, Galați și Mehedinți, iar cele mai mici (sub 7‰) în județele Dâmbovița, Bistrița-Năsăud, Alba, Cluj și în Municipiul București.

Figura 14

Rata mortalității infantile pe județe, în anul 2012



La nivelul Uniunii Europene, rata mortalității infantile în perioada 2001-2011, a înregistrat un trend descrescător de la 5,7 la 3,9 decese infantile la 1000 născuți-vii.

În 2011, România continua să se mențină pe prima poziție între statele Uniunii Europene, cu cea mai mare rată a mortalității infantile de 9,4‰.

Tabelul 10

**Mortalitatea
infantia în țările
din UE-28, în anii
2001, 2005 și 2011**

	-la 1000 născuți-vii-		
	2001	2005	2011
UE-27	5,7	4,9	3,9
Belgia	4,6	3,7	3,3 ^P
Bulgaria	14,4	10,4	8,5
Cehia	4,0	3,4	2,7
Danemarca	4,9	4,4	3,5
Germania	4,3	3,9	3,6 ^P
Estonia	8,8	5,4	2,5
Irlanda	5,7	4,0	3,5
Grecia	5,1	3,8	3,4 ^P
Spania	4,0	3,7	3,1 ^P
Franța	4,6	3,8	3,5
Croația	7,7	5,7	4,7
Italia	4,4	3,8	3,2
Cipru	4,9	4,6	3,1
Letonia	11,0	7,8	6,6
Lituania	7,9	6,8	4,2
Luxembourg	5,9	2,6	4,3
Ungaria	8,1	6,2	4,9 ^P
Malta	3,8	5,4	6,3 ^P
Olanda	5,4	4,9	3,6
Austria	4,8	4,2	3,6
Polonia	7,7	6,4	4,7
Portugalia	5,0	3,5	3,1
România	18,4	15,0	9,4
Slovenia	4,2	4,1	2,9 ^P
Slovacia	6,2	7,2	4,9
Finlanda	3,2	3,0	2,4
Suedia	3,7	2,4	2,1
Marea Britanie	5,5	5,1	4,2

Sursa datelor: Eurostat; p – date provizorii

Valori mari ale ratei mortalității sunt întâlnite, în cadrul țărilor din Uniunea Europeană, în Letonia (6,6 ‰) și Malta (6,3‰).

Lupta cu bolile copiilor sub 1 an a fost și este în continuare principalul aliat în reducerea numărului deceselor infantile. UNICEF a lansat apelul la asumarea urgentă a unui plan de acțiune la nivel global pentru a pune capăt deceselor copiilor sub 5 ani care pot fi prevenite. Angajamentul intitulat „O promisiune reînnoită” a fost semnat în 2011, de 104 țări printre care și România, prin care își asumau responsabilitatea de a depune eforturi și mai intense pentru a încuraja supraviețuirea copiilor. Ca răspuns la această situație, în România, a fost elaborat Planul Global de Acțiune pentru Prevenirea și Controlul Pneumoniei, ale cărui ținte până în 2015 sunt: 90% acoperire cu vaccin relevant, 90% acces la tratament corespunzător, 90% acoperire cu alimentație exclusivă prin alăptare la sân în primele 6 luni de viață. Prin această campanie se speră să se îmbunătățească cunoștințele despre această boală neglijată și să se reducă numărul deceselor copiilor sub 1 an prin pneumonie.

4. SPERANȚA DE VIAȚĂ

Speranța de viață sau durata medie a vieții arată numărul mediu de ani pe care îi are de trăit o persoană, dacă ar trăi tot restul vieții în condițiile mortalității pe vârste din perioada de referință. Speranța de viață a fiecărei persoane se schimbă pe măsură ce persoana îmbătrânește sau tendințele mortalității se schimbă.

Speranța de viață la naștere este cel mai folosit indicator, care reprezintă numărul mediu de ani pe care un nou născut îi poate trăi în condițiile intensității mortalității pe vârste din perioada de referință a tabelii de mortalitate. Acest indicator este un barometru care reflectă „destul de fidel efectul îngrijirilor medicale acumulate de-a lungul mai multor generații, depinzând de un complex de factori legați de dezvoltarea economică, nivelul de trai, tradițiile culturale în ceea ce privește tratamentul medical”⁸.

Prima tabelă de mortalitate⁹ elaborată pentru anii 1899-1901, realizată pe baza informațiilor disponibile privind mortalitatea înainte de 1900 (26‰ rata mortalității și 200‰ rata mortalității infantile) a scos în evidență faptul că speranța de viață la naștere pentru acea perioadă a fost de 36,4 ani. A doua tabelă de mortalitate¹⁰ a fost realizată pentru perioada 1909-1912 când, conform tabelii, speranța de viață la naștere a crescut la 39,6 ani. A treia tabelă¹¹, care a fost elaborată pentru anii 1930-1932, perioada de dinaintea celui de-al doilea război mondial, indică o speranță de viață la naștere de 42,0 ani.

După cel de-al doilea război mondial schimbările care au intervenit în creșterea nivelului de trai și creșterea serviciilor medicale pentru populație au determinat scăderea mortalității.

În numai zece ani, din anul 1946 până în anul 1955, rata mortalității generale a scăzut de la 19‰ la 10‰. Scăderea mortalității generale s-a concretizat în creșterea speranței de viață la naștere, la 63,2 ani, determinată pe baza tabelii de mortalitate pentru anul 1956. După anul 1956, speranța de viață a continuat să crească cu o intensitate mai mică, la începutul deceniului al șaptelea (1970-1972) ajungându-se la 68,6 ani. Nivelul cel mai ridicat a fost atins în perioada 1976-1978 (69,8 ani), după care speranța de viață a oscilat, depășind pragul de 70 ani în perioada 1998-2000.

