

Raport social al ICCV 2020

Pandemia COVID19 din perspectivă demografică



Institutul de Cercetare a Calității Vieții

Academia Română

Mai 2020

Institutul de Cercetare a Calității Vieții,
Institutul Național de Cercetări Economice „Costin C. Kirițescu”,
Academia Română

Pandemia COVID19 din perspectivă demografică

București
18 mai 2020

Prezentul raport este elaborat de un grup de cercetători din ICCV.

Raportul nu exprimă punctul de vedere al Institutului de Cercetare a Calității Vieții, ci al autorilor.

Mai multe informații despre ICCV și rezultate din activitatea de cercetare se pot găsi pe site-ul iccv.ro.

Raportul mai este disponibil pe site-ul [ICCV](http://iccv.ro), platforma [România Socială](http://romania-sociala.ro) și pe [Biblioteca Virtuală de Sociologie](http://biblioteca-virtuala-de-sociologie.ro).

Autori	Contribuție în raport
Mălina Voicu	Coordonare, 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.4, 2.8, 3.1, 3.2, 3.5, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4
Daniel Arpinte	1.3, 5.2, 5.3, 5.4
Delia Bădoi	3.1, 3.2, 3.3, 3.5.
Alexandra Deliu	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.3, 5.4.
Simona Mihaiu	3.4, 3.5., 5.1., 5.3, 5.4
Simona Maria Stănescu	1.2, 1.3, 2.8, 5.1, 5.3, 5.4
Cristina Tomescu	2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9

Toate drepturile asupra acestei ediții aparțin exclusiv autorilor.

Instrucțiuni pentru citare: Voicu, M. (coord). 2020. *Pandemia COVID19 din perspectivă demografică*

Cuprins

Cuvânt înainte	5
Capitolul 1 Introducere	6
Capitolul 2 Morbiditatea și mortalitatea prin COVID19 în Europa și România	15
Capitolul 3 Fertilitatea și relațiile de cuplu.....	34
Capitolul 4 Migrația externă și diaspora de mobilitate	44
Capitolul 5 Răspunsuri la pandemie în sfera politicilor publice.....	53

Cuvânt înainte

Acest raport realizează o analiză a tendințelor demografice, pornind de la impactul pandemiei COVID19. Scopul demersului este acela de a schița dinamica mortalității, fertilității și migrației la care ne putem aștepta ca urmare a efectelor pandemiei, precum și de a analiza măsurile adoptate în vederea combaterii acestor efecte, cu accent pe modul în care acestea se reflectă, cu precădere, asupra grupurilor vulnerabile față de schimbările produse de criza medicală.

Raportul se referă în principal la ceea ce s-a întâmplat în România și la ceea ce este de așteptat în ceea ce privește volumul, structura și dinamica populației pe termen scurt, mediu și lung, în contextul provocărilor aduse de urgența medicală provocată de COVID19. Lucrurile nu pot fi însă rupte din contextul mai larg european și internațional, ceea ce face necesară plasarea României în plan mai larg, atât geografic, cât și istoric. Pornind de la lecțiile oferite de pandemiile anterioare și de la trendurile descrise în alte state, lansăm o serie de ipoteze referitoare la felul în care pandemia va influența dinamica de ordin demografic. Viitorul va fi însă cel care va confirma sau va infirma ipotezele noastre, din acest motiv, cele scrise în acest raport trebuie considerate cu precauțiile de rigoare.

Datele analizate în raport se referă la perioada 15 aprilie – 2 mai 2020, mențiune importantă în contextul în care dinamica socială, politică, economică a fost și este foarte mare, de la declanșarea pandemiei. Deși echipa de cercetare a lucrat la foc continuu în ultimele două luni, analiza unui volum mare de date și redactarea textelor a necesitat timp, ducând la diseminarea cu o oarecare latență a rezultatelor. De aici decurge o a doua limitare a celor cuprinse în raport și anume cea legată de schimbările care au apărut de la momentul în care autorii studiului au analizat datele și până în momentul diseminării raportului. Numărul de cazuri de infectare cu COVID19 în România a crescut între timp cu aproape 30%. A crescut și numărul deceselor, dar și al celor care s-au vindecat. O parte din restricțiile impuse pentru combaterea răspândirii virusului au fost ridicate pe 15 mai, însă efectele în plan demografic nu dispar și multe din ele se vor face simțite abia în luni sau chiar ani. Mai mult, apariția unui al doilea val de îmbolnăviri este prognozată atât în România, cât și în alte colțuri ale lumii, iar lecțiile primului val trebuie să folosească drept fundament pentru combaterea efectelor negative asociate cu posibile valuri epidemice viitoare.

