

INSTITUTUL DE SOCIOLOGIE AL ACADEMIEI ROMÂNE

ROMÂNIA RURALĂ.

**PRIORITATE A UNEI STRATEGII
DE POLITICI SOCIALE**

**Ilie BĂDESCU,
Ion GLODEANU,
Adela ȘERBAN,
Lucian DUMITRESCU,
Veronica DUMITRASCU**

București

2013

ROMÂNIA RURALĂ.

PRIORITATE A UNEI STRATEGII DE POLITICI SOCIALE

SUMAR:

I. RURALUL – O CHESTIUNE IMPERATIVĂ.

II. ABSENȚA POLITICILOR SOCIALE PENTRU 47% DINTRE ROMÂNI.

III. RETRAGEREA SERVICIILOR SANITARE DIN RURAL. DESPITALIZAREA MEDIULUI RURAL.

IV. ABANDONAREA INSTITUȚIONAL-ȘCOLARĂ A POPULAȚIEI RURALE. DEȘCOLARIZAREA RURALĂ.

V. POLITICILE SOCIALE DE NIȘĂ. CALITATEA VIEȚII RURALE ȘI INSECURITATEA ALIMENTARĂ.

Ruralul – o chestiune imperativă.

Ca urmare a dezbaterii inițiate de prestigiosul institut a Academiei Române *Institutul de Cercetare a Calității Vieții* din cadrul *Institutul Național de Cercetări Economice „Costin C. Kirițescu”* – prin elaborarea *Schiței de Strategie de politică socială: România 2013-2020*, un document atât de necesar în contextul decalajelor de dezvoltare ale României față de Uniunea Europeană, *Institutul de Sociologie al Academiei Române* se alătură invitației lansate de domnul Prof. Univ. Dr. Catalin Zamfir, Director al *Institutului de Cercetare a Calității Vieții*, de a contribui la clarificarea direcțiilor și opțiunilor unei noi politici sociale a României. Ca cercetători implicați de mai bine de un deceniu în studierea problemelor sociale ale ruralului românesc, considerăm că o strategie responsabilă de politici sociale este obligată să ia în considerare spațiul rural ca principală zonă vulnerabilă a țării, printr-un set de politici dedicate.

Absența politicilor sociale pentru 47% dintre români.

Ruralul românesc este, în prezent, un spațiu social cvasi-abandonat instituțional, văduvit de servicii esențiale unei vieți civilizate. Lipsit de protecția și de sprijinul unor pârgii instituționale și legislative care să-și asume dezvoltarea sa organică, satul rămâne cel mai sărac loc social din România, menținut înafara circuitului economic și cultural al țării, într-o incapacitate de materializare a potențialului său de dezvoltare.

Starea comunităților rurale din România reflectă, într-o măsură semnificativă, îndelungatele deficiențe manageriale și funcționale ale administrației locale și guvernamentale ale statului român, absența unor soluții colective adecvate care să asiste societatea românească în procesele inevitabile ale tranziției către cadrele modernității. Problemele fundamentale ale spațiului rural din România nu sunt numai problemele ruralității românești, ci un turnesol social al insecurității întregii societăți românești, ale cărei persoane, familii, grupuri profesionale și organizații sunt constrânse să-și construiască strategii de micro-supraviețuire pe cont propriu, într-un mediu social insuficient organizat, din care liniile de dezvoltare coerentă comună lipsesc.

Satul românesc prezintă indiscutabil semnele unei structuri sociale amenințată de crearea unor **dezechilibre demografice durabile**. Pierderea sistematică a populației tinere și calificată profesional în fața centrelor urbane, migrarea unei părți semnificative a forței de muncă pe fondul prăbușirii economiei locale, a lipsei accesului pe piață a întreprinzătorilor agricoli, accentuarea îmbătrânirii populației prin preluarea de la oraș a unei părți a pensionarilor ș.a, reprezintă indicatori ai unor forme de slăbire sau chiar disoluție a comunităților sătești.

Scăderea sporului natural din rural începând cu 1991 nu rezultă din scăderea natalității, ci din creșterea mortalității prin dezechilibrarea piramidei vârstelor. (Tabelul 1.1 și Tabelul 1.2).

