

Speranța de viață a populației din România

Vasile Ghețău

Speranța de viață a unei populații într-o perioadă de timp (unul sau câțiva ani calendaristici) constituie un valoros indicator de caracterizare a nivelului de dezvoltare economică și socială atins de această populație. Deși ea are la bază informațiile asupra mortalității populației, nu întotdeauna legătura dintre diferitele măsuri (indicatori) ale mortalității și speranța de viață apare atât de simplă și directă cum lasă să se întrevadă analiza sumară a datelor disponibile. Se constată uneori o lipsă de concordanță în evoluția indicatorilor mortalității și numai o abordare combinată a acestora permite relevarea legăturii organice dintre mortalitate și speranța de viață.

Analiza transversală (de moment) reprezintă principala metodă de studiere a mortalității unei populații. Sintezelor longitudinale nu-și găsește aici decât o aplicabilitate restrinsă, manifestările mortalității într-o anumită perioadă de timp — de obicei anul calendaristic, depinzând în măsură neînsemnată de evoluțiile trecute. Nu întâlnim aici amănările și recuperările specifice altor fenomene demografice cu evenimente de tip repetabil (cazul fertilității, de pildă). Indicatorii de tip transversal constituie deci instrumente esențiale pentru organele de politică sanitară. *În ce măsură reflectă aceștia cu fidelitate intensitatea mortalității?*

Indicatorul cel mai frecvent folosit este *rata brută a mortalității*: numărul deceselor la 1 000 de locuitori. Dacă pentru nivele ridicate ale mortalității — peste 15‰ de exemplu — rata brută poate fi utilizată cu rezultate satisfăcătoare în analiza evoluției mortalității unei populații sau în analiza comparativă a intensității mortalității la nivelul mai multor populații, pentru nivele mai mici ale mortalității — cazul populațiilor europene — rata brută a mortalității nu constituie un instrument de măsurare obiectivă a intensității mortalității. Ea poate chiar duce la concluzii eronate întrucât particularitățile structurilor pe vîrste ale acestor populații joacă un rol perturbator. Ponderea ridicată a populației vîrșnice mărește valoarea ratei mortalității, calculată la nivelul întregii populații.

Pentru a elimina influența structurii pe vîrste a populației putem recurge fie la calculul *ratei de mortalitate pe vîrste (grupe de vîrste)*, fie la calculul *ratei comparative (standardizate) de mortalitate* cu ajutorul metodei populației — tip. În primul caz, vom dispune de cîteva zeci de rate ce reflectă intensitatea mortalității pe vîrste, eliminînd deci efectele structurii. Aceste rate permit o comparabilitate obiectivă a mortalității. În cel de-al doilea caz, ratele comparative (standardizate), calculate pentru două sau mai multe populații, elimină influența particularităților din structura pe vîrste a acestor populații recurgînd la o structură — tip (cea a întregii țări în cazul comparării mortalității pe județe, de exemplu).

Incontestabil, utilizarea ratelor de mortalitate pe vîrste și a celor comparative (standardizate) îmbogățește considerabil posibilitățile ce le avem la dispoziție pentru aprofundarea cunoașterii mortalității.

Demografia dispune însă de un instrument mult mai complex de analiză a mortalității: *tabela de mortalitate*. Concepută ca o transpunere a manifestărilor de moment ale mortalității într-o optică longitudinală fictivă, tabela de mortalitate aprofundează analiza mortalității pe vîrste și permite sintetizarea acestora într-un indicator de mare și complexă semnificație — *speranța de viață pe vîrste*. Ea ne indică numărul mediu de ani pe care îi mai are de trăit o persoană ce a împlinit vîrsta de x ani, în ipoteza că generația fictivă din care ea face parte va trăi de la naștere pînă la dispariție în condițiile mortalității din perioada de referință (unul sau mai mulți ani calendaristici). Indicatorul concentrează semnificațiile sale majore la vîrsta de zero ani deoarece la această vîrstă el ia în considerare mortalitatea de la toate vîrștele, motiv pentru care alături de noțiunea de *speranță de viață la naștere* adesea întâlnim și noțiunea de *durată medie a vieții*.

Nivelul la care se află speranța de viață la naștere la un moment dat este rezultatul ansamblului de factori economici, sociali, sanitari și culturali care, direct sau indirect, cu o intensitate mai mare sau mai mică, acționează asupra mortalității, constituind astfel un excelent indicator al gradului de dezvoltare atins de o populație.

Obiectul studiului nostru este tocmai analiza speranței de viață în România. După o prezentare succintă a evoluției indicatorului de la începutul secolului până în zilele noastre, vom încerca să ne oprim mai mult asupra nivelului actual al speranței de viață în țara noastră, să estimăm impactul mortalității prin principalele cauze de deces asupra acestui nivel. Nu vom neglija comparațiile internaționale și, în ultima parte, vom avansa câteva ipoteze asupra evoluției posibile în viitor a speranței de viață la naștere. Analiza evoluției speranței de viață alături de cea a ratei brute a mortalității, ne va permite și sesizarea insuficiențelor deja menționate ale acestui din urmă indicator.