⁸ Voicu, B., Capital uman, în Pop, L. M. (coord.), Dicționar de politici sociale, București, Editura Expert, 2002

⁹ M. Sanielevici, Buletinul statistic al României, nr.6-7, vol.16, 1921, V. Ghețău, „Speranța de viață în România”, 1978

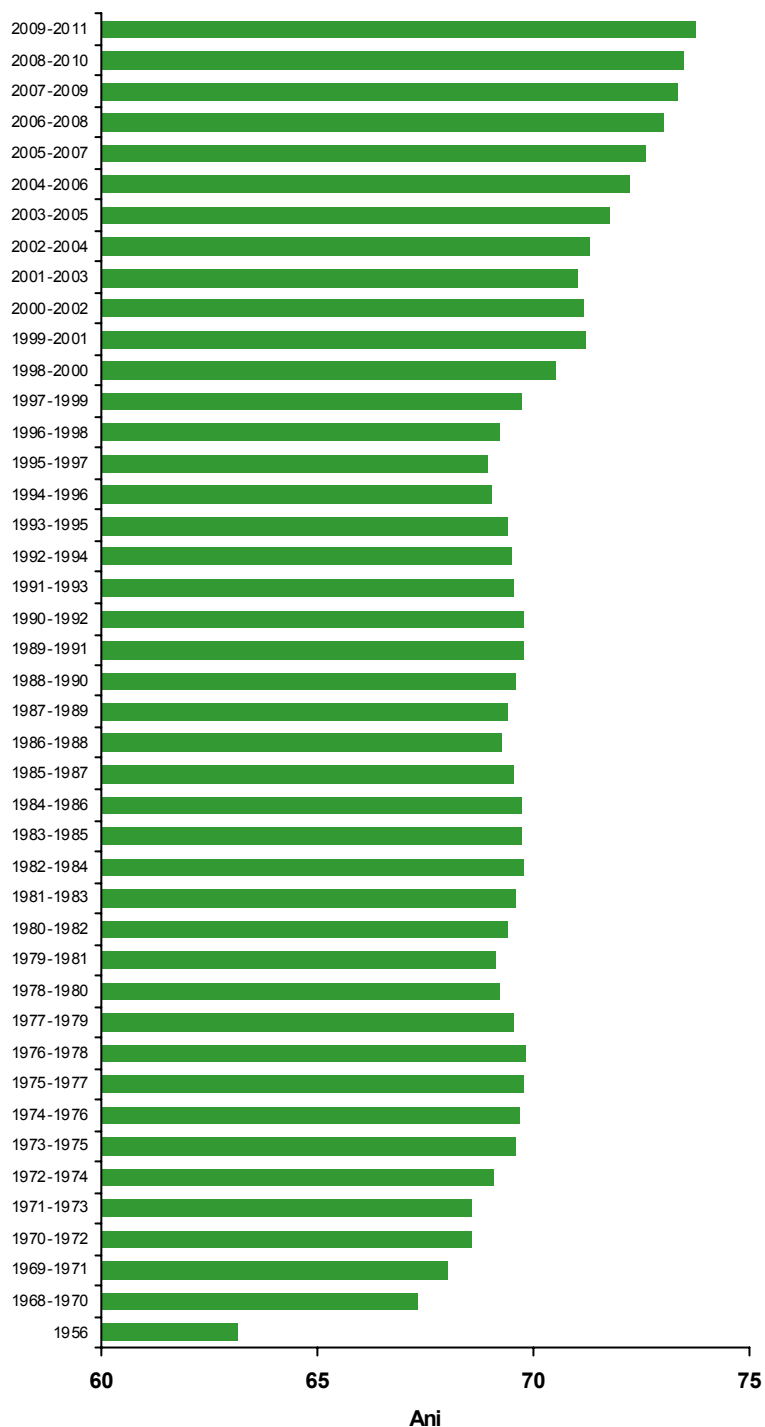
¹⁰ M. Sanielevici și Gh. Mihoc, Buletinul statistic al României, nr.2, 1932, V. Ghețău, „Speranța de viață în România”, 1978

¹¹ „Anuarul demografic al R.S. România”, Direcția Centrală de Statistică și Comisia Națională de Demografie, 1974

După anul 2000 speranța de viață la naștere a cunoscut o creștere semnificativă de la 70,5 ani la 73,8 ani (2009-2011).

Figura 15

Evoluția speranței de viață la naștere în perioada 1956- 2011



Mortalitatea mai ridicată în rândul bărbaților face ca și speranța de viață la naștere să fie mai mică decât la femei, decalajul între sexe crescând până la 7,4 ani în perioada 2009-2011.

Pe parcursul întregii perioade din 1956 până în 2009-2011, s-a accentuat inegalitatea între femei și bărbați în ceea ce privește speranța de viață la

naștere. Dacă în 1956, femeile trăiau în medie, cu aproximativ patru ani mai mult decât bărbații, în 1996-1998 diferența crește la 7,9 ani. În 2009-2011 diferența a fost de 7,4 ani. Sporul speranței de viață în favoarea femeilor, reflectă de fapt scăderea rapidă a mortalității la femei, supramortalitatea masculină cunoscând o linie ascendentă între anii 1956 și 2011.

Tabelul 11

Speranța de viață la naștere, pe sexe, între anii 1956 și 2011

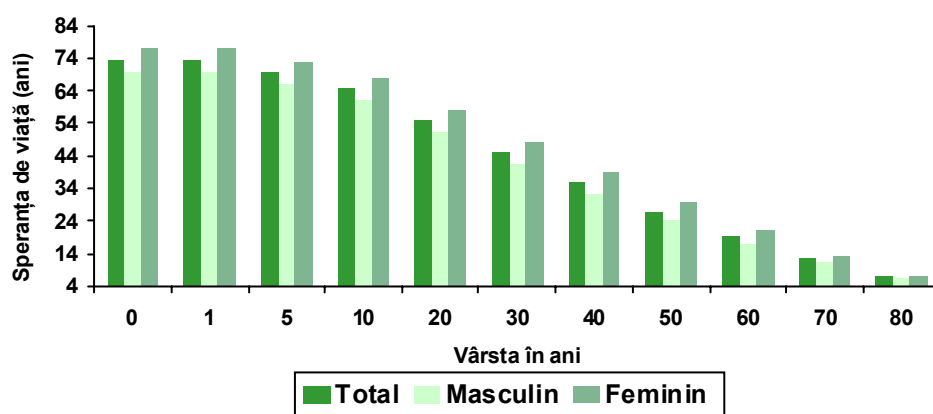
<i>Ani</i>	<i>Total</i>	<i>Masculin</i>	<i>Feminin</i>	<i>Diferență (F-M)</i>
1956	63,2	61,5	65,0	3,5
1969-1971	68,0	65,7	70,3	4,6
1970-1972	68,6	66,3	70,9	4,6
1979-1981	69,1	66,5	71,8	5,3
1989-1991	69,8	66,6	73,1	6,5
1993-1995	69,4	65,7	73,4	7,7
1996-1998	69,2	65,5	73,3	7,9
1998-2000	70,5	67,0	74,2	7,2
2003-2005	71,8	68,2	75,5	7,3
2008-2010	73,5	69,8	77,3	7,5
2009-2011	73,8	70,1	77,5	7,4

Creșterea speranței de viață în 2009-2011 față de 1956 a avut loc în condițiile scăderii ratelor de mortalitate specifice pe grupe de vârstă îndeosebi la vârsta 0-4 ani de la 22,9 decese la 1000 locuitori (1956) la 2,0 decese la 1000 locuitori (2011).