Tabel 1.1: Evoluția ratei natalității pe medii (2006-2011)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| Total | 10,2 | 10 | 10,3 | 10,4 | 9,9 | 9,2 |
| Urban | 10,1 | 9,8 | 10,3 | 10,3 | 10 | 9,1 |
| Rural | 10,3 | 10,2 | 10,4 | 10,4 | 9,8 | 9,3 |

*Sursa: INS, TEMPO, 2012

Tabel 1.2: Evoluția sporului natural pe medii (2006-2011)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| Total | -1,8 | -1,7 | -1,5 | -1,6 | -2,2 | -2,6 |
| Urban | 0,3 | 0,1 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | -0,7 |
| Rural | -4,3 | -4 | -3,9 | -4,2 | -4,9 | -4,9 |

*Sursa: INS, TEMPO, 2012

Deposdarea zonelor rurale de instrumente instituționale fundamentale, pe fondul absenței soluțiilor economice locale, adâncește ghetoizarea micilor comunități sătești și polarizarea socio-economică a României.

În ansamblul societății românești, lipsită de soluții reale de tranziție la modurile de viață și la exigențele civilizației moderne-occidentale, comunitățile rurale constituie locul social al descărcării maxime a costurilor sociale, deopotrivă în plan macro-social, cât și micro-social sau familial, constituind un suport indispensabil pentru subzistența familiilor tinere cu venituri medii din urban. Pentru populația României, satul începe să fie interiorizat tot mai puțin ca un loc cu un potențial de dezvoltare intrinsec, ci ca un spațiu social de avarie, ca un mijloc de completare a soluțiilor costisitoare și ineficiente de subzistență urbană, modernă, către care generațiile mai tinere tind. Satul românesc de astăzi funcționează în bună măsură ca un deuseu demografic și economic, preluând populația vârstnică și oferind astfel familiilor extinse – cu generații de tineri urbani și generații de bătrâni în sat (o categorie semnificativă tipologic în spațiul românesc contemporan) – avantajul unei subzistențe mai puțin costisitoare bănește, deopotrivă pentru vârstnic cât și pentru familia tânără, mutând o parte din costurile împovărătoare ale vieții urbane în contul muncii agricole și gospodărești a vârstnicului rural. Modernitatea târzie a generat așadar în România o modificare structurală și funcțională în interiorul familiei (extinsă pe trei generații), o diviziune socială a muncii și a costurilor. Nu în ultimul rând, prin dificultatea accesibilității în condiții de securitate familială a modelelor de viață modern-civilizate, a generat o expandare teritorială a familiei, expunând-o la riscul înstrăinării.

Configurația demografică actuală a satului românesc indică un pericol societal major pe termen lung, care depășește prin consecințele sale impactul unei simple pierderi de populație. Fragilitatea soluției economice și de accesare a standardelor de viață moderne de către familiile tinere din România, care depinde în mod necesar de disponibilitatea și rezistența în condiții pre-moderne a unor generații vârstnice și antropologic în extincție, vremelnicia condițiilor care fac sustenabilă soluția configurată, absența unor instrumente care să asiste pe termen scurt trecerea în plan economic a familiilor tinere de la stadiul de subzistență la cel de permanență¹, laolaltă cu degenerarea sistemelor culturale de valori și a sentimentului de apartenență,

¹ Conform Eurostat, rata neocupării în rândul tinerilor (cu vârstă de sub 25 de ani) atingea în ultimul trimestru al 2011 - 24,8%, în creștere gradată față de anii anteriori (20,8% în 2009, 22,1% în 2010) și față de media anului 2011 - 23,7%.

transformă România într-o societate de risc, într-un spațiu predisus unui impas pe termen lung a formulelor de viață.

Spațiul social românesc contemporan se prezintă ca o **topografie a discriminării**. Lipsa unei organizări raționale a costurilor cu cheltuielile sociale fundamentale și absența unei gândiri manageriale care să facă posibilă susținerea economică a acestor cheltuieli fără privarea vreunei categorii, au separat în ultimele două decenii populația României în cetățeni de categoria întâia și cetățeni de categoria a doua. Săteanul român de astăzi nu este un beneficiar al investițiilor și serviciilor susținute din bani publici egal în drepturi cu ceilalți cetățeni ai țării. Satul contemporan este în mare măsură un loc abandonat instituțional, din care sunt retrase servicii fundamentale, indispensabile asigurării unei existențe decente și unei posibilități de dezvoltare reală. În ultimii douăzeci de ani strategia minimal-managerială a administrației guvernamentale a fost aceea a restrângerii accesului comunităților mici de la orice tip de servicii civilizate și a comasării investițiilor în centrele puternic urbanizate; desființarea gărilor feroviare, a școlilor, a dispensarelor medicale școlare, a punctelor sanitare, a oficiilor poștale sunt doar câteva dintre acestea. Refuzarea asigurării unor șanse egale la educație, la asistență medicală, la serviciile de asistență socială etc. reprezintă indicatori ai unor inechități sociale cu consecințe semnificative asupra securității întregii societăți românești.

