

MORBIDITATEA IN COLECTIVITATILE RURALE ROMANESTI

Cauzalitate si consecinte sociale.

Ioana Petre

Semnalele de alarmă, tot mai numeroase în ultimii ani, cu privire la slăbirea potențialului uman în spațiul rural românesc au constituit principalul imbold în demersul analitic privind starea de sănătate a populației sătești. Gradul de îmbolnăvire a populației într-o comunitate este rezultanta acțiunii cumulate a mai multor factori obiectivi și subiectivi, cu anvergură macro și microsocioală, numiți generic "*determinanții sociali ai morbidității*".

Din acest punct de vedere, satul a fost și continuă să fie agresat de o serie de evenimente economice și noneconomice care au dus la slăbirea stării lui de sănătate, printre acești "agresori" situându-se saracirea masiva, degradarea infrastructurii sanitare și diminuarea drastică a stocului educațional din acest spațiu.

Modul de viață plin de lipsuri și frustrări, stilurile de viață de multe ori nesănătoase, consumul insuficient de servicii medicale, dar și oferta săracă de astfel de servicii, au condus la creșterea valorii indicilor de morbiditate și, ca o consecință logică, a valorii indicilor de mortalitate în comunitățile rurale.

Precizări metodologice

Argumentația și concluziile studiului de față au ca suport informativ următoarele surse:

- *un studiu realizat* în 2001 în mediul rural românesc, studiu standardizat internațional, sub coordonarea și avizarea metodologică a unor specialiști în Programul PHARE pentru Sănătate și din Institutul Național de Statistică (Cariovac, A.M, Crab, T., Ciocanel, B., Istrate, G., Ağaței, L, autori, P anduru, F., Porojan D., coord. 2002). Eșantionul reprezentativ național (pentru populația rurală) a cuprins circa 5000 de subiecți, fiind structurat pe principalele categorii sociale ale ruralului din toate regiunile de dezvoltare din spațiul rural;
- a doua sursă au constituit-o în *datele statistice existente la nivel național* privind situația actuală a infrastructurii sanitare din România;
- studii românești și străine cu privire la morbiditatea în spațiul rural.

Materialul de față va fi structurat astfel: *prima parte* v-a expune principalele afecțiuni de care suferă populația rurală și diferențierile socio-teritoriale în manifestarea acestora, iar *partea a doua* principalii determinanți sociali ai actualei stări de sănătate a populației rurale.

Bolile satului românesc*. Prima constatare cu caracter general se referă la faptul că în rural, aproximativ una din patru persoane are o boala cronică sau mai multe (22,6%).

Detaliind analiza pe tipuri de boli cronice, se detașează următoarele ponderi ale anumitor maladii în spațiul rural la 1000 de persoane): **1.** hipertensiune arterială (69,9‰); **2.** alte boli cronice ale inimii (39,5‰); **3.** lombosciatică (28,6‰); **4.** artroză, artrită (24,6‰); **5.** ulcer gastric, duodenal (19‰); **6.** astm bronșic (13,5‰); **7.** boli ale sistemului nervos (12,2‰); **8.** litiază biliară, colecistică (11,7‰); **9.** diabet (10,3‰); **10.** bronșită cronică, enfizem, insuficiență respiratorie (10‰) și **11.** cataractă, glaucom

* Vezi și Ioana Petre, *Starea de sanătate in satul romanesc de astazi. Manifestari si tendinte*, în *Revista Romana de Sociologie*, nr. 3-4, 2006

Un prim comentariu pornește de la cauza principală a mortalității din România: maladiile cardiovasculare. Se constată *o congruență aproape perfectă între morbiditate și mortalitate*: dacă mortalitatea este cauzată în primul rând de bolile cardiovasculare, atunci devine logic ca și fenomenul morbidității să fie dominat de aceeași categorie de boli. Deși nu există diferențieri semnificative între rural și urban în ceea ce privește ponderea bolilor cardiovasculare și neurologice, totuși, *mediul rural se particularizează negativ* prin consecințele cele mai grave ale acestor boli în plan locomotoriu, respectiv prin instalarea unei incapacități fizice de lungă durată sau chiar permanente. Comparăția cu urbanul arată că *mai degrabă bolnavii din rural, decât cei din urban, prezintă incapacități locomotorii de lungă durată* ca efect al unei boli de tip cardiovascular sau neurologic. *Cauza disparităților dintre cele două medii se găsește și în insuficiența resurselor materiale necesare pentru înlăturarea totală sau parțială a handicapului locomotor căpătat*. În mod concret, incapacitatea fizică pe termen lung se manifestă astfel: în mediul rural ea este de 71%, iar în mediul urban de numai 47,7%. De altfel, *ponderile tuturor tipurilor de handicap în mediul rural sunt mai ridicate*, cea mai frapantă diferență apărând la incapacitatea locomotorie: 50,4% în rural, față de 25,8% în urban.