Evoluția speranței de viață la naștere

Speranța de viață la naștere era, la începutul secolului nostru, de numai 36,4 ani, reflectând fidel nivelul deosebit de ridicat al mortalității populației. Vom aminti, în acest sens, că rata brută a mortalității era, în 1901—1905, de 26‰, iar rata mortalității infantile depășea 200‰. Plasat în context european, acest nivel al speranței de viață la naștere indică un decalaj de 10—15 ani, față de țările mai dezvoltate în acea vreme. Tabela de mortalitate elaborată pentru anii 1899—1901, din care noi am extras valoarea speranței de viață la naștere, este prima tabelă de mortalitate a populației României. Având în vedere că informațiile disponibile asupra evoluției ratei brute a mortalității înainte de 1900 scot în evidență valori și mai ridicate (de 30—35‰), putem afirma cu certitudine că și speranța de viață la naștere era mai mică decât cea de la începutul secolului nostru.

Cea de-a doua tabelă de mortalitate a populației României se referă la anii 1909—1912. Speranța de viață la naștere se ridică, conform acestei table, la 39,6 ani, marcând un progres destul de însemnat față de tabela precedentă.

În fine, ultima tabelă elaborată pentru anii dinaintea celui de-al doilea război mondial, tabela pe anii 1930—1932, indică o speranță de viață la naștere de 42,0 ani. Acest nivel, ca și creșterea înregistrată față de tabela precedentă, se află sub nivelul pe care îl lasă să se întrevadă evoluția mortalității în deceniile al 2-lea și al 3-lea al secolului nostru (fig. 1). Rata brută a mortalității scade de la 25‰, în anii 1909—1912, la 20‰ în 1930—1932 iar rata mortalității infantile¹ trece, între aceleași perioade, de la 197‰ la 177‰. Altfel spus, analiza evoluției mortalității în primele trei decenii și nivelele înregistrate în anii de referință ai celor trei table de mortalitate (1899—1901, 1909—1912 și 1930—1932), pe de o parte, și analiza evoluției speranței de viață la naștere în aceleași table, pe de altă parte, scot în evidență, după opinia noastră, o anumită lipsă de coerență: evoluția speranței de viață nu urmează, ca ritm de creștere, intensitatea scăderii ratei brute a mortalității și ratei mortalității infantile. Cum însă explicația acestei situații poate fi căutată în mai multe direcții (calitatea datelor de bază utilizate la elaborarea tabelelor, calitatea estimărilor asupra indicatorilor mortalității populației, diferențe între populațiile de referință ale celor două măsuri ale mortalității) și ar necesita investigații profunde dar secundare în raport cu obiectul studiului nostru, ne mărginim doar a o semnală cititorului pentru o mai corectă interpretare a cifrelor.

Rezumând evoluția speranței de viață la naștere în țara noastră, în primele trei decenii ale secolului nostru, menționăm mai întâi creșterea totală realizată pe ansamblul perioadei: 5,6 ani. Aceasta înseamnă o creștere medie anuală ceva mai mică de 0,2 ani, adică aproximativ jumătate din creșterea înregistrată în aceeași epocă în majoritatea țărilor europene². Prin urmare, decalajul dintre țara noastră și țările europene mai dezvoltate — și așa foarte ridicat la începutul secolului — s-a accentuat, ajungând la 15—20 de ani.

Cele trei table de mortalitate pe care le-am menționat reprezintă singurele table existente la nivel național până la cel de-al doilea război mondial. Având în vedere că în perioada 1930—1940 mortalitatea nu a marcat progrese sensibile (rata brută a fost 20‰ în 1931—1935 și 19‰ în 1936—1940 iar rata mortalității infantile a trecut de la 177‰ la 173‰), este de presupus că nici speranța de viață la naștere nu a înregistrat, în aceeași perioadă, creșteri semni-

¹ Indicatorii reprezintă, în acest caz, valori medii anuale în perioadele menționate.

² Nations Unies, *Département des affaires économiques et sociales*, „Bulletin démographique”, nr. 6, 1962, New York, 1963, p. 25—26.

ficative (ipoteză avansată și de prof. Vl. Trebici)³, ceea ce ne îndreptățește a adopta, cu oarecare rezerve fără îndoială, nivelul din 1930—1932 și pentru sfârșitul deceniului al patrulea.

Caracteristicile mortalității din primele patru decenii ale secolului nostru indică cu claritate faptul că România se afla încă în prima fază a trecerii de la *regimul premodern de mortalitate, la cel modern*. Trăsăturile definitorii ale acestei faze⁴ se regăsesc întocmai în evoluțiile din