Retragerea serviciilor sanitare din rural. Despitalizarea spațiului rural.

Darea de seamă din 2011 a Institutului Național de Statistică asupra activității unităților sanitare se arată că: „Distribuția rețelei unităților sanitare pe medii de rezidență evidențiază clar faptul că rețeaua sanitară s-a dezvoltat în principal în mediul urban unde se regăsesc: 91,6% din numărul total de spitale, 85,7% din totalul sanatoriilor balneare, 92,5% din cel al dispensarelor medicale, 86,9% din totalul cabinetelor de medicină generală, 58,1% dintre cabinetele medicale de familie, 75,6% din cel al farmaciilor, 89,7% dintre centrele de diagnostic și tratament, 97,7% dintre centrele medicale de specialitate, 86,1 % dintre cabinetele stomatologice, 97,5% dintre cabinetele medicale de specialitate, 95,9% dintre laboratoarele medicale, 95,8% dintre laboratoarele de tehnică dentară, precum și toate institutele și instituțiile fără paturi, sanatoriile TBC, policlinicile, centrele de transfuzie sanguină, centrele de sănătate mintală, cabinetele medicale școlare și studențești și cabinetele stomatologice școlare și studențești. În mediul rural funcționează doar 57,1% din numărul centrelor de sănătate cu paturi de spital, 59,4% din cel al unităților medico-sociale și 58,7% dintre drogherii și punctele de lucru ale farmaciilor.” (AUS, 2012: V) “Unitățile sanitare din mediul urban dispun de 89,4% din totalul medicilor, 87,1% din totalul medicilor dentiști, 85,4% dintre farmaciști, 89,4% din personalul sanitar mediu și 87,6% din personalul sanitar auxiliar. Din totalul medicilor 27,8% sunt medici de familie, dintre aceștia 68,8% își desfășoară activitatea în mediul urban și 31,2% în mediul rural.” (AUS, 2012: VIII) În același raport INS se arată că, la nivelul anului 2011, din totalul paturilor de spital pentru cazuri de zi, 97,8% au funcționat în spitale din mediul urban. (AUS, 2012: VII)

Tabel 3.1. Distribuția unităților sanitare pe tipuri, pe medii, 2011

| | Mediul | Spitale | Dispensare medicale | Policlینici | medicină generală Cabinete de | medicale de familie Cabinete | stomatologice Cabinete | medicale școlare Cabinete | școlare stomatologice Cabinete |
|--------------------|--------|---------|---------------------|-------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Cifre absolute | TOTAL | 464 | 187 | 262 | 990 | 11211 | 12613 | 1312 | 433 |
| | URBAN | 425 | 173 | 262 | 860 | 6512 | 10863 | 1295 | 431 |
| | RURAL | 39 | 14 | - | 130 | 4699 | 1750 | 17 | 2 |
| Procente din total | URBAN | 91,6% | 92,6% | 100% | 86,8% | 58% | 86,1% | 98,7% | 99,5% |
| | RURAL | 8,4% | 7,4% | 0% | 13,2% | 42% | 13,9% | 1,3% | 0,5% |

*Sursa: INS, TEMPO, 2012

Invocându-se justificări de tip prag numeric-cantitativ sau de tip financiar, Guvernul a închis la începutul lunii aprilie 2011, prin recomasarea unităților sanitare, 67 de spitale din orașe mici, care deserveau zone rurale, obligând populația sătească să facă naveta în municipiile reședință de județ pentru a fi consultată de un medic în probleme curente. Decizia guvernamentală a îngreunat și mai mult accesul locuitorilor din sate la serviciile de sănătate și a ales calea de a face economii la bugetul de stat prin descărcarea cheltuielilor (de transport, cazare etc) în contul populației rurale.