Realizarea raportului a fost posibilă datorită sprijinului constant pe care echipa de cercetare l-a primit din partea Institutului de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române. Mulțumim pe această cale Academicianului Cătălin Zamfir, Director General și lui Sorin Cace, Cercetător Științific I și Director Adjunct pentru suportul acordat în activitatea de cercetare și pentru feedback-ul constructiv. Mulțumim, de asemenea, Profesorilor Dumitru Sandu și Bogdan Voicu pentru sfaturile de ordin metodologic. Mădălina Manea a contribuit cu observații și comentarii și a participat la colectarea unor date analizate în raport și îi mulțumim pentru inputul pe care l-a avut. Raportul reflectă exclusiv punctul de vedere al autorilor, care sunt singurii responsabili pentru conținutul acestuia.

18 mai 2020

Autorii

Capitolul 1 Introducere

1.1 Demografie și epidemiologie

Istoria ne arată că umanitatea s-a confruntat de multe ori cu epidemii care au avut consecințe mai mult sau mai puțin devastatoare asupra populației. Variola, holera, rujeola, tuberculoza și, mai ales, mult temuta ciumă au lovit în repetate rânduri populația globului, având impact puternic asupra societății, economiei, relațiilor politice și contribuind la modelarea istoriei (Hays, 2005). Deși toate au produs haos și teamă, impactul demografic al fiecăreia a variat în funcție de calea de transmitere, gradul de contagiozitate, grupa de vârstă cea mai afectată sau de expunerea anterioară a populației la un agent patogen similar. În același timp, o serie de caracteristici de ordin socio-demografic au jucat un rol important în răspândirea agenților patogeni, precum și în severitatea efectelor pe care epidemiile le-au avut asupra populației, economiei și societății, relația dintre caracteristicile populației și efectele produse de epidemii fiind una complexă, de determinare reciprocă.

Studiile de demografie istorică indică faptul că agenții patogeni acționează diferit la nivelul populației, unii având efecte devastatoare asupra întregii populații, în timp ce alții au avut un grad mai mare de selectivitate, afectând cu precădere anumite straturi ale societății sau anumite grupe de vârstă. Istoria consemnează în prima categorie epidemiile de ciumă care au bântuit Europa din secolul al XIV-lea până în secolul al XIX-lea și care au provocat îmbolnăviri și decese în egală măsură în rândul tuturor grupelor de vârstă și al tuturor claselor sociale, valul epidemic care a debutat în 1347 ducând la dispariția unei treimi din populația continentului (Hays, 2005; Karlsson, Kwiatkowski, Saveti, 2014). În timp ce ciuma nu alegea între nobil și iobag, alte epidemii au afectat mai ales populația săracă, răspândirea acestora fiind strâns legată de nutriție, condiții de igienă și accesul la surse de apă neinfestate, cum este cazul holerei (Jutla et al., 2013; Mamelund, 2004). Acțiunea selectivă a bolilor contagioase se regăsește inclusiv în contextul epidemiilor de gripă sezonieră care afectează cu precădere copiii, vârstnicii și persoanele cu boli cronice preexistente. Această selectivitate poate avea efecte asupra structurii pe vârste a populației, în cazul în care rata de mortalitate este ridicată mai ales în rândul unei anumite categorii de vârstă.

Incidența epidemiilor, precum și mortalitatea prin aceste îmbolnăviri depind de anumiți factori de ordin demografic și social. Studiile de epidemiologie arată că atât transmiterea anumitor boli contagioase, cât și gravitatea îmbolnăvirilor depind de intersecția unor factori precum structura de vârste a populației (Jarosz, 2020; Mossong et al., 2008), densitatea populației (Rocklöv, Sjödin, 2020), dimensiunea gospodăriei (Geard et al., 2015) și tipul acesteia (multi-generațională sau cu mai multe nuclee de familie). Rolul acestor factori în dinamica epidemiilor depinde în mare măsură de caracterul selectiv, de exemplu numărul ridicat de gospodării multi-generaționale poate să favorizeze apariția unor cazuri grave de gripă, din cauza conviețuirii dintre copii de vârstă preșcolară care se infectează ușor la intrarea în colectivitate și persoanele vârstnice, care dezvoltă forme grave de boală (Geard et al., 2015).