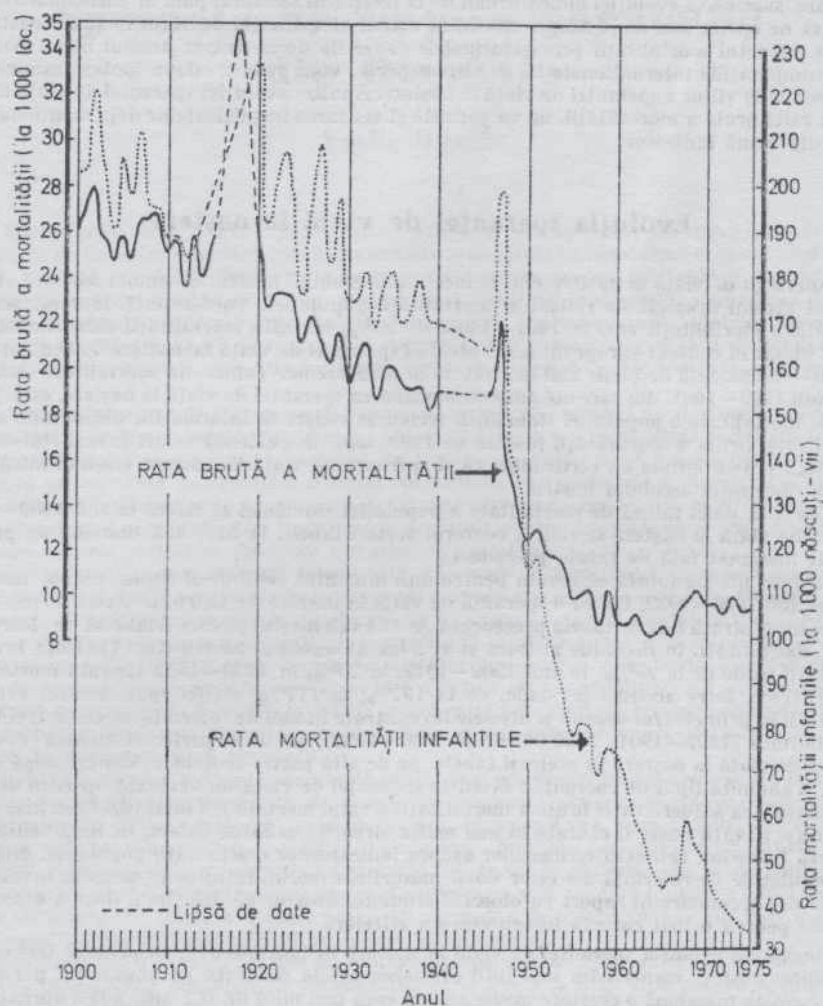


Fig. 1. — Evoluția ratei brute a mortalității și ratei mortalității infantile în România

țara noastră: situație foarte nefavorabilă la început, ameliorare lentă și neregulată apoi. În afara evoluției ratei brute a mortalității și a ratei mortalității infantile, deja menționate, vom mai adăuga că decesele provocate de maladiile infecțioase, parazitare și respiratorii reprezentau

³ Vladimir Trebici, *La population de la Roumanie et les tendances démographiques*, Bucarest, Editions Meridiene, 1976, p. 79.

⁴ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, *The Population Debate. Dimensions and Perspectives. Papers of the World Population Conference*, Bucharest, 1974, vol. I, New York, 1975, p. 21—22.

în 1932—1936 peste 32 % din ansamblul deceselor⁵, proporția la 100 000 de locuitori (635) fiind de două-trei ori mai mare decât în țările europene mai dezvoltate. Nivelul scăzut al dezvoltării economice și sociale, asistența medicală necorespunzătoare și gradul de instruire a populației își aveau deci un corespondent direct în nivelul speranței de viață la naștere.

Schimbări radicale au intervenit în evoluția mortalității populației numai după al doilea război mondial. Creșterea nivelului de trai, accesibilitatea largă a populației la asistență medicală în ameliorare calitativă continuă, programele sanitare preventive, ridicarea generală a nivelului de instruire a populației au determinat o scădere rapidă a mortalității. În numai zece ani (1946—1955) rata brută a mortalității a trecut de la 19‰ la mai puțin de 10‰. Tendința de scădere se menține, cu mici excepții, și în continuare, la mijlocul anilor '60 înregistrându-se valori cu puțin peste 8‰. Este, de altfel, perioada în care s-a înregistrat nivelul cel mai scăzut cunoscut vreodată în țara noastră: 8,1‰ în 1964. Anul 1967 marchează o creștere moderată — rata ajungând la 9,3‰, și în toată perioada ce a urmat s-au înregistrat nivele mai mari de 9‰. Dacă creșterea din 1967 și nivelul ceva mai ridicat din 1968—1970 ar putea fi puse, într-o anumită măsură, pe seama creșterii temporare a mortalității infantile (ce a însoțit evoluția ascendentă a natalității după 1966), considerăm că în analiza evoluției mortalității în ultimii zece ani trebuie neapărat luat în considerare rolul jucat de modificările survenite în structura pe vîrste a populației. În perioada 1966—1976, populația în vîrstă de 60 ani și peste a crescut cu aproape 700 mii persoane (ponderea ei a trecut de la 12,3 % la 14,2 %), creștere care a contribuit fără îndoială la ridicarea ratei brute a mortalității. Semnificativ este și faptul că, recalculînd rata mortalității în 1976 folosind structura pe vîrste din 1966 obținem o valoare conside-

Tabelul nr. 1

Evoluția speranței de viață la naștere în perioada 1900—1975

Anii	Speranța de viață la naștere (ani)	Creșterea medie anuală în raport cu perioada precedentă (ani)
1899—1901	36,4	—
1909—1912	39,6	0,30
1930—1932	42,0	0,12
1956	63,2	0,87
1961	66,0	0,70
1964—1967	68,5	0,63
1970—1972	68,6	0,02
1974—1975	69,3	0,20

Sursa: — Tabela pe anii 1899—1901 a fost elaborată numai pe sexe (M. Sanielevici, *Note sur une table de mortalité de la population générale de la Roumanie*, în „Buletinul statistic al României”, vol. 16, nr. 6—7, 1921, p. 126—138). Pentru a estima funcțiile la nivelul ansamblului populației am interpolat probabilitățile de deces masculine și feminine pe baza schemelor de variație a mortalității diferențiale pe sexe în funcție de speranța de viață la naștere, scheme elaborate de Serviciul populației al ONU și folosite la elaborarea tabelor-tip de mortalitate (cf. Nations Unies, Direction des affaires sociales, *Schémas de variation de la mortalité selon l'âge et le sexe. Table-types de mortalité pour les pays sous-développés*, New York, 1956, p. 18—19).