Diferențele speranței de viață între sexe sunt cele mai mari la „0 ani” (7,4 ani în 2008-2010), scăzând apoi odată cu vârsta, la 85 ani fiind de numai 0,4 ani (2008-2010). Valorile speranței de viață scad odată cu vârsta la ambele sexe, nivelurile acestora fiind însă superioare pe tot parcursul vieții la femei, deși la vârstele înaintate ecartul între sexe se diminuează.

Figura 16

Speranța de viață la diferite vârste între anii 2008-2010



Ecartul speranței de viață la naștere între sexe la nivelul anilor 2008-2010 este mai mare față de deceniile anterioare.

	-ani-					
Vârsta	1956	1969-1971	1979-1981	1989-1991	2008-2010	
Tabelul 12	0	3,5	4,6	5,3	6,5	7,5
	5	3,2	4,2	4,9	6,2	7,4
Ecartul speranței de viață între sexe, la anumite vârste între anii 1956 și 2010	10	3,0	4,1	4,8	6,1	7,4
	20	2,8	3,9	4,7	5,9	7,3
	30	2,6	3,6	4,4	5,6	7,0
	40	2,5	3,3	4,0	5,0	6,6
	50	2,4	3,0	3,2	4,1	5,8
	60	1,8	2,3	2,2	2,8	4,1
	70	1,0	1,3	1,1	1,4	2,3
	80	0,8	0,7	0,2	0,4	0,4

Un alt indicator strâns legat de evoluția speranței de viață este numărul supraviețuitorilor pe sexe. Deși se nasc mai mulți băieți decât fete, nivelul mai ridicat al mortalității infantile la băieți determină o scădere mai mare a numărului de supraviețuitori de sex masculin față de cel feminin, diferența accentuându-se cu vârsta.

Tabelul 13

Numărul de supraviețuitori pe sexe (Lx), la anumite vârste în tabela de mortalitate pentru anii 2008-2010

	L0	L1	L10	L20	L30	L40	L50	L60	L70
Masculin	100000	99418	98472	97919	96914	94888	88984	75888	55690
Feminin	100000	99548	98803	98515	98145	97370	95004	89433	77651
F-M	-	130	331	596	1231	2482	6020	13545	21961

Evoluția în timp a acestei funcții biometrice ne demonstrează că în perioada 1956-2010 a crescut numărul supraviețuitorilor la toate vârstele, valori mai ridicate observându-se între 40 și 50 ani, dar și la 70 de ani.

Tabelul 14

Numărul de supraviețuitori (Lx), la anumite vârste în tabelele de mortalitate pentru anii 1956 și 2008-2010

	L0	L1	L10	L20	L30	L40	L50	L60	L70
1956	100000	91992	89562	88607	87036	84855	81077	72581	54051
2008-2010	100000	99481	98633	98209	97513	96094	91931	82568	66533
Creștere	-	7489	9071	9602	10477	11239	10854	9987	12482

Durata mediană a vieții, adică vârsta la care jumătate din efectivul inițial al populației este încă în viață, calculată pe baza numărului de supraviețuitori, a avut în ultimele cinci decenii o evoluție oscilantă. Spre deosebire de durata mediană de viață masculină care a variat între 69,9 ani și 72,8 ani, cea feminină a crescut pe întreg intervalul.

	-ani-			
Ani	Total	Masculin	Feminin	
Tabelul 15	1964-1967	74,5	72,5	76,1
Durata mediană de viață pe sexe, între anii 1964 și 2010	1974-1976	75,2	72,8	77,2
	1989-1991	74,8	71,5	77,8
	1993-1995	74,1	69,9	77,7
	1998-2000	74,4	70,4	78,7
	2005-2007	76,0	71,8	79,8
	2008-2010	76,6	72,2	80,2

În perioada 2008-2010, jumătate din numărul bărbaților au decedat până la împlinirea vârstei de 72 ani față de 80 ani la femei.

Evoluția diferențiată pe medii de rezidență atât a mortalității generale cât și a celei infantile și-a pus amprenta și asupra dinamicii speranței de viață.

În perioada 1963-2010 spre deosebire de rata mortalității generale din mediul urban, care a avut o evoluție între 7 și 9 decese la 1000 locuitori, în mediul rural rata mortalității a crescut semnificativ de la 8,6‰ (în 1963) la 14,7 ‰ (în 2010), diferența dintre medii adâncindu-se.

Tabelul 16

Speranța de viață pe vârste, medii și sexe, în anii 1968 și 2010

Vârsta	Urban				Rural			
	Masculin		Feminin		Masculin		Feminin	
	1968	2010	1968	2010	1968	2010	1968	2010
0	66,1	70,8	70,8	77,9	65,0	68,5	69,2	76,5
5	66,0	66,5	69,9	73,6	65,4	64,6	68,9	72,6
10	61,2	61,6	65,1	68,6	60,6	59,8	64,2	67,7
20	51,6	51,9	55,4	58,8	51,2	50,1	54,5	57,9
30	42,0	42,3	45,7	49,0	42,1	40,6	44,9	48,1
40	32,8	32,9	36,3	39,3	33,0	31,5	35,6	38,5
50	24,0	24,2	27,2	29,9	24,2	23,5	26,5	29,4
60	16,2	17,1	18,8	21,3	16,4	19,1	18,0	21,0
70	10,0	11,0	11,4	13,5	9,9	12,3	10,6	13,3
80	5,8	6,4	6,2	7,4	5,4	6,8	5,5	7,0

Ca urmare atât a influenței evoluției mortalității generale și infantile cât și a factorilor socio-economici, speranța de viață a avut o evoluție diferențiată pe medii, durata medie a vieții în urban fiind mai mare cu 1-2 ani față de rural.

În anul 2008-2010, speranța de viață la naștere în mediul urban era de 74,4 ani, în timp ce în rural aceasta era de 72,3 ani.

Evoluția speranței de viață la naștere pe medii și sexe relevă creșteri superioare la populația feminină atât în mediul urban (7,1 ani) cât și în rural (7,3 ani). La populația masculină speranța de viață la naștere a crescut mai mult în mediul urban (4,7 ani) față de rural (3,5 ani).

În dinamică, speranța de viață la naștere în profil teritorial a crescut în toate județele. Dacă în 1988-1990 durata medie de viață la bărbați era cuprinsă între 63,67 ani (Satu Mare) și 68,57 ani (Vrancea), la nivelul anilor 2008-2010 speranța de viață a crescut, situându-se între 66,09 ani (Satu Mare) și 72,23 ani (Vâlcea).