Distribuția teritorială a cazurilor de incapacitate fizică de lungă durată în mediul rural pune în evidență diferențe mari între cele opt regiuni de dezvoltare și între județele țării: județele rurale cu numărul cel mai ridicat de persoane aflate în incapacitate fizică se află în sudul și nord-vestul țării, iar zonele cu numărul cel mai mic de cazuri sunt Ilfov și Bucovina. *O posibilă explicație* a acestei ultime tendințe ar putea fi o combinație între sărăcie (pentru județele din sud) și obiceiurile alimentare aducătoare de boli cardiovasculare (județele din nord-vestul țării).

Frecvența anumitor boli în rural și în urban ne permite următoarea constatare: *bolile cronice la care ruralul deține ponderi mai ridicate decât urbanul* sunt arteroscleroza, hernia abdominală, ciroza hepatică, cataracta și glaucomul.

Faptul că, *mai mult la sat decât la oraș, oamenii suferă de arteroscleroză* poate fi cauzat și de ponderea *mai ridicată a bătrânilor* în structura pe vârste a populației rurale. Specificul acestui tip de maladie presupune o degenerare accentuată a sistemului nervos și cardio-vascular, *fenomen care se accelerează, după cum se știe, o dată cu înaintarea în vârstă*. Constatarea că populația rurală suferă, mai degrabă decât populația urbană, de *hernie abdominală* se poate explica și prin caracteristicile și cerințele specifice principalelor activități din spațiul rural, care necesită efort fizic ce poate conduce la slăbirea musculaturii abdominale și la instalarea herniei.

Cazurile frecvente de boli hepatice (ciroza, cu deosebire) sunt legate de consumul mai ridicat de alcool în sat care deteriorează grav sistemul hepatic. Consumul de alcool din mediul rural comparativ cu mediul urban se evidențiază prin: numărul mai ridicat al marilor consumatori de alcool-consum frecvent. Ponderea acestora este de 14,3% din populația investigată în rural și de 8,9% din populația urbană; consumul zilnic de alcool se diferențiază semnificativ pe regiuni: există regiuni în care consumul zilnic depășește media pe țară în rural (cele din sud-vest și sud-est), dar și regiuni în care consumul zilnic este mai redus, chiar la jumătate (îndeosebi județele din vest).

Și în cazul altor indicatori, și în cazul consumului de alcool *starea civilă a subiecților se pare că interacționează pozitiv* cu anumite caracteristici: cei mai mulți consumatori mari zilnici de băuturi alcoolice sunt persoanele divorțate și cele separate, refugierea în consumul de alcool semnificând nevoia de a atenua sentimentul de singurătate sau de eșec, de ratare în plan familial și/sau sentimental.

În afara precarității financiare, una din *explicațiile sociale plauzibile ale incidenței mai ridicate în rural a bolilor de ochi, precum cataracta sau glaucomul*, constă în apelul tardiv la medicul specialist pentru tratament, ajungându-se la agravarea stării de sănătate a ochiului, astfel încât acesta, în loc să poată fi tratat și vindecat medicamentos, va trebui să suporte o operație. Cheltuielile necesare în această situație sunt mult mai mari, *în cele mai numeroase cazuri neputând fi suportate, reducându-se astfel perspectivele de vindecare*.

Bolile bronho-pulmonare printre primele zece maladii importante în spațiul rural actual pot fi cauzate și de *consumul de tutun, destul de frecvent* în rândul populației rurale, acesta

contribuind– ca factor de risc – la deteriorarea stării de sănătate, prin creșterea frecvenței bolilor specifice, precum cancerul pulmonar, bronșita și enfizemul pulmonar, astmul bronșic și cardiopatiile. Aproape o treime dintre săteni investigați fumează sau au fumat zilnic, tinerii fiind cei mai mari fumători, comparativ cu celelalte categorii de vârstă.

Corelarea incidenței bolilor cronice cu nivelul de educație al populației arată că persoanele cu un nivel superior sunt mai sănătoase decât cele fără școală. Deși corelația nu este foarte puternică, totuși un lucru este cert: *un nivel foarte scăzut de instrucție este asociat pozitiv cu prezența și numărul bolilor cronice.*

Palierele de instrucție cele mai expresive în interacțiunea cu o stare mai bună sau mai proastă de sănătate sunt: nivelul universitar, cel liceal, pentru prima situație, și categoria celor fără școală sau doar cu școală primară, pentru a doua situație (vezi tabelul nr. 1).

Tabel nr. 1 Structura populației rurale după numărul de boli cronice și nivelul de instrucție

Nivelul de instrucție	Nu suferă de nici boală	Suferă de boală cronică	Suferă de două boli cronice	Suferă de trei sau mai multe boli cronice
Universitar	78,3	10,3	6	5,3
Liceal	86	10	2,7	1,2
Fără școală sau școală primară	67,6	21,6	7,3	3,5

Sursa: Prelucrări proprii după *Starea de sănătate a populației din România*, București, INS – PAHARE, 2002.