— Tabela de mortalitate pe anii 1909—1912 a fost, de asemenea, elaborată numai pe sexe (M. Sanielevici și Gh. Mihoc, *Note sur la construction de nouvelles tables de mortalité de la population de l'ancien Royaume de Roumanie*, în „Buletinul statistic al României”, nr. 2, 1932). Pentru a estima tabela de mortalitate a întregii populații am folosit aceeași metodă ca în cazul tabelii pe 1899—1901.

— Tabela pe 1930—1932: Direcția Centrală de Statistică și Comisia Națională de Demografie, *Anuarul demografic al R.S. România 1974*, București, 1974, p. 324—327.

— Tabela pe 1956: Gheorghe Mihoc și colab., *Teoria matematică în operațiunile financiare*, vol. II, București, Ed. științifică, 1960, p. 444—448.

— Tabelele pe anii 1961, 1964—1967 și 1970—1972: Direcția Centrală de Statistică și Comisia Națională de Demografie, *op. cit.*, p. 324—327.

— Tabela pe anii 1974—1975: calcule proprii.

⁵ Comisia Națională de Demografie, *Populația României* (seria CICRED), București, Edit. Meridiane, 1974, p. 21.

rabil mai mică decât cea efectiv înregistrată: 8,1‰ față de 9,6‰. Dealtfel, pentru întreaga Europă se apreciază că schimbările survenite în compoziția pe vîrste în anii '50 și '60 au dus la creșterea mortalității cu 1‰ pe deceniu ⁶.

Mortalitatea infantilă a cunoscut și ea o scădere deosebit de intensă în anii de după război. Numărul mediu anual al deceselor infantile la 1 000 de născuți-vii era de 152 în anii 1946—1950 și a ajuns la 38 în anii 1971—1975. Anul 1976 marchează cel mai scăzut nivel înregistrat în țara noastră — 31 decedați sub 1 an la 1 000 născuți-vii și este de așteptat ca în 1977—1978 indicatorul să coboare sub 30‰. Totuși, în raport cu țările dezvoltate, mortalitatea infantilă este încă destul de ridicată în țara noastră. Există rezerve importante de reducere a ei îndeosebi pe seama mortalității cauzate de bolile aparatului respirator și digestiv.

Scăderea generală a mortalității în anii de după război s-a concretizat în creșterea continuă a speranței de viață la naștere.

Prima tabelă din perioada postbelică, cea pentru anul 1956, indică o speranță de viață la naștere de 63,2 ani. Față de tabela precedentă (1930—1932) se constată un progres de peste 21 de ani, ceea ce înseamnă o creștere medie anuală deosebit de ridicată — 0,87 ani. Deși trebuie luate în considerare și alte elemente (progresele medicale și îndeosebi utilizarea antibioticelor), nu este lipsit de interes a menționa că pentru o creștere a speranței de viață la naștere, de la 42 de ani la 63 de ani, multe țări europene dezvoltate au trebuit să aștepte nu 25 de ani, cazul țării noastre, ci 75 de ani⁷. Decalajul dintre țara noastră și țările europene cu nivelul cel mai ridicat al speranței de viață la naștere s-a redus în felul acesta de la circa 20 de ani în 1930—1932, la 8 ani în 1956.

Și după 1956 speranța de viață a continuat să crească dar cu o intensitate mai mică. Pe ansamblul perioadei 1956—1974/75 creșterea medie anuală este de 0,30 ani. Nivelul atins în 1974—1975 — peste 69 ani — se află cu 4—5 ani sub nivelul țărilor dezvoltate.

Mortalitatea mai ridicată în rîndul bărbaților face ca și speranța de viață la naștere a acestora să fie mai mică față de cea a femeilor.

Tabelul nr. 2

Speranța de viață la naștere, pe sexe, în perioada 1900—1975

Anii	Speranța de viață (ani)		Diferența (ani)
	Sexul masculin	Sexul feminin	
1899—1901	36,1	36,9	0,8
1909—1912	39,2	40,1	0,9
1930—1932	41,2	42,6	1,4
1956	61,5	65,0	3,5
1961	64,2	67,7	3,5
1964—1967	66,5	70,5	4,0
1970—1972	66,3	70,9	4,6
1974—1975	67,1	71,7	4,6

Sursa: — Tabela pe 1956: Ioan Mada și Gheorghe Lungu, *Tabele de mortalitate a populației României pe anul 1956*, în „Revista de Statistică”, nr. 11, 1960, p. 46—51.

— Pentru celelalte tabele: sursele indicate la tabelul 1. Întrucît tabela pe anii 1930—1932 a fost elaborată numai pentru ansamblul populației, am estimat funcțiile pentru fiecare sex printr-o metodă similară celei folosite (la operația inversă) pentru tabelele pe 1899—1901 și 1909—1912 (cf. notei de la tabelul 1).