Migrația și mobilitatea teritorială au jucat mereu un rol important în răspândirea epidemiilor, călătoria dintr-o comunitate în alta favorizând transmiterea bolilor contagioase dincolo de limitele focarelor deja existente (Dobson, Carper, 1996). Deși mobilitatea teritorială a contribuit la răspândirea acestor boli indiferent de perioada istorică, epoca modernă a adus noi provocări din punct de vedere epidemiologic, deoarece mijloacele de transport moderne permit călătoriile pe distanțe mari în intervale foarte scurte de timp, ceea ce favorizează transmiterea rapidă în varii regiuni ale globului a unor boli infecțioase care au perioadă de incubație mai lungă decât durata călătoriei, astfel încât îmbolnăvirea survine după sosirea la destinație (Gushlak, MacPherson, 2001).

Deși medicina modernă a permis eradicarea unui mare număr de boli infecțioase, mijloacele de transport de mare viteză au pus omenirea în fața unui nou timp de provocări. Pandemia provocată de SARS-COV2/ COVID19 se înscrie în această categorie de noi riscuri. Îmbolnăvirile cu acest virus au fost semnalate în China în ultima zi din 2019. Pe 11 martie 2020, adică 72 de zile mai târziu, Organizația Mondială a Sănătății încadra situația în categoria pandemiilor, în contextul în care se înregistrau mai mult de 118 000 de cazuri în 114 țări, fiind raportate 4291 de decese la nivel mondial (WHO, 2020). Din cauza perioadei relativ lungi de incubare (între 2 și 14 zile), a faptului că o parte dintre cei care se infectează rămân asimptomatici fiind vectori de transmitere a infecției și în contextul în care libera circulație a persoanelor între multe dintre statele lumii a dus la eliminarea triajului epidemiologic la trecerea frontierei (MacPherson, Gushlak, MacDonald, 2007), virusul s-a răspândit foarte repede pe distanțe mari, afectând în mod direct sau indirect întreaga populație a globului.

Acest raport abordează relația dintre factorii de ordin demografic și pandemia COVID19 în România. Demersul se focalizează pe prezentarea implicațiilor pe care pandemia le are din punct de vedere demografic, a felului în care urgența medicală, precum și întregul complex de măsuri adoptate pentru combaterea răspândirii virusului le au asupra populației. Deoarece pandemia este în plină desfășurare și nu există date care să permită realizarea unor analize foarte aprofundate sau a unor predicții pe termen mediu sau lung, raportul îmbină analiza datelor disponibile în momentul acesta, provenind din surse oficiale (Institutul de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății, Ministerul de Interne, Poliția de Frontieră, Institutul Național de Statistică), cu analiza literaturii de specialitate dezvoltată pornind de la efectul altor epidemii asupra dimensiunii, structurii și dinamicii populației.

Ne propunem astfel, o trecere în revistă a situației actuale, văzută prin prisma efectelor semnalate în literatura de specialitate, pe baza cărora lansăm o serie de ipoteze cu privire la impactul potențial al crizei actuale asupra mortalității, fertilității, relațiilor de cuplu și asupra migrației internaționale în cazul României. Efectele caracteristicilor demografice ale populației asupra pandemiei sunt analizate prin prisma impactului pe care îl au asupra prevalenței infectării cu COVID19 în România.

1.2 Câteva elemente de demografie istorică

Apariția bolilor epidemice coincide cu declanșarea revoluției agricole prin transferul bacteriilor și virusurilor de la animalele domestice la om, proces facilitat și de crearea comunităților umane sedentare, a căror densitate a crescut datorită îmbunătățirii tehnologiilor agricole (Diamond, 1998). De exemplu, rujeola a apărut în urma domesticirii câinilor, în timp ce variola se pare că a trecut de la vite la om (Dobson, Carper, 1996). Progresul tehnologic a venit, așadar, cu dezavantajul rapidității transmiterii factorilor patogeni, accelerat o dată cu creșterea densității așezărilor umane și a legăturilor dintre acestea. Trecerea barierei dintre specii a expus oamenii unor bacterii și virusuri față de care nu exista imunitate, ceea ce a dus la început la o rată ridicată de infectare și la un număr considerabil de decese.