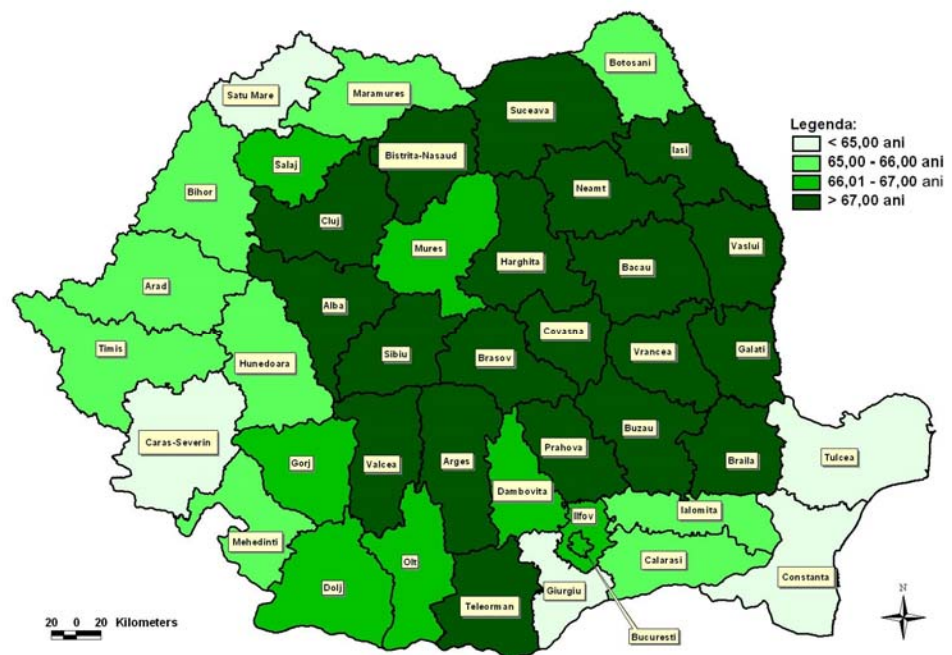
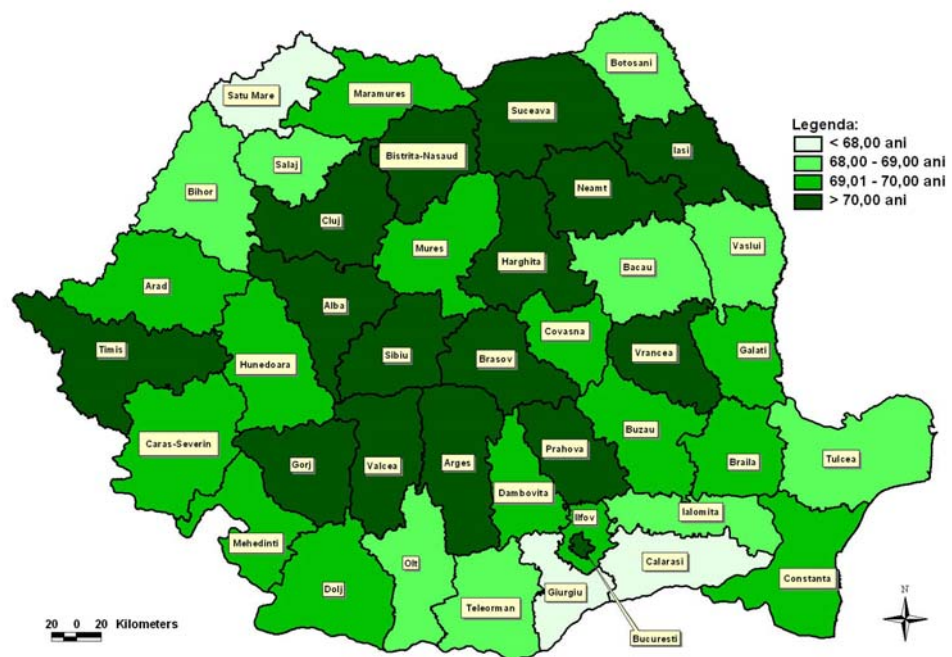


Figura 17

Speranța de viață la naștere pe județe, masculin, în perioadele 1988-1990 și 2008-2010



La femei, speranța de viață la naștere în perioada 1988-1990 era cuprinsă între 70,56 ani (Tulcea) și 73,39 ani (Municipiul București). În perioada 2008-2010 speranța de viață a crescut, situându-se între 75,15 ani (Satu Mare) și 79,04 ani (Municipiul București).

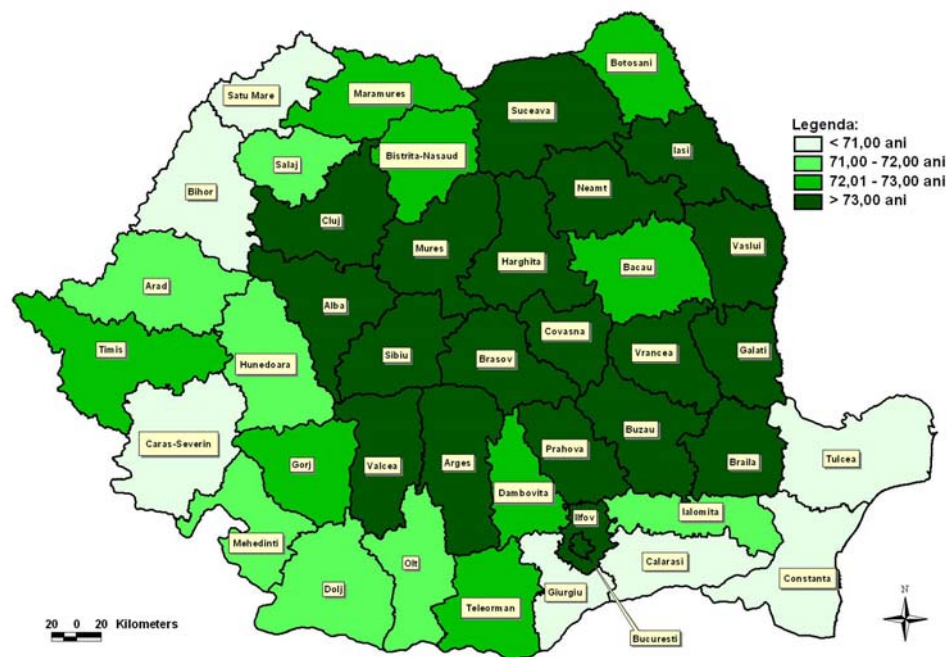
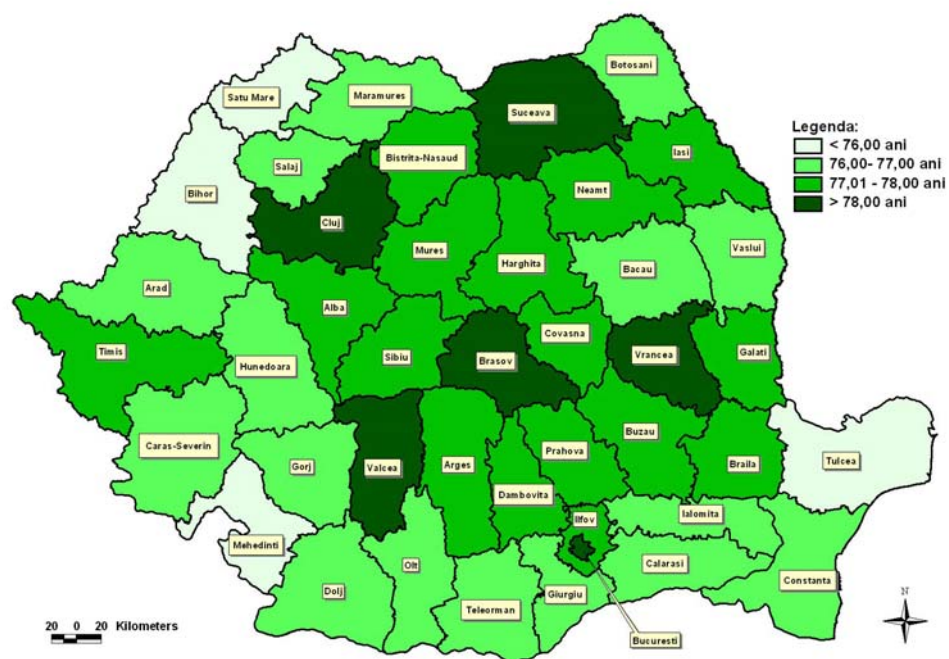