Cu o concentrare mai mare a populației vârstnice decât mediul urban, ponderea persoanelor din rural care declarau în 2011 că activitatea lor zilnică a fost afectată în ultima jumătate de an de o problema de sanatate era de 29,9%, cu aproape 6 procente mai mare decât în urban (24,2%) (INS, TEMPO, 2012). 15,8% din populația rurală declara că nu a putut să consulte un medic specialist² (INS, TEMPO, 2012), 76,3% dintre aceștia fiindcă “nu și-au putut permite”, iar 7,3 % din cauza distanțelor prea mari sau lipsei mijloacelor de transport. (INS, TEMPO, 2012) De asemenea, 16% din populația rurală nu a beneficiat de asistența unui medic stomatolog, 80,1% pentru că nu și-au putut permite costurile, reprezentând aproximativ 13% din întreaga populație rurală. (INS, TEMPO, 2012)

Abandonarea instituțional-școlară a populației rurale. Deșcolarizarea rurală.

Tot o abordare de abandon instituțional a populației rurale poate fi observată și în aceea ce privește infrastructura de educație. Într-o societate competitivă și din ce în ce mai restrictivă în a oferi soluții economice celor fără un anumit prag formal al studiilor și fără abilități ce țin de existența de tip modern, soarta a jumătate dintre copiii de astăzi ai României depinde precumpănitor de mobilizarea financiară a familiilor de a suporta pe cont propriu extra-costurile accesului la educație.

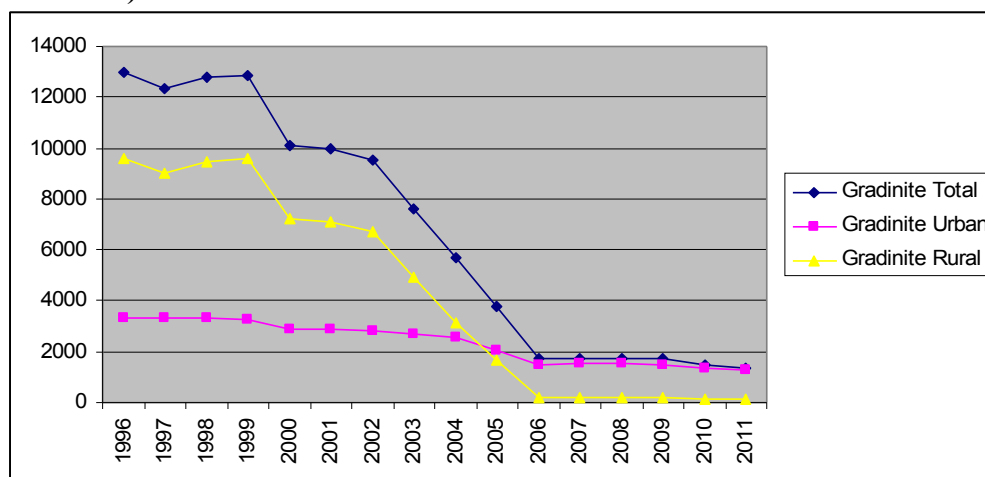
² Prin comparație doar 12,5% din urban au declarat că s-au găsit în această situație.

Tabel 3.2. Evoluția numărului unităților școlare, pe tipuri, pe medii (1996-2011)

| Categorie unitate școlară | | 1996 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| Grădinițe | Total | 12951 | 10080 | 9547 | 7616 | 5687 | 3769 | 1720 | 1697 | 1498 | 1367 |
| | Urban | 3331 | 2883 | 2813 | 2672 | 2559 | 2077 | 1502 | 1489 | 1368 | 1265 |
| | Rural | 9620 | 7197 | 6734 | 4944 | 3128 | 1692 | 218 | 208 | 130 | 102 |
| Școli primare și gimnaziale | Total | 13811 | 12549 | 12311 | 8573 | 6888 | 6285 | 4920 | 4518 | 4142 | 3923 |
| | Urban | 2481 | 1957 | 1927 | 1643 | 1532 | 1567 | 1422 | 1332 | 1179 | 1126 |
| | Rural | 11330 | 10592 | 10384 | 6930 | 5356 | 4718 | 3498 | 3186 | 2963 | 2797 |
| Licee și școli profesionale | Total | 2091 | 1460 | 1473 | 1476 | 1490 | 1500 | 1536 | 1736 | 1648 | 1621 |
| | Urban | 1786 | 1235 | 1238 | 1242 | 1252 | 1258 | 1289 | 1350 | 1334 | 1334 |
| | Rural | 305 | 225 | 235 | 234 | 238 | 242 | 247 | 386 | 314 | 287 |

*Sursa: INS, TEMPO, 2012

În intervalul 1996-2011, numărul grădinițelor din rural s-a redus de la 9620 la 102, adică de aproape 100 de ori (INS, TEMPO, 2012), în timp ce în urban reducerea a fost doar de două ori.