Demografia istorică descrie valuri succesive ale unor epidemii care au bătut Antichitatea, Evul Mediu și chiar și epoca modernă, pe perioade mai scurte sau mai lungi de timp, până când s-a produs imunizarea colectivă sau a apărut un vaccin care a limitat răspândirea bolii (Dobson, Carper, 1996, Hays, 2005). Astfel, ciuma a provocat epidemii recurente în Europa de la jumătatea secolului al XIV-lea până în secolul al XIX-lea (Poos, 1981), în timp ce gripa a fost prima dată semnalată în Europa și Japonia în 1556, rata de mortalitate fiind în jur de 20% (Dobson, Carper, 1996). Diferiți viruși gripali au continuat să apară în jurul globului, răspândirea acestora fiind favorizată de temperaturile scăzute, însă gripa

spaniolă din 1918 – 1920 a rămas în istorie ca una dintre pandemiile cu efecte devastatoare, ducând la un număr de 20 milioane de decese (McNeil, 1976).

Gripa continuă să afecteze societățile contemporane provocând uneori un număr mare de îmbolnăviri la nivel mondial. Conform Programului Global de Monitorizare a Gripei al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) „o epidemie apare atunci când un virus gripal care nu a circulat anterior printre oameni și la care majoritatea nu au imunitate, apare și se transmite printre oameni” (WHO, 2018a). Circulația virusului din 2009 în populație a condus în timp la transformarea sa în virus sezonier (idem). Conform OMS, 650.000 de oameni mor anual din cauza afecțiunilor respiratorii asociate gripelor sezoniere. Comparativ, se estimează că în fiecare an apar în lume până la 4 milioane de cazuri de holeră dintre care 143.000 de decese.

Transmiterea gripei este controlată prin vaccinare anuală, revaccinarea fiind necesară din cauza mutațiilor pe care virusul gripal le suferă de la un an la altul. Vaccinarea antigripală este recomandată în special categoriilor predispușe la complicații asociate în cazul îmbolnăvirii cu virusul gripal: femei însărcinate, persoane peste 65 de ani, copii cu vârste între 6 luni și 5 ani sau persoane cu antecedente medicale cronice (WHO, 2018b).

Analiza pandemiilor din ultimul secol permite identificarea patternurilor naționale de reacție din care ne putem inspira pentru fundamentarea deciziilor publice actuale cu impact asupra sănătății populației. Dacă în cazul primelor pandemii prezentate în Tabelul 1 se putea identifica un culoar specific și predictibil de răspândire (ex. mișcarea unor mari trupe militare, rețeaua de transport feroviar, conglomerate urbane sau culoare comerciale importante frecvent circulate), expunerea populației în contextul actual se face într-un context global cu valuri succesive a căror frecvență și amploare sunt mai greu predictibile (Saunders-Hastings, Krewski, 2016).

Tabel 1. Pandemii raportate în ultimii 120 de ani

Denumire	Ani	Număr aproximativ de decese
Gripa rusească	1889	250.000 (Europa) 1 milion (mondial)
Gripa spaniolă	1918-1920	40-50 milioane
Gripa asiatică	1957-1958	1-4 milioane
Gripa din Hong Kong	1968-1970	500.000-4 milioane
Gripa porcină	2009-2010	Până la 575.000
COVID19	2019-	243.074 (30.04)

Sursa: Tognotti 2009, Saunders-Hastings, Krewski 2016,

<https://weather.com/health/cold-flu/news/2020-01-31-5-worst-flu-outbreaks-in-recent-history>