Figura 18

Speranța de viață la naștere pe județe, feminin, în perioadele 1988-1990 și 2008-2010



Regiunea București-Ilfov înregistra cea mai ridicată speranță de viață la naștere, în 2008-2010 (75,34 ani), fiind urmată de regiunea Centru (73,86 ani) și de Nord-Est (73,26 ani), apoi de regiunile din sud: Sud-Vest Oltenia (73,24 ani), Sud-Est (73,22 ani) și Sud-Muntenia (73,14 ani). Municipiul București se bucura de cea mai ridicată speranță de viață la naștere (75,71 ani), fiind urmat de județele Vâlcea (75,50 ani), Cluj (74,85 ani) și Brașov (74,74 ani).

Cea mai scăzută speranță de viață în 2010 a fost înregistrată în județele Satu Mare (70,51 ani), Tulcea (71,68 ani), Călărași (71,84 ani) și Giurgiu (71,96 ani).

Alături de Letonia, Lituania și Bulgaria, România se situează printre țările cu cea mai scăzută speranță de viață la naștere, între țările din UE-28. Conform Eurostat, în anul 2011 speranța de viață la naștere în România era de 74,3 ani, mai scăzută fiind în Bulgaria (73,9 ani), Letonia (73,4 ani) și Lituania (72,1 ani). Cea mai ridicată valoare pentru speranța de viață la naștere a fost înregistrată în Italia (82,1 ani), urmată Spania (81,1 ani), Franța (81,6 ani), Suedia (81 ani) și Olanda (80,6 ani). În anul 2011, speranța de viață în România era mai mică cu cinci ani față de media speranței de viață la naștere a statelor UE-27.

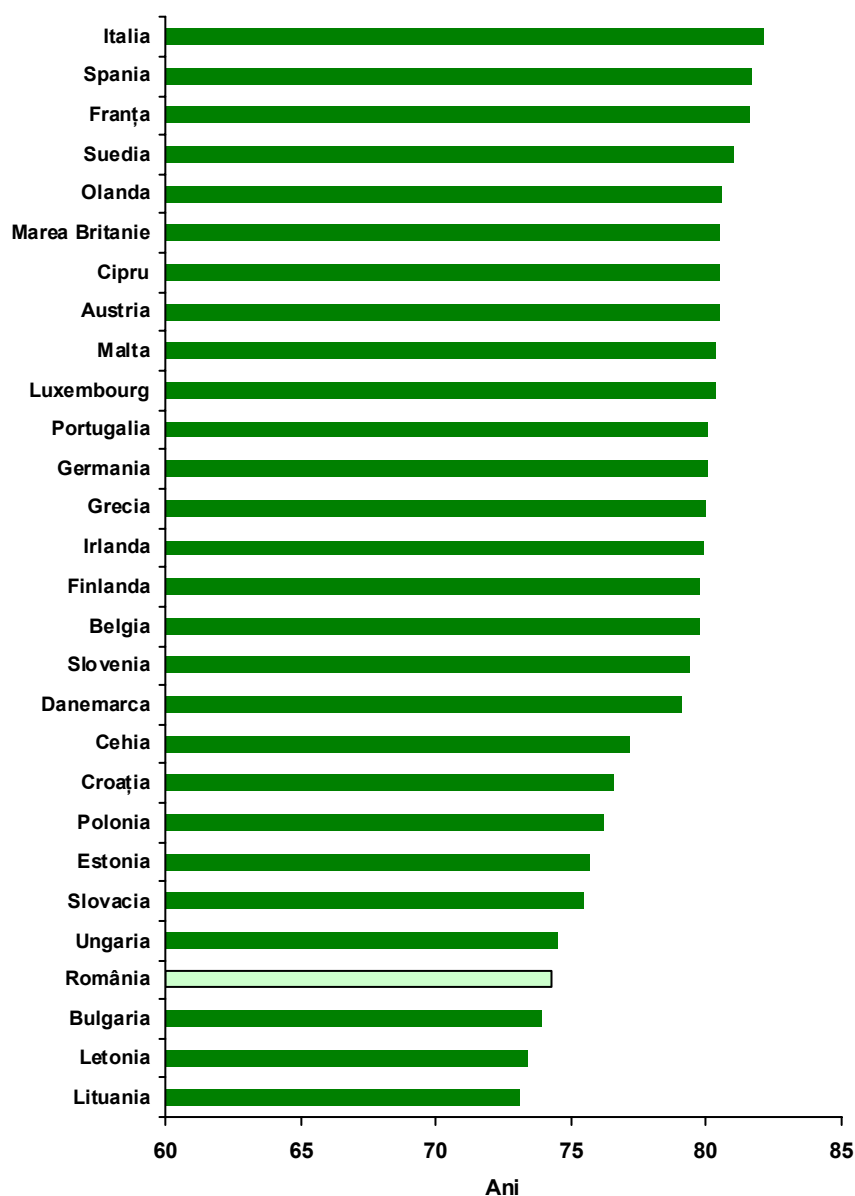


Figura 19

Speranța de viață la naștere în țările din UE-28, în anul 2011

Sursa datelor: Eurostat

În toate țările Uniunii Europene, femeile au o speranță de viață mai ridicată decât bărbații, în medie, cu 5,8 ani. Diferențele în ceea ce privește speranța de viață între femei și bărbați sunt date atât de factorii biologici, cât și de cei comportamentali. Bărbații adoptă într-o mai mare măsură comportamente de risc, acest fapt fiind reflectat de ratele de mortalitate mai ridicate în cazul bărbaților pentru cauze de deces datorate accidentelor, consumului de alcool sau tutun. Inegalitățile dintre femei și bărbați în ceea ce privește speranța de viață la naștere sunt foarte diferite în funcție de țări. În anul 2011, cele mai mari diferențe s-au înregistrat în țările baltice (peste 10 ani) și în țările din sud-estul și centrul Europei (între 6–9 ani). Diferențele cele mai mici sunt întâlnite în Cipru, Suedia și Olanda (sub 4 ani).