Grafic 3.1. Evoluția numărului grădinițelor care deservește populația rurală (1996-2011)


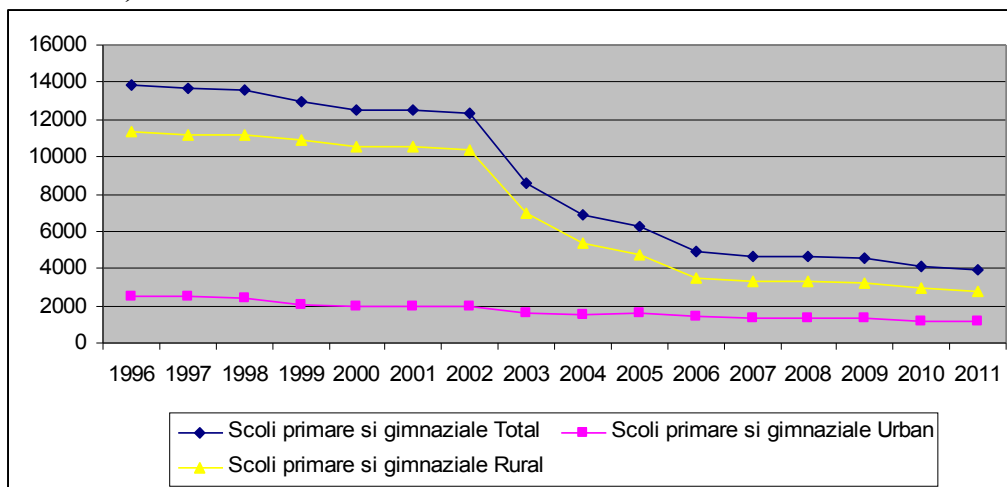
*Sursa: INS, TEMPO, 2012

Aceeași situație se regăsește și în cazul școlilor primare și gimnaziale. Din 11330 în 1996, în 2011 statul mai finanțează doar 2797, în timp ce în urban, din 2481 reducerea a fost doar de cincizeci la sută (1126) (INS, 2012). Un studiu realizat la nivelul anului 2004, arăta că, la acel moment, doar 6,5% dintre comune aveau instituții locale de învățământ unde putea fi asigurat tot ciclul de pregătire de la nivel primar până la cel liceal și post-liceal.³ Din 2004 până în prezent autoritățile

³ Mihail Dumitru, Dana Diminescu, Valentin Lazea (2004), *Dezvoltarea rurală și reforma agriculturii românești*, Institutul European din România, Centrul Român pentru Politici Economice, nr. 10–11.

guvernamentale au decis închiderea a 2559 de școli rurale, reducând numărul lor total la jumătate. (Tabelul 3.2)

Grafic 3.2. Evoluția numărului de școli primare și gimnaziale din rural (1996-2011)



*Sursa: INS, TEMPO, 2012

La nivelul anului 2009, în mediul rural românesc, dintr-o populație ocupată de 4.334.000 persoane, doar 2,93% aveau studii superioare, 50,5% aveau studii medii și 46,51% aveau un nivel cel mult gimnazial al studiilor. Dintre aceștia 23,46% aveau absolvită doar școală primară iar 38.000 de persoane erau analfabete. În 2009, numai 47,6% dintre tinerii cu vârste între 15-24 de ani care munceau în rural aveau studii medii, 50,45% absolviseră doar gimnaziul. (INS, 2009) Prin comparație, distribuția pe niveluri de educație în segmentul de vârstă 25-34 de ani era de 5,15% cu studii superioare, 55,83% cu studii medii și 38,9% cu maxim opt clase (INS, 2009), indicând un trend de deteriorare a stocului de educație în rural.