Creșterea diferenței dintre speranța de viață a celor două sexe, în condițiile unei creșteri, generale a valorii indicatorului, reflectă de fapt o scădere mai rapidă a mortalității femeilor. *Se va menține această tendință și în viitor?* Deși ultimele două tabele de mortalitate indică un decalaj

⁶ Nations Unies, Secrétariat de la Commission économique pour l'Europe, *Etude sur la situation économique de l'Europe en 1974. Deuxième partie: L'évolution démographique de l'Europe depuis la guerre et les perspectives jusqu'en l'an 2000*, New York, 1976, p. 27.

⁷ Speranța medie de viață la naștere în Danemarca, Anglia și Țara Galilor, Franța, Olanda, Norvegia și Suedia era de 42,2 ani în 1840 și de 61,7 ani în 1930 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, *The Determinants and Consequences of Population Trends*, vol. I, New York, 1973, p. 111).

constant (4,6 ani), comparațiile cu alte țări europene lasă să se întrevadă ca posibilă continuarea tendinței și în viitor. La nivelul întregii populații europene, diferența dintre cele două sexe a crescut de la 4 ani în 1950, la 5 ani în 1960 și 6 ani în 1970⁸.

Supramortalitatea masculină măsurată la nivelul probabilităților de deces pe vârste (fig. 2) este deosebit de ridicată între 15 și 60 ani, în tabela pe 1974—1975. Ea este net superioară

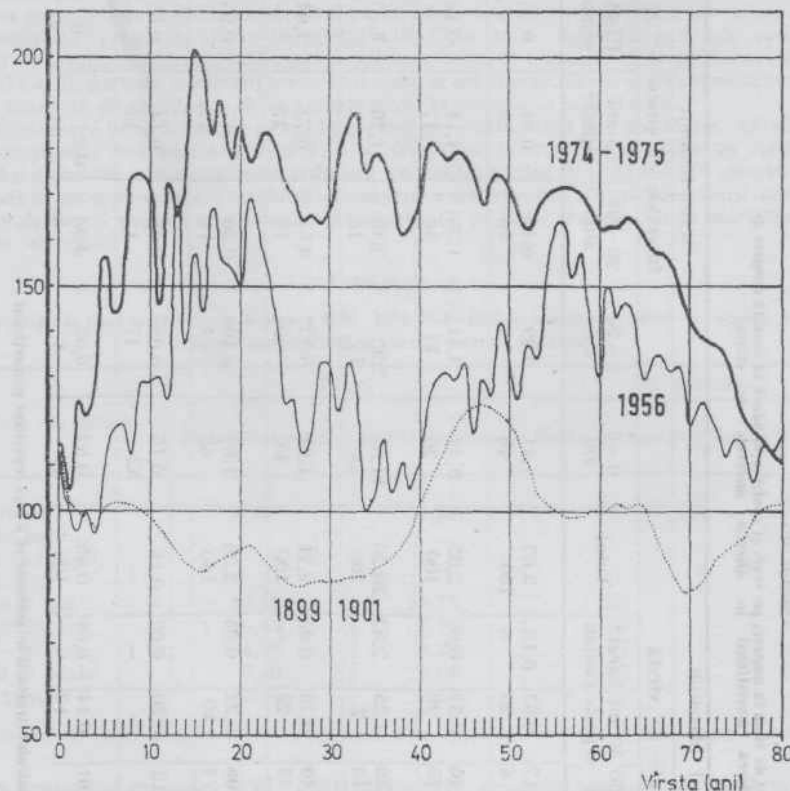


Fig. 2. — Indici de supramortalitate pe vârste $\left(\frac{{}_1q_x^M}{{}_1q_x^F} \right)$

supramortalității din tabela pe 1956, caracterizată prin existența a două virfuri, primul în jurul vârstei de 20 de ani și cel de-al doilea în jurul vârstei de 55 de ani. Diferența mică dintre speranța de viață a femeilor și cea a bărbaților la începutul secolului nostru (0,8 ani) este evidențiată și de indicii de supramortalitate pe vârste din fig. 2, indicii ce oscilează în jurul valorii de 100, pentru numeroase vârste constatându-se chiar o supramortalitate feminină.

Creșterea speranței de viață și reducerea mortalității pe vârste

În perioada 1900—1975 speranța de viață la naștere a crescut în țara noastră cu 33 de ani. Considerînd că este de real interes cunoașterea contribuției aduse la această creștere de reducerea mortalității în diferite intervale de vîrstă, am recalculat speranța de viață la naștere începînd cu tabela pentru anii 1909—1912 în ipoteza că între perioadele de referință a două tabele

⁸ Nations Unies, Secrétariat de la Commission économique pour l'Europe, *op. cit.*, p. 36—37.

Tabelul nr. 3

Creșterea speranței de viață la naștere, pe sexe, și contribuția adusă la această creștere de scăderea mortalității în diferite intervale de vîrstă.