Este evident că, în ciuda progreselor bio-medicale și tehnologice din ultimii 50 de ani, totuși, din cauza persistenței și, în unele cazuri, a agravării inegalităților sociale între categorii de populație și între grupuri sociale, indivizii nu sunt egali nici în fața bolii și nici a morții. Din acest punct de vedere, în România, populația rurală reprezintă o categorie puternic dezavantajată și discriminată, comparativ cu populația urbană.

Și alți indicatori specifici, în afara celor enunțați la începutul acestui capitol, certifică aceste inegalități (*Raport asupra ODM*, 2003):

- în urban, în 2005, mortalitatea era de 9,3‰, pe când în rural ajungea la 15,54‰. Diferența este cutremurătoare și convingătoare pentru confirmarea tezei inegalității în fața bolii și a morții, teză asupra căreia vom reveni în partea a doua a acestui studiu.
- în urban mortalitatea infantilă era, în 2005, de 15,8‰, în timp ce în sate de 19,02‰.
- în 2005, în rural numărul copiilor născuți morți era de 4750, iar în urban doar de 1170.

Pentru a aprecia gravitatea lor națională, când realizăm astfel de comparații trebuie să ne reamintim că populația rurală reprezintă aproape jumătate din populația țării, de aici și nevoia urgentă de intervenție prin politici economice și sociale adecvate și echilibrate în cele două medii sociale – urban și rural.

Un alt indicator relevant, aflat în relație directă cu starea de sănătate a populației, este acela al ratei de dependentă. Se știe, în acest sens, că în orice societate doar o parte din populație este activă. Cealaltă parte este alcătuită din persoane dependente (îndeosebi copii și bătrâni), aceasta reprezentând în România cam 45% din totalul populației. În acest context, circa 2/3 din populația românească dependentă trăiește la sat. Se știe că în România mulți dintre bătrânii și copiii satelor sunt excluși de la cheltuielile sociale distribuite prin politici naționale, ei căzând, în cea mai mare parte, în sarcina satului. Trebuie spus că această discriminare a ruralului este nu doar un efect a politicilor guvernelor de după 1990 ci și o consecință reziduală a regimului comunist desființat la începutul anilor '90.

Dacă din datele prezentate până acum a reieșit că, în general, populația rurală este mai bolnavă decât cea urbană, dintr-un alt studiu a rezultat că și fiecare segment al populației rurale prezintă indici de morbiditate mai ridicați decât în urban. Conform unei investigații realizate de Ministerul Sănătății, în 1998-1999, situația preadolescenților de 11-14 ani din rural era la fel de

descurajatoare ca și cea a bătrânilor (*Morbiditatea cronică în colectivitățile de preadolescenți*, 2000). Conform studiului amintit (realizat pe un eșantion național reprezentativ, partea rurală a eșantionului cuprinzând 3278 elevi de 11-14 ani), din consultarea medicală efectivă a acestor subiecți a rezultat că 7,5%, erau bolnavi de diverse afecțiuni cronice. Acest procent este superior părții urbane a eșantionului de preadolescenți. Studiul a constatat și importante particularități pe regiuni culturale istorice: în Banat, la copiii de 11-14 ani diagnosticați ca bolnavi, predomină bolile cronice ale aparatului respirator; în Moldova are prevalență categoria bolilor cronice digestive; în Muntenia pe primul loc se situează rahitismul fluorid; în Transilvania numeroși copii suferă de diabet zaharat, obezitate neendocrină, astm bronșic și bronșită astmatiformă, de alte boli osteo-articulare.

Expresie fidelă a nivelului alarmant de sărăcie din satele românești, ca și a stocului educațional tot mai scăzut, situația concretă pe tipuri de boli cronice la acești copii arăta astfel (în ordine descrescătoare): 44 cazuri de rahitism fluorid (evolutiv); 26 de cazuri de deformații dobândite ale coloanei vertebrale; câte 18 cazuri pentru fiecare din următoarele afecțiuni: obezitate de origine neendocrină, malnutriție protein-calorică (distrofie); 16 cazuri de hepatită virală acută; 13 cazuri de hipotrofie manifestă; 12 cazuri de vicii de refracție și de 12 cazuri de alte afecțiuni cronice ale tubului digestiv; 11 cazuri de boli cronice ale ochiului și anexelor sale; câte 8 cazuri de reumatism articular acut și 8 cazuri de deformații dobândite ale membrilor; 7 cazuri de boli ale aparatului respirator alte 7 cazuri de alte boli cronice respiratorii; 6 cazuri de întârziere mintală ușoară.