Speranța de viață sănătoasă (Healthy Life Expectancy – HLY) este indicatorul care introduce conceptul de calitate a vieții, prin focalizarea asupra acelor ani de care se pot bucura oamenii fără a avea limitări datorate unei boli sau dizabilități. Conceptul speranță de viață sănătoasă a fost propus de Sanders (1964) și primele calcule au fost publicate de Sullivan¹² în 1971.

Indicatorul privind speranța de viață sănătoasă a fost dezvoltat pentru a se analiza dacă creșterea speranței de viață este însoțită de o creștere în timp a stării bune de sănătate sau din contră. Deci, speranța de viață sănătoasă împarte speranța de viață în viața trăită în diferite stări de sănătate. Indicatorul dă o dimensiune calitativă noțiunii cantitative de număr mediu de ani trăiți.

Modelul general al tranziției sănătății (OMS, 1984) indică durata medie de viață petrecută, în diferite condiții: supraviețuirea totală, supraviețuirea fără dizabilități și supraviețuirea fără boală cronică. Acest lucru duce, în mod natural, la definirea speranței de viață, speranța de viață sănătoasă și speranța de viață fără boli cronice.

Pentru calcularea acestui indicator, Uniunea Europeană a decis să includă un set de întrebări privind starea de sănătate pentru Comunitatea Europeană (ECHI), pentru a oferi un sumar de informații privind măsurarea dizabilităților (activitate limitată datorită unei boli), bolilor cronice și stării de sănătate percepută de persoana care se autoevaluează. Modulul Minim European de Sănătate (MEHM), compus din 3 întrebări generale care acoperă aceste dimensiuni, a fost introdus în ancheta Statistica Veniturilor și Condițiilor de Viață (SILC) care determină îmbunătățirea comparabilității speranței de viață

¹² Disability free life expectancy, Sullivan ,1971

sănătoasă între țări. Speranța de viață sănătoasă se stabilește pe baza auto-declarației privind starea de sănătate și posibilitatea de a-și desfășura activitățile zilnice sau bolile cronice ale persoanei respondente.

Pentru că România a aderat la Uniunea Europeană începând cu anul 2007, indicatorul speranță de viață sănătoasă este disponibil începând cu această dată.

În 2011, în România, speranța de viață la naștere a femeilor a fost de 78,2 ani, iar a bărbaților de 71 ani, din care 57,1 ani și respectiv 57,5 ani vor fi trăiți fără probleme de sănătate. Cu toate că speranța de viață a bărbaților a fost mai mică decât cea a femeilor, speranța de viață sănătoasă a bărbaților a fost mai mare. Prin urmare, în comparație cu bărbații, femeile trăiesc mai mult, dar într-o stare precară de sănătate (un număr mai mare de ani cu o activitate moderat limitată sau sever limitată).

Speranța de viață sănătoasă în România este sub media înregistrată la nivelul UE-27 (62,2 pentru femei și 61,8 pentru bărbați). Valorile înregistrate în 2011 au scăzut mult față de valorile din anul 2007 la ambele sexe (62,6 ani la femei și 60,6 ani la bărbați).

Tabelul 17

	<i>-ani-</i>				
	<i>Speranța de viață</i>		<i>Speranța de viață sănătoasă</i>		
	<i>Masculin</i>	<i>Feminin</i>	<i>Masculin</i>	<i>Feminin</i>	
Speranța de viață la naștere și speranța de viață sănătoasă, pe sexe, în țările din UE-28, în anul 2011	UE-27	77,4^e	83,2^e	61,8^e	62,2^e
	Belgia	77,8 ^e	83,2	63,3 ^e	63,5 ^e
	Bulgaria	70,7	77,8	62,1	65,9
	Cehia	74,8	81,1	62,2	63,6
	Danemarca	77,8	81,9	63,6	59,4
	Germania	78,4	83,2	57,9	58,7
	Estonia	71,2	81,3	54,2	57,9
	Irlanda	78,3	82,8	65,8	68,2
	Grecia	78,5	83,1	66,4	66,9
	Spania	79,4	85,4	65,3	65,8
	Franța	78,7	85,7	62,7	63,6
	Croația	73,9	80,4	59,8	61,7
	Italia	80,1	85,3	63,4 ^e	62,7 ^e
	Cipru	79,3	83,1	62,4	61,4
	Letonia	68,6	78,8	53,7	56,7
	Lituania	68,1	79,3	57,1	62,1
	Luxembourg	78,5	83,6	65,8	67,1
	Ungaria	71,2	78,7	57,6	59,1
	Malta	78,6	82,9	70,3	70,7
	Olanda	79,4	83,1	64,0	59,0
	Austria	78,3	83,9	59,8	60,4
	Polonia	72,6	81,1	59,1	63,3
	Portugalia	77,6	84,0	60,7	58,7
	România	71,0	78,2	57,5	57,1
	Slovenia	76,8	83,3	54,0	53,8
	Slovacia	72,3	79,8	52,1	52,3
	Finlanda	77,3	83,8	57,7	58,3
	Suedia	79,9	83,8	71,1	70,2
	Marea Britanie	79,1	83,1	65,2	65,2

Sursa datelor: Eurostat; e - estimat

Cea mai mare valoare a speranței de viață sănătoasă se întâlnește în Malta (70,7 ani pentru femei și 70,3 ani pentru bărbați), Suedia (70,2 și 71,1 de ani), Luxembourg, Grecia și Irlanda (între 65 și 68 de ani), iar cea mai „scurtă” viață sănătoasă în Slovacia (52 de ani) și Slovenia (54 de ani).

În majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene, datele au indicat valori puțin diferite între bărbați și femei la nivelul anului 2011. Cele mai importante diferențe s-au întâlnit în Lituania, unde femeile se pot aștepta la o viață fără probleme de sănătate cu 5 ani mai mult ca bărbații, și în Olanda, unde raportul se inversează, bărbații trăind cu 5 ani mai mult decât femeile într-o stare bună de sănătate.

În țările europene speranța de viață la 65 ani și peste a femeilor, în 2011, a fost de 21,1 ani (majoritatea țărilor înregistrând valori între 17,0 ani și 23,4 ani) și 17,5 ani pentru bărbați (o mare parte a țărilor înregistrând valori între 13,2 ani și 18,9 ani). Pe baza datelor din ancheta SILC 2011 a fost calculată speranța de viață sănătoasă la 65 ani și peste, la nivelul UE-27, stabilindu-se că femeile la această vârstă vor trăi 8,8 ani într-o stare de sănătate foarte bună, fără nicio limitare a activității (valorile țărilor europene oscilând între 2,8 ani și 15,5 ani).

Speranța de viață sănătoasă a bărbaților de aceeași vârstă, la nivelul UE-27, a fost de 8,6 ani într-o stare de sănătate foarte bună (valorile țărilor europene oscilând între 3,3 ani și 14,1 ani).

Ajunși la vârsta de 65 de ani, europenii care se așteaptă încă la mulți ani într-o stare bună de sănătate sunt suedezii (încă 15 ani pentru femei și 14 ani pentru bărbați), iar cei care trebuie să fie atenți sunt slovacii (care au o speranță de viață sănătoasă de numai 3 și respectiv 4 ani).

În România, speranța de viață sănătoasă la 65 de ani și peste a femeilor a fost de 5,0 ani, bărbații de aceeași vârstă având o speranță de viață sănătoasă de 5,9 ani.

5. TENDINȚELE EVOLUȚIEI MORTALITĂȚII

Tranziția demografică a devenit un proces tot mai complex, parte integrantă a procesului de dezvoltare economico-socială, de modernizare a societății. Amploarea acestui proces demografic se oglindește și în componentele sale: tranziția fertilității, tranziția mortalității, urmate de tranziția structurii pe vârste, tranziția nupțialității, tranziția familiei, tranziția urbanizării.

Transformările intervenite după 1989 în sistemul politic, în economie, în viața socială, ca și în mentalitatea oamenilor, au influențat comportamentul demografic al populației. Actuala situație demografică a țării este rezultatul cumulat al evoluției natalității, mortalității și migrației externe. Dacă examinăm dinamica acestor componente putem observa că scăderea natalității și migrația externă au implicații mai mari în declinul demografic actual și mai ales pe termen lung și foarte lung, întrucât contribuie atât la scăderea populației cât și la deteriorarea structurii pe vârstă a populației.

Procesele demografice din țara noastră se înscriu în modelul tranziției demografice, înregistrat în ultimele decenii în țările dezvoltate, caracterizat de specialiști prin trecerea de la niveluri înalte ale mortalității și natalității la niveluri scăzute. Se acceptă că tranziția demografică comportă particularități naționale și este legată de tendința generală de modernizare a societății.

În tranziția structurii populației pe vârste, caracteristica principală este îmbătrânirea demografică. Din analiza fertilității, mortalității și migrației externe se poate conchide că, în continuare, pentru cel puțin patru decenii, populația României urmează să scadă, dar în același timp va crește ponderea populației vârstnice de 65 ani și peste. Schimbările actuale privind structura pe vârste a populației își vor pune amprenta în viitor asupra numărului născuților și decedaților. Structura îmbătrânită a populației va determina creșterea deceselor și mai ales o restructurare a deceselor pe vârste. Deci, se va înregistra o reducere a deceselor la vârstele tinere și adulte aflate la baza creșterii duratei medii a vieții și va crește ponderea deceselor persoanelor vârstnice longevive. Mortalitatea va depinde de variațiile în timp pe care le va înregistra populația de 80 ani și peste. Conform prognozelor demografice, în 2050, ponderea populației vârstnice de 65 ani și peste va fi de 40% din totalul populației, din care aproape jumătate va fi reprezentată de vârstnicii de 80 ani și peste. În acest context se așteaptă ca speranța de viață să crească într-un ritm mai lent.

Sănătatea populației constituie un element de bază în dezvoltarea armonioasă a societății și un element cheie al securității umane în țară. Sănătatea și mortalitatea au cauze și factori comuni care le influențează. Situația economică și gradul de civilizație sunt factori importanți în ceea ce privește sănătatea și mortalitatea dintr-o țară. Acțiunile guvernamentale influențează sănătatea unei populații prin măsurile și programele pe care le adoptă cu privire la prevenirea și înlăturarea anumitor boli, care ar afecta un număr mare al populației. Alți factori de impact asupra sănătății și mortalității sunt strâns legați de serviciile medicale oferite populației, de sistemul de sănătate adoptat, de infrastructura medicală, de medicamentele și noile descoperiri în domeniul științei medicale care pot determina creșterea stării de sănătate a populației, pot influența creșterea speranței de viață și pot reduce mortalitatea. Ca efect important al îmbătrânirii populației de 65 ani și peste, în perioada imediat următoare va fi creșterea numărului de persoane în vârstă care vor solicita servicii de îngrijire a sănătății și de îngrijire specifică persoanelor vârstnice.

România și-a asumat responsabilitatea atingerii Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului care au ca țintă principală transformarea vieții oamenilor până în anul 2015. Cele opt Obiective de Dezvoltare ale Mileniului sunt: reducerea sărăciei severe, realizarea accesului universal la educația primară, promovarea egalității între sexe și afirmarea femeilor, reducerea mortalității infantile, îmbunătățirea sănătății materne, combaterea HIV/SIDA, malariei și a altor boli, asigurarea sustenabilității mediului, crearea de parteneriate globale pentru dezvoltare. Dar acestea nu pot fi atinse dacă nu se acordă o atenție deosebită problemelor privind sănătatea populației. Aceasta presupune eforturi susținute pentru mărirea investițiilor în educație și sănătate.

În prezent, sistemul de sănătate nu pune suficient accent pe prevenirea și detectarea timpurie a afecțiunilor care au un impact major asupra sănătății sau pe principalii factori care determină și provoacă boala.

Datorită creșterii permanente a incidenței și prevalenței cancerului, al progreselor în ritm lent împotriva TBC și a costurilor ridicate implicate de tratamentul acestor afecțiuni, s-a trecut la susținerea de programe de testare și programe preventive generale pentru cele mai relevante boli și factori de risc, cum ar fi consumul de tutun și alcool.