Un raport guvernamental din 2008 arăta că „speranța medie de viață școlară era în România în 2005 de 15,3 ani față de 17,6 ani în UE-27, iar proporția din populația între 15 și 64 de ani cuprinsă în învățământul de toate gradele era de 47,5%, menținându-se însă un decalaj important (14%) între mediul urban și cel rural. Dacă în mediul urban aproape 80% dintre elevi finalizează ciclul obligatoriu de 10 clase prin promovarea examenelor finale, în mediul rural proporția este de sub 50%”.⁴

Privarea comunităților locale sătești de pârghiile instituționale minimale pentru a-și realiza nevoile de sănătate și de educație – și prin acestea pe cele de dezvoltare și de integrare socială – în condițiile unei societăți care-și propune alinierea la standardele de viață ale civilizației moderne, este o gravă încălcare a drepturilor fundamentale ale omului contemporan. Între elevul urban cu acces la instituții de suport, asistat de personal calificat, cu posibilități tehnologice și de confort superioare și elevul rural, nevoit să facă navetă în altă localitate pentru a merge la școală, cu posibilități de transport limitate, asistat de cadre profesionale adesea necalificate, căruia i se refuză dreptul la un dispensar medical în caz de accident sau de boală subită, există o discrepanță de nu doar de nivel de trai, ci de statut uman recunoscut. Același lucru și în cazul bolnavilor expuși permanent riscului de a nu ajunge în timp util la un punct medical ca să le poată fi acordată asistență medicală sau aflați în

⁴ *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României (2008), Orizonturi 2013-2020-2030, Guvernul României, p. 35.*

imposibilitatea de a-și investiga și îngriji starea de sănătate din cauza costurilor și distanțelor de deplasare.

O strategie responsabilă de politici sociale trebuie, așadar, să cuprindă formule de compensare a acestor costuri sociale inegal distribuite, pentru echilibrarea decalajelor și susținerea populației rurale, astăzi majoritar marginalizată social.

Politicile sociale de nișă. Calitatea vieții rurale și insecuritatea alimentară.

O strategie a politicilor sociale ar trebui să prevadă și modalități de prevenire a unor riscuri de nișă (cum ar fi, de pildă, faptul că faci parte dintr-o zonă rurală defavorizată) și a ceea ce specialiștii numesc morbiditatea diferențială a corpului demografic. Morbiditatea corpului demografic se poate agrava în medii care o favorizează și în acest caz intervenția politicilor sociale este o urgență strategică. Una dintre formele extreme ale amenințărilor corpului demografic al unei țări este insecuritatea alimentară, riscul ca părți variabile ale populației să fie expuse epuizării posibilităților de acces la hrană, ceea ce deja se constituie în semne ale unei stări de maximă alarmă numită *foame*. *Spectrul foamei* bântuie deja un segment semnificativ al populației contemporane. Politicile sociale sunt instrumente prin care guvernele pot interveni pentru ameliorarea stării generale a corpului demografic al unei țări, condițiile de acces la hrană, la școală, la servicii de sănătate etc., pentru a preveni formele agravate ale morbidității acestuia. Un corp demografic obosit, precum este corpul demografic rural, se confruntă cu dificultăți insurmontabile în privința propagării sale și deci a reproducerii sale. Putem susține că politicile de asistență comunitară rurală au devenit o urgență. O strategie de cercetare ori o politică socială gândite în afara celor ce compun „corpul demografic” al unei țări (regiuni etc.) sunt proiecte eșuate din start. Într-un fel se pune problema securității sociale (și alimentare) într-o țară cu o populație prosperă, într-altfel într-o țară cu o populație sărăcită de reforme incontinate ori de efectul externalizărilor asimetrice ale unui sistem economic național și internațional inechitabil. Politicile sociale sunt soluții acordate unei populație expusă riscurilor și insecurității sociale, care, într-una dintre formele ei cele mai grave, capătă expresia insecurității alimentare.