Perioada	Sexul Masculin							Sexul feminin				
	Intervale de vîrstă							Intervale de vîrstă				
	0-5 ani	5-20 ani	20-50 ani	50 ani și peste	Efect*	Total		0-5 ani	5-20 ani	20-50 ani	50 ani și peste	Efect*
De la 1899-1901 la 1909-1912	Ani 1,71 58	0,40 13	0,17 6	0,07 23	0,12 —	3,07 100		1,41 46	0,29 9	0,49 16	0,91 29	0,12 —
De la 1909-1912 la 1930-1932	Ani — 0,37 — 19	0,30 15	1,46 75	0,57 29	0,09 —	2,05 100		— 0,48 — 20	0,41 17	1,35 56	1,14 47	0,12 —
De la 1930-1932 la 1956	Ani 11,20 63	2,41 14	2,88 16	1,25 7	2,52 —	20,26 100		11,03 58	2,93 15	3,48 18	1,76 9	3,15 —
De la 1956 la 1961	Ani 1,27 48	0,24 9	0,40 15	0,75 28	0,05 —	2,71 100		1,21 45	0,23 9	0,51 19	0,72 27	1,04 —
De la 1961 la 1964-1967	Ani 1,87 83	0,06 3	0,08 4	0,22 10	0,05 —	2,26 100		1,89 68	0,10 4	0,30 11	0,47 17	0,05 —
De la 1964-1967 la 1970-1972	Ani 0,12 —	0 —	— 0,12 —	— 0,20 —	0,02 —	— 0,18 —		0,15 52	— 0,05 17	0,05 17	0,14 48	0,05 —
De la 1970-1972 la 1974-1975	Ani 0,69 82	0,02 2	— 0,01 — 1	0,14 17	0,01 —	0,85 100		0,52 61	0,03 — 4	0,08 9	0,22 26	0 —

* Efectul comun a fost obținut în mod rezidual. Pentru calculul structurii în procente el a fost repartizat proporțional

mortalitatea a scăzut succesiv, în numai cîte unul din intervalele de vîrstă reținute⁹. Ne-am oprit la grupele de vîrstă 0—5 ani, 5—20 ani, 20—50 ani și 50 ani și peste, pentru a putea astfel izola contribuția scăderii mortalității infantile și în primii ani de viață, mortalității juvenile, la vîrstele adulte și avansate. Diferențele dintre valorile speranței de viață la naștere în perioada B, obținute în ipoteza menționată mai sus și speranța de viață reală din tabela pentru perioada A, ne dau tocmai partea cu care reducerea mortalității în cele patru intervale de vîrstă a contribuit la creșterea speranței de viață la naștere între cele două perioade de referință a tabelelor, A și B.

Exceptînd perioada 1909—1912/1930—1932, în toate celelalte perioade contribuția principală la creșterea speranței de viață a adus-o reducerea mortalității în primii ani de viață (între 0 și 5 ani). Această contribuție este mai mare la sexul masculin și se poate chiar remarca o oarecare tendință de creștere a ei, la ambele sexe, în perioadele mai recente.

Mortalitatea între 5 și 20 ani fiind în general cea mai scăzută la o populație, existînd deci rezerve comparativ mai mici de reducere, și contribuția ei la creșterea speranței de viață a fost redusă. Mai nuanțată este contribuția reducerii mortalității între 20 și 50 ani: în general, valori mai ridicate la sexul feminin și o tendință de scădere a contribuției. Efectele reducerii mortalității la vîrstele de 50 ani și peste se clasează, ca importanță, pe locul al doilea, după mortalitatea din primii ani de viață.

Tabelul nr. 4

Creșterea speranței de viață la naștere, în perioada 1899—1901/1974—1975, și contribuția adusă la această creștere de scăderea mortalității în diferite intervale de vîrstă*.

Intervale de vîrstă	În ani		În procente	
	Sexul masculin	Sexul feminin	Sexul masculin	Sexul feminin
Creștere totală	31,02	34,82	100	100
din care:				
pe seama reducerii mortalității				
între 0 și 5 ani	16,47	15,73	59	50
între 5 și 20 ani	3,43	3,94	12	13
între 20—50 ani	4,86	6,26	17	20
la 50 ani și peste	3,40	5,36	12	17
Efect comun	2,86	3,53	—	—

* Creșterile la nivelul grupelor de vîrstă reprezintă suma creșterilor din cele șapte perioade (conf. tabelului 3).

Pe ansamblul perioadei 1899—1901/1974—1975, creșterea speranței de viață la naștere este determinată în proporție de 50 % la sexul feminin și 59 % la sexul masculin de reducerea mortalității în primii cinci ani de viață, urmată fiind — la distanță considerabilă însă — de reducerea mortalității între 20 și 50 ani.

Evoluții posibile în viitor

Speranța de viață la naștere va continua, fără îndoială, să crească în țara noastră. Fizionomia mortalității pe vîrste și cauze de deces în România și țări europene dezvoltate indică rezerve însemnate de reducere a acesteia în țara noastră. Cîteva informații, în acest sens, ni le oferă tabelul 5, în care am concentrat cîteva indicatori ai mortalității în țara noastră și unele țări europene dezvoltate.

Deși analiza comparativă a ratelor de mortalitate pe cauze de deces impune o anumită prudență (ca urmare a particularităților naționale în ceea ce privește înregistrarea, clasarea medicală și codificarea cauzelor de deces), cîteva observații își păstrează valabilitatea.

⁹ Pentru detalii asupra metodei a se vedea Jaques Vallin, *Table de mortalité de la population française (1960—1964)*, în „Population”, vol. 25, nr. 2, 1970, p. 392—407; Nations Unies, Secrétariat de la Commission économique pour l'Europe, *op. cit.*, p. 31; Vasile Ghețău, *Posibilități de creștere a duratei medii a vieții în țara noastră*, în „Revista de Statistică”, nr. 11, 1969, p. 46—51.