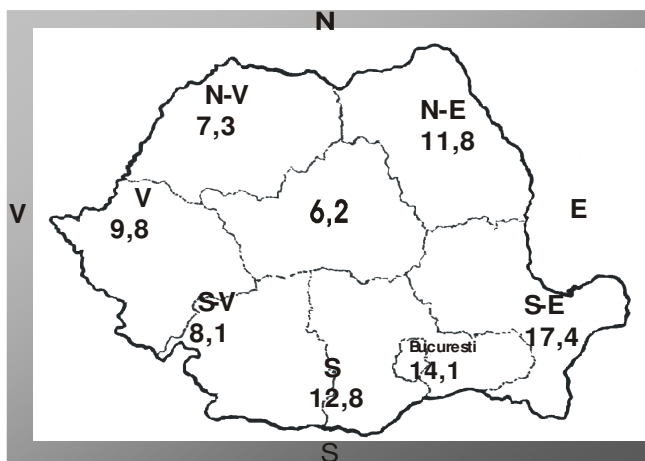
Determinanții sociali ai morbidității rurale. Considerațiile cu privire la determinanții sociali ai stării de sănătate pornesc de la analiza raportului dintre cererea și oferta de servicii medicale din arealul sătesc. Este vorba, în fapt, de accesibilitatea la sistemul de îngrijire a sănătății și de fluxurile reale de consum al serviciilor medicale, care se măsoară prin consumul de servicii și de medicamente. O astfel de abordare permite depistarea ulterioară a grupurilor socio-demografice vulnerabile, facilitând intervenția în cunoștință de cauză a decidenților în sensul prevenirii sau reducerii riscului de îmbolnăvire.

Realitatea arată că o bună parte din populația rurală actuală este vulnerabilă socio-medical (amintim că circa un sfert din aceasta suferă de una sau mai multe boli cronice). Caracterul de vulnerabilitate socio-medicală poate apărea atunci când starea de sănătate este susceptibilă să antreneze o dificultate în a obține sau în a conserva o slujbă la persoanele de vârstă activă, dar și în alte situații.

În continuare vom compara caracteristicile consumului de servicii medicale în rural cu urbanul, precum și utilizarea unor dispozitive medicale care ameliorează condiția de sănătate a populației (*Starea de sănătate a populației din România, INS-PHARE, 2002*).

Astfel, analiza apelului la medicul de familie arată că în mediul rural există încă un număr important de oameni care nu au un acces real la asistenta medicală primară (10,7% din populație). Numărul mediu de vizite făcute medicului de familie în ultimul an de la desfășurarea anchetei, respectiv în 2001, se diferențiază atât pe medii rezidențiale cât și, în cadrul acestora, pe grupe de vârstă: dacă în rural acesta era de 3,6, în urban el era de 4,3. Situația de inegalitate se repetă la fiecare din cele 6 grupe de vârstă analizate, distanța cea mai mare între sat și oraș fiind la grupele mai mari de vârstă (65-74 ani și 75 ani și peste).

Disparitățile regionale în ceea ce privește accesul la un medic de familie în mediul rural, reflectate în Harta nr. 1, arată că regiunile cu cel mai slab acces sunt SUD-EST (17,4%), SUD (12,8%) și BUCUREȘTI (ILFOV) (14, 1%).



Error! Reference source not found. - ***Diferențieri regionale în mediul rural după ponderea persoanelor care nu au încă un medic de familie***

Sursa: Prelucrări proprii după *Starea de sănătate a populației din România*, INS-PHARE, 2002

Și apelul la cabinete publice sau private de stomatologie este inegal distribuit. Oferta insuficientă și, mai cu seamă, lipsa posibilităților financiare, determină populația rurală să apeleze mai puțin la cabinetele private de stomatologie, unde se practică prețuri mult mai ridicate decât la cabinetele publice. În mod concret, dintre subiecții din mediul rural care au apelat la medicul stomatolog, au optat pentru un cabinet particular 46,9% iar în urban ponderea acestui tip de apel a fost de 61,3% din totalul apelantilor.

Consumul de medicamente este și el inegal între sate și orașe ca și apelul la analize și examene medicale care este înalt discriminatoriu pentru populația rurală. Indicatorul utilizat de specialiști în acest caz este "numărul de analize și examene medicale la 10.000 persoane". Valorile acestui indicator s-au distribuit astfel: în rural s-au efectuat 399 analize și examene medicale la 1000 de locuitori în anul de dinaintea anchetei, iar în urban s-au efectuat 813 asemenea analize la 10.000 persoane, în același interval de timp.

Populația rurală se află tot într-o postură de inferioritate față de urban și în utilizarea unor dispozitive medicale: în rural 81,8% din populația anchetată declară că nu folosește nici un dispozitiv medical (de genul ochelarilor, protezelor, bastonului, cârjei etc.), în timp ce în urban ponderea celor care nu folosesc nici un dispozitiv medical ajutător este de 72,5%.