Trecerea la un sistem alimentar supermarketizat a agravat insecuritatea alimentară a populației rurale și astfel a creat o nișă specifică pentru politicile sociale. Pachetul de reglementări adaptate acestei nișe nu mai pot fi amânate dacă dorim să prevenim un dezastru socio-demografic în România. Studiul securității sociale și alimentare dimpreună cu politicile sociale subsecvente se vor fundamenta pe o bună cunoaștere a structurii și dinamicii populaționale ale unei țări, a stării generale și a neputințelor corpului demografic național. Conceptul pivot al acestui gen de studii este, așadar, cel de *corp demografic*, așa cum a fost definită această noțiune de excepționalul demograf român, Vladimir Trebici. O populație îmbătrânită este o populație cu un *corp demografic obosit*, după cum o populație expusă unei hemoragii demografice de tip migraționist atestă un corp demografic fragil, căruia îi lipsește punctul de echilibru organic, astfel că este expus unei forme de volatilitate demografică din care nu poate ieși fără de intervenții exterioare care îmbracă forma politicilor sociale specifice. Politicile sociale sunt menite să prevină ori să corecteze aceste deficite. Trecerea la alimentația supermarketizată, adică la comerțul alimentar transfrontalier, precum s-a menționat deja, a distrus acel sistem cvasi-natural de

apărare în fața riscurilor precarității alimentelor, *sistem asigurator* pe care specialiștii îl indică prin ceea ce denumesc *alimentație specificată cultural*. Căderea acestui *sistem de alimentație specificată cultural* a transformat o parte a familiilor rurale în „clienți” nefericiți ai politicilor sociale și deci ai asistenței comunitare familiale. Putem spune că supermarketizarea și deci comerțul alimentar transfrontalier au adâncit insecuritatea alimentară și, adeseori, chiar au agravat riscul bolilor prin alimentație, al formelor noi de malnutriție, al nesiguranței generale în perioadele de precaritate alimentară etc.

Concepția unei strategii de politică a securității alimentare ar trebui să cuprindă, ca obiectiv general, întărirea capacității de reproducere biologică a unei populații și a condițiilor care influențează evoluția unei asemenea capacități. Starea de sănătate și de echilibru a corpului demografic național, urban, rural etc. poate fi evaluată printr-o *grilă* sau o *matrice standard*. Aceasta poate servi metodologiei de evaluare a familiilor sau a populației vizate de politica socială a statului. De asemenea această *grilă* ar putea servi pentru a determina profilul și mărimea intervenției sociale într-o colectivitate. Dimensiunile unei asemenea matrici sunt cele care vizează starea internă a corpului demografic – indicatori și indici ai morbidității, ai fertilității, ai îmbătrânirii, ai mortalității, ai migrației, ai sporului natural și migrator etc. pe zone și la scara țării – în raport cu starea sa externă, sub cele cinci fațete ale acesteea, și anume: *cultura sănătății*, *cultura muncii*, ***cultura hranei***, *cultura minții și cultura sufletului*. Acestea compun ansamblul factorilor de care depinde, apoi, starea internă a corpului demografic, evaluată prin indicatori și indici specifici, analitici și sintetici.

Corpul demografic rural poate fi afectat de minimum una, maximum cinci surse generatoare ale unor riscuri de „morbiditate”, cu o simptomatologie pe care studiul acesta o poate sistematiza într-un *tabel etiologic special*. Cu tipul acesta de studii va fi lansată noua direcție de cercetări dedicate evaluării insecurității potențiale a corpului demografic (rural, urban, național, regional etc.) și anume *demoiatria* (*demos*, în gr., *popor/populație* și *iatrikos*, în gr., *vindecare*). *Demoiatria* se constituie din cele cinci ramuri ale sale, între care, cea care ne interesează aici este *demoiatria alimentară*, adică studiul factorilor de care depinde *sănătatea corpului demografic prin alimentație* și deci securitatea alimentară a unei populații. Condițiile acestea țin nu doar de cantitatea și de calitatea statică a alimentelor (evaluate la un moment dat), ci de cantitatea și calitate dinamică și structurală a alimentației, adică de evoluțiile acesteia. Dinamica și configurația alimentației se constituie într-o sursă a *securității alimentare suverane*. Un asemenea tip de evaluare ne permite să identificăm dezechilibrul și deci insecuritatea indusă de distrugerea alimentației specificate cultural (a modelelor de alimentație tradiționale: stilurile care definesc o alimentație specificată cultural, regional etc.) prin impunerea discriminatorie a alimentației bazate pe comerțul alimentar transfrontalier (esența supermarketizării). Acolo unde supermarketizarea n-a indus „uciderea” alimentației specificate cultural putem vorbi despre *securitate alimentară suverană*. *Demoiatria alimentară*, așadar, este conceptul prin care descriem un tip nou de organicitate între *alimentația specificată cultural*, *comunitate prosperă și populație sănătoasă*. O populație care depinde exclusiv de conjunctura pieței alimentare nu-și poate asigura securitatea alimentară și nici nu dispune de condițiile minimale de care depinde capacitatea ei de a conserva sănătatea corpului demografic. Propunem, deci, această nouă direcție a studiilor dedicate sănătății și echilibrului durabil al corpului demografic, ceea ce reprezintă interfața populațională a strategiei de cercetare a securității și suveranității alimentare a unei națiuni: *demoiatria*. Aceasta este, într-un plan, fațeta necesară a politicilor sociale care trebuie să țină seama de starea generală a corpului demografic al unei țări și deci de