Bolile aparatului circulator constituie principala cauză de deces atât în România, cât și în celelalte țări menționate în tabel. Mortalitatea provocată de aceste boli reprezintă aproximativ jumătate din întreaga mortalitate a acestor populații. A doua cauză de deces o formează bolile aparatului respirator în România și tumorile în celelalte țări. Dacă tumorile (ca și bolile aparatului circulator, de altfel) fac parte din categoria cauzelor endogene de deces, bolile aparatului respirator sînt cauze exogene și nivelul încă ridicat al mortalității prin aceste cauze explică, în bună măsură, nivelul mai scăzut al speranței de viață în țara noastră. Afirmatia este susținută nu numai de faptul că mortalitatea prin aceste boli este de 2—3 ori mai ridicată decît în celelalte țări, ci și de faptul că bolile aparatului respirator (pneumoniile în deosebi) provoacă jumătate din decesele ce au loc în primul an de viață. Or, se știe că decesele din primii ani de viață influențează nivelul speranței de viață la naștere cu o pondere incomparabil mai mare decît cea a deceselor de la vîrstele adulte. Chiar dacă admitem că mortalitatea prin bolile aparatului circulator și tumorile se va apropia mai mult de nivelul înregistrat în celelalte țări menționate, marcînd deci o oarecare creștere, este de așteptat ca reducerea mortalității prin bolile aparatului respirator să compenseze această creștere și să asigure totodată noi progrese ale speranței de viață la naștere.

O serie de informații suplimentare în această încercare de estimare a progreselor posibile ale speranței de viață ne sînt furnizate de tabelele de mortalitate pe cauze de deces. Aceste tabele ne indică speranța de viață (la naștere ca și la celelalte vîrste) în ipoteza eliminării succesive și independente a principalelor cauze de deces¹⁰. Tabelele pe care le utilizăm noi sînt cele elaborate de Ciobotaru (1977), perioada de referință fiind anii 1974—1975.

Tabelul nr. 5

Speranța de viață la naștere, rata brută a mortalității, rata mortalității infantile și ratele de mortalitate prin principalele cauze de deces în România și cîteva țări europene dezvoltate

Țara	Speranța de viață la naștere (ani)	Rata brută a mortalității (la 1 000 loc.)	Rata mortalității infantile (la 1 000 născuți—vii)	Rata de mortalitate (la 100 000 loc.) prin:			
				Bolile aparatului circulator	Bolile aparatului respirator	Tumori	Accidente și alte cauze violente
România	69,6(1973—1975)	9,3	34,7	478,2	148,6	129,3	61,6
Suedia	74,7(1970—1974)	10,5	9,9	565,5	46,8	228,4	73,2
Norvegia	74,4(1972—1973)	10,1	11,9	515,0	86,1	186,9	61,8
Olanda	74,1(1973)	8,2	11,5	369,8	59,5	202,4	54,0
Danemarca	73,5(1972—1973)	10,1	11,5	506,7	56,4	232,5	74,7
Elveția	73,2(1968—1973)	8,9	13,2	399,1	56,3	208,8	76,3
Franta	72,4(1972)	10,6	12,6	397,7	78,5	215,5	96,2

Notă: Fără mențiune contrară, datele au ca an de referință anul 1975 pentru România și anul 1973 pentru celelalte țări.

Sursa:— Pentru România: Direcția Centrală de Statistică, *Anuarul statistic al R.S. România*, 1976, București, 1977, p. 21,40;

Mariana Ciobotaru, *Tables de mortalité de la population roumaine selon les causes de décès*, București, Centre démographique ONU-Roumanie, 1977, p. 13, 14, 16.

—Pentru celelalte țări: United Nations, *Demographic Yearbook* 1975, New York, 1976, p. 282, 313, 408—410 (Speranța de viață la naștere pentru întreaga populație a fost obținută ca medie aritmetică ponderată a valorilor speranței de viață pe sexe.).

Se cuvine a atrage atenția asupra prudenței cu care trebuie interpretate rezultatele unor astfel de tabele. Cele patru grupe de cauze de deces luate în considerare (bolile aparatului circulator, tumorile, bolile aparatului respirator și accidentele) se deosebesc între ele nu numai prin incidența pe care o au asupra speranței de viață la naștere ci și prin natura lor și raportul în care ele se află față de mijloacele și tehnicile pe care medicina le are la dispoziție în lupta contra

¹⁰ Pentru detalii asupra metodei a se vedea Pressat Roland, *Tables de mortalité selon la cause du décès*, în „Wissenschaftliche Zeitschrift der Karl-Marx-Universität”, Leipzig, 1968, vol. 17, p. 881—887 și, de același autor, *Analiza demografică* (traducere în l. română), București, Edit. științifică, 1974, p. 169—170.