Consultarea medicilor de specialitate în rural, în ultimele 12 luni de la desfășurarea anchetei se prezenta astfel: nu au beneficiat de nici o consultație 85,6%; au primit 1-4 consultații 13,2%; au primit 5-11 consultații 1,0%; au primit 12 și peste 12 consultații 0,2%.

Diferențierea pe regiuni de dezvoltare arată că regiunea Vest dă cel mai mare procent de subiecți care nu au beneficiat nici măcar de o consultație medicală la un specialist în ultimele 12 luni (90,9%) și că regiunea Sud are procentul cel mai ridicat de subiecți care au beneficiat de una sau mai multe consultații la un medic specialist în ultimul an.

Pe specialități medicale, în rural se apelează în primul rând la cardiolog și la internist.

În privința ofertei de servicii medicale existente în spațiul rural actual trebuie spus că, în intervalul 1998-2004 aceasta a cunoscut o degradare semnificativă.

Cele mai multe componente ale infrastructurii sanitare au cunoscut o dinamică descendentă alarmantă, accentuând precaritatea condițiilor de viață ale locuitorilor de la sate. Practic, toate elementele de infrastructura sanitară din rural, de la unitățile specifice până la personalul medical care lucrează aici, au valori mult mai scăzute decât în oraș, în ciuda faptului că aproape jumătate din populația României trăiește la sat: doar 22,8% din unitățile sanitare sunt amplasate în sate, ba mai mult, în ultimii 10 ani numărul unităților sanitare din rural a scăzut continuu, anumite categorii dispărând definitiv (de exemplu, policlinicile rurale). În paralel, prin politicile sanitare ale guvernelor, s-a încurajat dezvoltarea unităților sanitare publice din orașe, la aceasta adăugându-se o dinamică ascendentă a unităților sanitare private în urban (cabinete medicale, farmacii, spitale etc.)

Conform tabelelor 2-4, evoluția infrastructurii sanitare la care poate apela mai ușor populația rurală-este vorba de cele amplasate chiar în spațiul rural- este una descendentă. De pildă,daca se iau ca exemplu spitalele,se constata ca in prezent majoritatea covârșitoare a spitalelor se află în orașe. Traectoria descendentă, începută încă din primii ani de după decembrie 1989, a continuat, astfel că, în intervalul 1998-2004, au dispărut încă zece spitale, ajungându-se ca în 2004, comparativ cu 1998 să mai existe doar 51 de spitale. În schimb, orașul cunoaște o dinamică ascendentă (de la 356 de spitale în 1998, la 374 în 2004).

Situația policlinicilor rurale este poate cea mai severă dintre toate tipurile de așezăminte sanitare: începând cu 2004, în sate nu mai există nici o policlinică.

Farmaciile nu au nici ele o evolutie favorabila in rural: doar un sfert din farmaciile din România se află în localități rurale. Dacă aici, în intervalul 1998-2004, numărul farmaciilor (inclusiv punctele farmaceutice) s-a menținut relativ constant, la orașe are loc o creștere foarte importantă (cu 683 de unități farmaceutice).

Numarul stomatologilor este de asemenea mult mai mic la sate comparativ cu orasele.Astfel, deși în cifre absolute acesta a crescut ușor între 1998-2004(graficul 3), procentual stomatologii continuă să dețină ponderi foarte slabe comparativ cu orașul, această creștere realizându-se îndeosebi prin cabinete particulare și aproape deloc prin cabinete publice, fapt care îngrădește și mai mult accesul sătenilor, ale căror posibilități financiare sunt cu mult inferioare orășenilor.

O altă dinamică negativă, pentru posibilitățile de îngrijire a sănătății în satul actual românesc, este aceea a scăderii personalului mediu sanitar. Acesta s-a redus în intervalul analizat cu 5200 de oameni. Comparativ cu satul, orașul este și din acest punct de vedere avantajat: în prezent, aproape 90% din personalul mediu sanitar din România lucrează în unități medicale urbane, dinamica fiind ascendentă între 1998-2004.. Concluzia: tradiția satului "îngrijit" de felcer, de soră, de moașă dispare din lipsă de personal sanitar.