Ministerul Sănătății în parteneriat cu Organizația Salvați Copiii au demarat un program prioritar de sănătate publică în România privind reducerea mortalității infantile. Obiectivele programului vizează creșterea adresabilității femeilor

însărcinate la medic în primele luni de sarcină, cunoscut fiind faptul că în prezent sunt regiuni în România în care o treime dintre femeile gravide recunosc că nu s-au prezentat la niciun consult pe toată durata sarcinii. Un alt obiectiv se referă la sprijinirea medicilor de familie pentru a recunoaște și a trimite la specialist gravidele cu risc crescut de naștere prematură. În România, doar 3% dintre copii sunt vaccinați antipneumococic, mai puțin de 3% sunt complet protejați împotriva varicelei și numai 2% sunt vaccinați anti-rotavirus.

Creșterea nivelului de trai, a calității actului medical și a conștiinței profesionale în sectorul serviciilor de sănătate pot contribui la reducerea pierderilor economice și de capital uman, prin reducerea atât a incapacității de muncă datorită îmbolnăvirilor, cât și a deceselor. Nu ne putem permite să pierdem vieți, indivizi formați pentru viață, pentru că „viața este o valoare în sine”.

G L O S A R

Populația tânără - cuprinde numărul persoanelor în vârstă de 0-14 ani.

Populația adultă (sau în vârstă de muncă) - cuprinde numărul persoanelor în vârstă de 15-64 ani.

Populația vârstnică - cuprinde numărul persoanelor în vârstă de 65 ani și peste.

Rata generală a natalității - reprezintă numărul născuților-vii din cursul unei perioade de timp, raportat la populația medie din aceeași perioadă (la 1000 locuitori).

Indicatorul conjunctural al fertilității - exprimă numărul mediu de copii pe care i-ar naște o femeie în decursul perioadei fertile, în condițiile menținerii intensității fenomenului din anul de referință.

Rata generală a mortalității - reprezintă numărul persoanelor care au decedat în cursul unei perioade de timp, raportat la populația medie din aceeași perioadă (la 1000 locuitori).

Rata specifică de mortalitate - reprezintă numărul persoanelor care au decedat într-o anumită perioadă de timp, repartizat după sexe, vârstă sau grupe de vârstă, raportat la populația medie din aceeași perioadă, structurată după aceleași caracteristici (la 1000 locuitori).

Rata mortalității populației vârstnice - reprezintă numărul persoanelor vârstnice (65 ani și peste) care au decedat într-o anumită perioadă de timp, raportat la populația medie vârstnică (65 ani și peste), din aceeași perioadă (la 1000 locuitori).

Speranța de viață la naștere - reprezintă numărul mediu de ani pe care îi poate trăi un nou-născut, dacă ar trăi tot restul vieții în condițiile mortalității pe vârste din perioada de referință.

Speranța de viață la 65 ani și peste - reprezintă numărul mediu de ani pe care îi poate trăi o persoană de 65 ani și peste, dacă ar trăi tot restul vieții în condițiile mortalității pe vârste din perioada de referință.

Sporul natural - reprezintă diferența dintre numărul născuților-vii și numărul persoanelor decedate din aceeași perioadă de timp.

Rata sporului natural - reprezintă diferența dintre rata natalității și rata mortalității generale din aceeași perioadă de timp, sau raportul dintre sporul natural (număr) raportat la populația medie din aceeași perioadă de timp (la 1000 locuitori).

Sporul migratoriu - reprezintă diferența dintre numărul persoanelor imigrante (sosite) și numărul persoanelor emigrante (plecate) din aceeași perioadă de timp.

Speranța de viață sănătoasă - reprezintă numărul mediu de ani pe care îi poate trăi o persoană fără probleme de sănătate.

BIBLIOGRAFIE

- Dirk van de Kaa, "Europe's second demographic transition"- Population Bulletin, vol. 42, No.1 Population Reference Bureau, Washington;
- Jean-Claude Chesnais, "La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques. Etude de series temporelles relatives a 67 pays, Press Universitaire de France, 1986;
- Jean-Claude Chesnais, "Demographic Transition Patterns and Their Impact on the Age Structure", 1990;
- Roland Pressat, "Dicționar demografic", 1979;
- George Retegan-Șerbu, "Evoluția fertilității populației feminine din România în perioada 1900-1960", Revista de statistică, nr. 4/1962;
- Vladimir Trebici, "Demografie: excerpta et selecta. Academicianul la vârsta de 80 ani", Editura Enciclopedică, 1996;
- Vladimir Trebici, "Populația lumii", Editura Tehnică, 1998;
- Vasile Ghețău, "Populația României la sfârșit de secol și mileniu. Ce perspective?" Populație & Societate, Nr.1/2001, Nr.2/2001;
- Vasile Ghețău, "Evoluția fertilității în România. De la transversal la longitudinal", Revista de cercetări sociale, Nr.1/1997;
- M. Sanielevici, Tabela de mortalitate pe anii 1899-1901, "Note sur une table de mortalité de la population generale de la Roumanie", Buletin statistic al României, 1921;
- M. Sanielevici și Gh. Mihoc, Tabela de mortalitate pe anii 1909-1912, "Note sur la construction de nouvelles tables de mortalité de la population de l'ancien Royaume de Roumanie", Buletin statistic al României, 1932;
- Cornelia Mureșan, "Evoluția demografică a României. Tendințe vechi, schimbări recente, perspective", Presa Universitară Clujană, 1999;
- D. Enăchescu, C. Vlădescu, "Managementul resurselor umane în organizațiile socio-medicale", 2012;
- B. Voicu, "Capital uman", în Pop, L. M. (coord.), „Dicționar de politici sociale”, București, Editura Expert, 2002;
- "Anuarul demografic al Republicii Socialiste România", Direcția Centrală de Statistică, 1967;

- “Anuarul demografic al Republicii Socialiste România”, Direcția Centrală de Statistică, Comisia Națională de Demografie, 1974;
- “Anuarul demografic al României”, 2006, Institutul Național de Statistică;
- “Tendințe sociale”, 2001, UNICEF, Institutul Național de Statistică;
- “European Commission, “Green Paper: Confronting demographic change: a new solidarity between the generations”, 2005;
- “Situția demografică a României în perioada 1990-1998”, Oficiul de studii și proiecții demografice, 1999, Institutul Național de Statistică;
- “State of World’s Mother”, Save the Children International, 2013;
- Disability free life expectancy, Sullivan, 1971;
- ”Estimări privind populația lumii”, Divizia pentru Populație a Departamentului Afacerilor Socio-Economice din cadrul Națiunilor Unite, Ediția revizuită, 2010;
- ”World Population Prospects. The 2006 Revision”, United Nations New York, 2007;
- Recensământul Populației și Locuințelor 1992, Vol.I, Institutul Național de Statistică, 1994;
- „Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012”, Eurostat, 2012.