acei parametri critici, de prag, de la care intervenția politicilor sociale este o urgență strategică (dacă vom evita dezastrul socio-demografic al acelei nișe socio-demografice).

Studierea *sănătății corpului demografic românesc* în raport cu norma alimentației sigure, hrănitoare, specificată cultural, de cantitate și calitate suficiente pentru a garanta o viață sănătoasă reprezintă obiectivul central al demoiatriei. Elaborarea unui compendiu digital cuprinzând harta stilurilor alimentare sănătoase și a specificului alimentar al diverselor regiuni sub titlul generic: "Siguranța Bucătăriei sănătoase", reprezintă al doilea obiectiv al acestei noi direcții de cercetare.

Studierea raportului dintre cele două sisteme alimentare concurențiale: sistemul bazat pe comerț alimentar transfrontalier și sistemul bazat pe dreptul popoarelor de a-și defini propria lor alimentație, agricultura (agrosistemul), stocul de animale, sistemele de pescuit etc. dimpreună cu identificarea factorilor care stimulează confluența celor două sisteme în locul coliziunii lor, reprezintă obiectul strategic al demoiatriei alimentare.

Strategia cercetării securității alimentare pe domeniul populației se va materializa în promovarea unui nou tip de monitorizare a problemelor, fundamentată pe o nouă direcție disciplinară a cercetărilor – *demoiatria alimentară* – și pe un nou tip de procedeu de monitorizare și anume *compendiul digital al siguranței alimentare* a populației pe zone, variind de la un ansamblu de comunități (o subzonă), la un județ, o microregiune, o regiune, țara întreagă. Acest compendiu digital va fi un instrument necesar unei corecte dimensionări a politicilor sociale regionale, adică a necesarului de asistență comunitară. Cercetările de acest gen reclamă specialiști grupați pe formațiuni de studiere interdisciplinară; specialiști în alimentație, în agrosisteme, în zootehnie, în pedologie și în studiul apelor, în evaluarea stocurilor, în sociodemografie, în ecodemografie, în socioscopie – hărți speciale, în economie, în studiul comunităților sub aspectul culturii agro-alimentare etc. și nu în ultimul rând în ceea ce este studiul de sinteză al acestora și anume: *sociodemoiatria*, adică studiul sănătății corpului demografic și social. Cele două instrumente, împreună cu forumurile de monitorizare a securității și suveranității alimentare, pot deveni instrumente de bază ale politicii statului în domeniul securității și suveranității alimentare a poporului român.

Surse:

AUS - *Activitatea Unităților Sanitare* (2012), INS, <http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/san2011.pdf>, 334 p.

ERY - *Eurostat regional yearbook* (2010), EUROSTAT, 269 p.

EUROSTAT – Baza de date Eurostat, 2012, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

PNDR – *Planul Național de Dezvoltare Rurală: 2007–2013*, Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale, versiunile consolidate iulie 2009, 2011, www.madr.ro

RD-EU - *Rural Development in the EU, Statistical and Economic Information Report* (2012), European Commission, Directorate-General for Agriculture and Rural Development, 378 p.

RD-EU - *Rural Development in the EU, Statistical and Economic Information Report* (2011), European Commission, Directorate-General for Agriculture and Rural Development, 327 p.

RPL - *Recensământul populației și locuințelor*, 2011, rezultate parțiale, <http://www.recensamantromania.ro/>

RGA – *Recensământul General Agricol 2010* – Rezultate provizorii, iunie 2011, <http://www.recensamantagricol2010.ro>.

SNDDR - *Strategia Națională pentru Dezvoltare Durabilă a României* (2008), *Orizonturi 2013-2020-2030*, Guvernul României, 151 p.

TEMPO – Baza de date Tempo-online, INS, 2012, <https://statistici.insse.ro>