Tabel nr. 2 - Dinamica numărului de medici în rural și în urban (1998–2004)

	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
Rural	6657	15.7	5979	12.9	6179	13.5	6288	13.4	6071	13.3	5838	12.4	55.31	11.5
Urban	35841	84.3	40259	87.1	39607	86.5	40485	86.6	39734	86.7	41081	87.6	42619	88.5

Tabel nr. 3 – Dinamica numărului de farmacii din rural și din urban (1998–2004)

	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
Rural	1284	27.3	1274	26.5	1268	25.3	1296	26.1	1200	24.6	1203	24.3	1290	23.9
Urban	3416	72.8	3533	73.5	3742	74.7	3664	73.9	3687	75.4	3744	75.7	4099	76.1

Tabel nr. 4 - Dinamica numărului de stomatologi în rural și în urban (1998–2004)

	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
Rural	951	13.5	831	10.8	1072	12.9	1219	14	1263	14.3	1314	13.9	1249	12.6
Urban	6082	86.5	6877	89.2	7235	87.1	7475	86	7567	86.7	8133	86.1	8658	87.4

Sursa tabelelor: Prelucrări proprii după datele furnizate de INS și *Activitatea unităților sanitare din România în anul 2004*, INS, 2005.

În legătură cu degradarea constatată a infrastructurii sanitare din rural, trebuie spus că totul pornește și se explică prin modul în care guvernele care s-au succedat după '89 au decis să

distribuie resursele cu destinație socială (inclusiv socio-medicală) între oraș și sat. Practic, în România post-decembristă nu a existat o politică socio-sanitară prin care locuitorii satelor să poată avea acces la serviciile medicale necesare într-o măsură apropiată orașenilor.

Pentru a evita degradarea comunităților rurale sau chiar dezintegrarea unora dintre ele, se impune realizarea și implementarea unor proiecte complexe de dezvoltare socio-economică a satelor, proiecte din care să nu lipsească serviciile sanitare de bază, vitale pentru toate categoriile de populație rurală, începând cu noii născuți și terminând cu vârstnicii. De altfel, această viziune holistică asupra determinantilor sociali ai stării de sănătate nu este o necesitate doar pentru România. Legătura dintre nevoia de sănătate și nevoia de schimbare socială, în sensul alocării corecte a resurselor de dezvoltare, este evidențiată în numeroase alte țări europene și neeuropene (Scambler, 2002)

Inegalitățile sociale în fața bolii și a morții sunt mai mult decât o certitudine. În acest sens cercetările de mare întindere din Franța (Ravand, J.F. Mormiche, P., 2003) și Canada au pus în evidență corelația directă dintre speranța de viață și mediul social, înțelegând prin mediu social nu doar cel rezidențial, ci și cel ocupațional. S-a demonstrat, de pildă, că pe măsură ce o categorie se situează mai jos în ierarhia socială, speranța de viață a indivizilor din acea categorie este mai redusă (șomerii, muncitorii necalificați și chiar țăranii).

Tot în acest context se introduce un nou concept în sfera cercetării sănătății: "speranța de viață în sănătate", noțiune care subliniază viețuirea nu oricum ci în condiții de bună sănătate. Din acest punct de vedere, s-au evidențiat categoriile sociale cu speranța de viață în sănătate cea mai redusă: pentru un muncitor necalificat, pentru un șomer sau pentru un țăran sărac (cu puțin pământ) dimensiunea temporară a acesteia nu depășește 35 ani.

În legătură cu o astfel de abordare a speranței de viață, menționăm că în ultimii ani în Franța s-a pus la punct, și chiar s-a introdus în statistica oficială, un indicator sintetic al stării de sănătate, simbolizat EVSI (esperance de vie sans incapacite), a cărui măsurare periodică permite compararea diverselor categorii sociale de populație, oferind decidenților din domeniul politicilor sociale posibilitatea să acționeze diferențiat în mediile dezavantajate.

În general, *speranța de viață în sănătate este mai scăzută în rural față de urban, la bărbați față de femei, la cei cu nivel educațional scăzut față de cei cu studii medii sau superioare* (Dubac, 2003). Extrapolând acest mod de abordare și asupra dezvoltării comunităților, apare cerința ca această dezvoltare să fie axată nu doar pe numărul de ani trăiți de locuitorii comunităților, ci și pe calitatea vieții acestora.

După cum s-a arătat deja, situația din mediul rural românesc este departe de acest deziderat calitativ, bolile și mortalitatea în sat având valori mult mai ridicate decât în oraș. Cu alte cuvinte, deocamdată sătenii din România trăiesc și mai puțin și mai prost, și nu doar ca stare materială, ci și ca stare de sănătate.

Astfel de categorii dezavantajate sunt astăzi în România comunitățile rurale, cărora li se poate aplica, fără teama de a greși, următoarea concluzie: *în orice societate săracii și mai prost educații trăiesc mai puțin, iar numărul anilor trăiți având sănătate precară este mai mare*. Sănătatea și bogăția sunt noțiuni pereche, tot așa cum sunt și sărăcia și proasta sănătate. Cu alte cuvinte, oamenii nu sunt egali în fața bolii, tot așa cum nu sunt egali nici în fața morții. O demonstrează cu prisosință indicatorii socio-medicali analizați în prima parte a acestui studiu (vezi și Ravand, J.F. și Mormiche, P., 2003).