Tabelul nr. 6

Speranța de viață la naștere în ipoteza suprimării principalelor cauze de deces (1974–1975)

Ipoteza	Sexul masculin		Sexul feminin	
	Speranța de viață la naștere (ani)	Cîștig posibil (ani)	Speranța de viață la naștere (ani)	Cîștig posibil (ani)
<i>Nivel real</i>	67,13	—	71,72	—
Fără bolile aparatului circulator	73,76	6,63	81,63	9,91
Fără bolile aparatului respirator	70,00	2,87	74,31	2,59
Fără tumori	69,19	2,06	73,57	1,85
Fără accidente	69,18	2,05	72,74	1,02

Sursa: Mariana Ciobotaru, *op. cit.*, p. 21–22.

morții. Dacă este irealist a admite ipoteza că bolile aparatului circulator ar putea fi suprimate într-un termen scurt sau mediu, cu totul alta este situația în cazul bolilor aparatului respirator. Diminuarea mortalității cauzate de ultimele boli menționate pînă la limite minime stă în puterea societății noastre și a cuantifica cîștigul potențial al speranței de viață la naștere pe această cale ni se pare realist și justificat. În ceea ce privește tumorile, considerăm că sintem în cazul unei situații intermediare: deși este vorba de cauze endogene, probabilitatea de descoperire a unui remediu, în viitorul mai puțin sau mai mult îndepărtat, trebuie luată în considerare. Estimarea cîștigului de speranță de viață pe seama suprimării acestei maladii prezintă deci un real interes. În fine, deși accidentele și celelalte cauze violente fac parte din categoria cauzelor exogene de deces, mortalitatea provocată de acestea este, în mare măsură, determinată de factorii de risc. Iată — în tabelul nr. 6 — rezultatele calculelor.

Rețin, atenția, în primul rînd, pierderile de ani—viață provocate de bolile aparatului circulator la ambele sexe și îndeosebi la sexul feminin. Chiar dacă știm că aceste maladii sînt responsabile de jumătate din numărul total al deceselor, nu ne așteptăm ca echivalentul lor în ani—viață să fie atît de mare. Frecvența mai mare a accidentelor la bărbați explică și valoarea dublă a cîștigului teoretic posibil a fi obținut prin eliminarea acestei cauze de deces.

Ceea ce constituie însă aspectul cel mai important al datelor din tabelul 6 este sporul însemnat de speranță de viață ce s-ar putea obține prin suprimarea bolilor aparatului respirator — peste doi ani și jumătate la fiecare sex.

Nu este lipsită de interes și repartizarea cîștigurilor de mai sus pe grupe de vîrstă. Dacă este normal ca progresele teoretic posibile a fi realizate prin suprimarea bolilor aparatului circulator să provină aproape în totalitate de la vîrstele avansate, unde incidența acestor boli este deosebit de puternică, ca și a tumorilor de altfel, situația este diferită în ceea ce privește bolile aparatului respirator. Aproximativ jumătate din creșterea speranței de viață prin eliminarea acestor boli, ar proveni de la vîrstele cele mai tinere (0–5 ani), indiciu al unei mortalități încă ridicate prin bolile aparatului respirator. Din cîștigul potențial prin eliminarea accidentelor, la sexul masculin jumătate provine de la grupa de vîrstă 20–50 ani în timp ce la sexul feminin cîștigul se distribuie oarecum uniform la toate grupele de vîrstă (tabelul nr. 7).

Fără a contesta caracterul teoretic al unor astfel de calcule, considerăm că ele ne ajută la mai buna cunoaștere a structurii mortalității la un moment dat, la evidențierea relației dintre intensitatea mortalității pe cauze și nivelul speranței de viață la naștere. Meritul lor constă nu atît în prezentarea unor elemente de ordin cauzal, cît în cuantificarea „pierderilor” (și implicit a „cîștigurilor”) potențiale provocate de principalele cauze de deces. Cunoașterea acestora poate contribui la o mai solidă fundamentare și orientare a măsurilor de politică sanitară.

Deși mortalitatea populației țării noastre a ajuns la un nivel apropiat de cel al țărilor dezvoltate, există încă rezerve însemnate de reducere a ei și, deci, de creștere a speranței de viață la naștere. Progresele ce se vor realiza vor fi lente (ca și în ultimii ani), dat fiind nivelul la care am ajuns și avînd în vedere că de la acest nivel ne apropiem, din ce în ce mai mult, de partea cea mai greu reducibilă a mortalității. În ceea ce privește contribuția scăderii mor-

Tabelul nr. 7

Distribuția eiștignului teoretic posibil de speranță de viață la naștere prin suprimarea principalelor cauze de deces pe grupe de vîrstă (1974-1975)

—în ani—

I p o t e z a	Grupa de vîrstă					Total
	0—5 ani	5—20 ani	20—50 ani	50 ani și peste	Efect comun	
<i>Sexul masculin</i>						
Fără bolile aparatului circulator	0,01	0,02	0,57	5,88	0,15	6,63
Fără bolile aparatului respirator	1,07	0,06	0,15	1,20	0,39	2,87
Fără tumori	0,00	0,07	0,39	1,52	0,10	2,06
Fără accidente	0,24	0,37	1,06	0,35	0,03	2,05
<i>Sexul feminin</i>						
Fără bolile aparatului circulator	0,00	0,05	0,43	9,35	0,08	9,91
Fără bolile aparatului respirator	1,40	0,06	0,10	1,03	0,00	2,59
Fără tumori	0,03	0,06	0,48	1,28	0,00	1,85
Fără accidente	0,20	0,16	0,27	0,39	0,00	1,02

Sursa: Mariana Ciobotaru, *op. cit.*, p. 25.

talității pe grupe de vîrste la progresul speranței de viață la naștere, înclinăm a crede că pe termen mediu mortalitatea infantilă și cea din primii ani de viață va juca încă rolul dominant, rol ce va reveni apoi mortalității de la vîrstele avansate.