Sărăcia reprezintă unul dintre cei mai tari determinanți sociali ai stării precare de sănătate. De altfel, unii cercetători au tratat chiar sărăcia ca pe o maladie (socială) tăcută, care aduce cu sine numeroase boli fizice și mentale (Kesseris, 1998).

Influența negativă a sărăciei, în care au căzut comunitățile rurale din România după '90, se exercită prin intermediul alimentației insuficiente și (sau) dezechilibrate, prin condiții necorespunzătoare de locuit, prin lipsa condițiilor de igienă și, nu în ultimul rând, prin lipsa suportului financiar necesar consumului serviciilor medicale și al medicamentelor prescrise de medici. Sărăcia, însă, nu aparține doar individului sau familiei, ci și comunității ca atare. În legătura cu precaritatea condițiilor de locuit, trebuie precizat că 82% din locuințele din rural nu

dispun de baie în interior, doar 9% sunt racordate la rețeaua de gaze și 66% nu sunt racordate la apa curentă, folosind o fantană aflată în curte sau în afara curții. În plus, doar 25% din locuințele din mediul rural dispun de post telefonic fix și 22% de unul mobil. Casele din zona rurală sunt construite în proporție de 40% din materiale puțin rezistente: lemn, paiantă, chirpici, iar vechimea construcțiilor este destul de mare (aproape 60% din locuințe din rural au fost construite până în 1977 și doar 7% după 1989). Principala formă de încălzire a locuințelor din mediul rural este soba cu lemne (89%). La acestea se adaugă lipsa sau precaritatea drumurilor, a rețelei de transporturi inter-localități care să permită accesul populației rurale la serviciile sanitare, situate în proporție de 70%-80% în localitățile urbane (Banu, C., 2007).

Concluzii Multiplele încercări de reformare a sistemului sanitar, după '89, au fost eșecuri, fără rezolvarea problemelor de acces la serviciile medicale ale populației rurale sărăcite. Dimpotrivă, s-au creat noi obstacole și s-au agravat cele existente. Dispensarele medicale rurale, asistența primară cu medici de familie și cadre medii sanitare s-au degradat, devenind elemente de contramotivație pentru atragerea tinerilor medici și chiar a personalului mediu sanitar.

Investițiile publice din domeniul infrastructurii sanitare – puține oricum – au avut ca obiectiv aproape exclusiv domeniul spitalicesc, domeniu care, în rural, așa cum s-a văzut, este pe cale de dispariție. În general, oferta de servicii medicale performante s-a cantonat în marile centre urbane, în timp ce populația rurală nu poate accede decât la o asistență primară și aceea deficitară.

În plus, România s-a confruntat, și se confruntă încă, și cu scumpirea neîntreruptă a medicamentelor, ajungându-se la paradoxul că prețul medicamentelor din farmaciile României (țară săracă) sunt mai ridicate decât în țările bogate ale lumii. Acesta reprezintă unul din cele mai solide obstacole în accesul la sănătate pentru cea mai mare parte din populație, inclusiv, și mai cu seamă, pentru populația rurală. Aici intervine și un alt element de îngrădire a accesului la medicamente, numărul insuficient de farmacii sau puncte farmaceutice amplasate în sat fapt care conduce la sporirea prețului medicamentelor prin transportul până la farmaciile din urban sau, de foarte multe ori, la renunțarea la profilaxia medicamentoasă din motive financiare (mai ales la bolnavii cronici care au nevoie de rețete și medicamente permanente sau pe perioade lungi de timp).

Sistemul actual de asigurare socio-sanitară din România reprezintă un alt obstacol în calea accesului egal la îngrijirea sănătății. Este vorba de faptul că o mare parte din populația rurală, a rămas în afara sistemului de asigurări. Spre exemplu, țărani și pensionarii agricoli (care au lucrat în CAP-uri) reprezintă o categorie numeroasă din populația rurală care nu este integrată în sistemul public de asigurare, așa deficitar cum este el. (Minca, D., Marcu, M., 2004)

Principala carență a sistemului actual de asigurare socială de sănătate cu implicații directe asupra populației rurale, aparține managementului resurselor existente, distribuirii în teritoriu și pe domenii a acestor resurse. Disparitățile regionale ale morbidității și mortalității sunt și un efect al discriminărilor care se fac în distribuirea în teritoriu a resurselor provenind din alocările guvernului și ale caselor de asigurare (națională și județene).

Este nevoie, în plus, nu doar de o reformare din temelii a politicilor sociale în domeniul sanitar, dar și de o armonizare cu celelalte tipuri de politică socială (Mincă și Marcu, 2004). Conform autorilor citați, *determinanții sociali principali* ai stării de sănătate sunt: dezvoltarea economică-socială, care conduce la un anumit standard de viață pentru individ (circa 50% putere de determinare), materialul genetic moștenit, stilurile de viață adaptate de indivizi, grupuri, comunități, zone, incluzând aici și factorii specifici de mediu, precum obiceiurile alimentare, benefice sau malefice pentru sănătate, exercițiul fizic mai redus sau mai ridicat pe care îl fac indivizii, stresul mai mare sau mai mic la care aceștia sunt supuși zilnic, stres care, peste anumite limite, poate induce starea de boală, condițiile concrete de muncă, instituirea sau noninstituirea, ca regulă de comportament, a prevenției, atitudinea față de boală a indivizilor, o dată aceasta depistată (de ignorare, de tratare superficială sau de tratare serioasă), persistența sau

nu a comportamentelor antisănătate precum consumul de alcool, de tutun, de droguri și cantitatea de educație și de cultură sanitară a indivizilor.

IN afara acestor determinanți ce țin de individ ca subiect de sănătate, mai intervine și calitatea și cantitatea serviciilor medicale de care acesta beneficiază, factor care are, conform autorilor studiului citat, o putere de determinare de circa 15-20%.

Aplicarea acestui model complex, interdependent, de către sistemul de management național și regional inclusiv în spațiul rural, ar putea contribui la o fundamentare științifică mai precisă a deciziilor care să nu piardă din vedere cele mai slabe verigi ale sistemului. Să luăm, de pildă, sistemul actual de educație din România. Investiția în educație va însemna implicit și o investiție în sănătate (a se vedea corelația puternică dintre morbiditate și nivel educativ demonstrată de anchetele din mediul rural). Școala, prin programele promovate, trebuie să contribuie mai semnificativ decât până acum la formarea unor atitudini și comportamente sanogene și preventive în rândul tinerilor în general, și în mod special în rândul tinerilor din sate, contribuind astfel, pe termen lung, și la ameliorarea stării de sănătate (Doboș, C., 2005)

Bibliografie

- ***, 2005, *Activitatea unitatilor sanitare din Romania in anul 2004*, Bucuresti, INS,
- ***, 2000, *Morbiditatea cronică în colectivitățile de preadolescenți*, <http://www.ispt.ro/adolescenți/cap52.htm>.
- ***, 2003, *Raport asupra ODM elaborat de Guvernul României*. UNFPA, București..
- ***, 2005, *Sante et handicaps, causes et consequences des inegalites sociales*, [http://wegalites.fr/spis.php/article 207](http://wegalites.fr/spis.php/article%207).
- Badescu, I. , Hoffman , O. , (coord.) , 2005, *Viata si moarte in satul romanesc*, Bucuresti, Editura Mica Valahie.
- Banu, C., *Romaniainchirpici*, în *Cadran Politic. Idei contemporane*, nr.38, 2007, sau [file:///G:/Romania ruralasi sanatatea.htm](file:///G:/Romania%20ruralasi%20sanatatea.htm)
- Cariovac, A.M, Crab T. , Ciocanel B., Istrate G., Agaftei L. (autori), Panduru, F. si Porojan D. ,(coordonatori), 2002, *Starea de sanatatea populatiei din Romania* , Bucuresti, INS-PHARE.
- Doboș, C., 2005, *Serviciile publice de sănătate și dezvoltarea socială*, în rev. "Calitatea Vieții", XVI, nr. 3-4.
- Dubac, C., 2003, *Influence du niveau educationel des parents sur la morbidite/mortalite des enfants en Suisse*, [www.iumsp.ch/enseignement/programme/doc6Dubac.Health/ Cat fr. 03.pdf](http://www.iumsp.ch/enseignement/programme/doc6Dubac.Health/Cat%20fr.03.pdf)
- Erikson, R., Doldthrope, 1993, Y. *The Constant Flux*, Oxford, Calderon Press.
- Kesseris, C., 1998, *Une maladie silencieuse: la pauvreté. Une étude documentaire sur les conséquences de la pauvreté sur la sante phisique des femmes*, School of Social Work, [www.socialsciences.notawa.ca/svs/eng/thesisdetailes.asp? I.D. = 393](http://www.socialsciences.notawa.ca/svs/eng/thesisdetailes.asp?I.D.=393).
- Mincă, D.; Marcu, M., 2004, *Sănătate publică și management sanitar*, Ed. Universității "Carol Davila", București.
- Ravand, J. F; Mormiche, P., 2003, *Sante et consequences d'inegalités sociales*, în *Comprendre les inegalités*, nr. 4, Press Universitaire de France, pp.87-106.
- Radulescu , S., Popescu, G. , 1981, *Medicina si colectivitatile umane*, Bucuresti, Editura Medicala.
- Radulescu, S. , *Sociologia sanatatii si a bolii*, 2002, Bucuresti, Editura Nemira.
- Scambler, G., 2002, *Health and social change. A critical theory*, Open University Press, Buckingham.