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/past-pandemics>

<https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Sondajele pe bază de chestionar și studiile de caz ale autorităților britanice cu privire la impactul național al celor patru valuri ale gripei rusești au evidențiat accelerarea decesului pentru persoanele cu comorbidități, importanța izolării cazurilor ușoare sau asimptomatice, impactul economic al absenteismului lucrătorilor afectați, profilul celui infectat (ex. lucrător navetist în capitală, copil școlar) sau a locurilor cu potențial ridicat de transmitere a virusului (ex. galeriile mari unde lucrau înghesuiți telegrafistii). Printre măsurile adoptate s-au numărat ventilarea clădirilor publice, igienizarea camerelor cu bolnavi, evitarea adunărilor publice, izolarea la domiciliu, odihnă, căldură și izolarea bolnavilor. Comparativ cu alte sezoane gripale s-a constatat o schimbare a deceselor în funcție de vârstă. Dacă până atunci cei mai afectați erau copiii mici și persoanele vârstnice, s-a constatat o preponderență a cazurilor cu vârste cuprinse

între 20 și 40 de ani. O altă concluzie a fost că ultimele valuri ale gripei au fost și cele mai violente ca număr de decese. S-au făcut recomandări privind stocul necesar de personal medical și măsurile de internare a bolnavilor în spitale. Totuși, în contextul Primului Război Mondial, acestea nu s-au aplicat în Marea Britanie și nu au contribuit la reducerea numărului de decese în cazul gripei spaniole (Honigsbaum, 2011).

Inconvenabil, progresul medicinei în general, al științelor farmaceutice, în special, vin în întâmpinarea nevoilor de protecție sanitară a populației. Totuși, impactul globalizării în toate sferele economice și mai ales în formele de adaptare a virusurilor la tratamente promovate în diferite țări atrage atenția asupra utilității cooperării internaționale în vederea identificării celor mai eficiente modalități de tratament, prevenire și combatere. În această direcție de combatere a apariției unei pandemii, departamentul specializat în monitorizarea evoluției virusurilor gripale cu impact asupra sănătății publice¹ din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății a transmis în septembrie 2019 statelor membre o serie de recomandări tehnice cu privire la ajustarea compoziției din vaccinurile antigripale (WHO, 2019).

Pe parcursul istoriei societățile umane au dezvoltat o serie de mecanisme de protecție față de răspândirea bolilor contagioase, plasarea în carantină a celor bolnavi sau suspecti a fi bolnavi, precum și a călătorilor care soseau din alte țări fiind măsuri reglementate inclusiv prin acorduri internaționale (MacPherson, Gushlak, MacDonald, 2007). Eradicarea sau scăderea masivă a riscului de transmitere a unor agenți patogeni care provocau epidemii în trecut, a dus la concentrarea studiilor de sănătate publică pe combaterea unor boli infecțioase insidioase, precum tuberculoza sau a efectelor cronice ale unor boli infecțioase, de exemplu Hepatita C (Gushlak, MacPherson, 2001). În plus, volumul foarte mare al traficului internațional și călătoriile rapide pe distanță lungă au dus la eliminarea carantinării pasagerilor (Gushlak, MacPherson, 2001). La izbucnirea pandemiei COVID19 statele globului lăsaseră garda jos în fața transmiterii unor boli contagioase, ceea ce a favorizat propagarea cu viteză foarte mare a virusului.

1.3 Pandemia COVID19 în România

Primul caz de infecție cu SARS-COV2 a fost raportat în România pe data de 27.02.2020, caz apărut în urma contactului cu un cetățean străin care vizita România. Urmând patternul de evoluție al transmiterii COVID19, numărul de cazuri a crescut exponențial în perioada următoare, în data de 1.05.2020 fiind raportate oficial un număr de 12 567 cazuri, 726 de decese și 4328 vindecări, ceea ce înseamnă o rată de deces de 6% și de vindecare de 34%². Conform datelor mondiale din 30 aprilie 2020 s-a estimat că Europa înregistrează 46% dintre îmbolnăviri și 63% din decese. Cele mai multe cazuri au fost înregistrate în Spania, Italia, Marea Britanie, Germania și Franța (Kluge, 2020). Analiza datelor privind evoluția pandemiei în România evidențiază o creștere constantă a cazurilor confirmate și a numărului de decese, o evoluție crescândă, dar „în dinți de fierăstrău” a numărului de cazuri confirmate, de pacienți internați la ATI, a cazurilor active și a numărului de decese și o scădere a ratei de mortalitate³ (UEFISCDI, 2020).

¹ Sistemul Global de Supraveghere și Răspuns la Gripă este o structură globală de instituții de sănătate publică coordonate de OMS și care includea în septembrie 2019 142 de Centre naționale dedicate gripei din 115 state membre OMS, 6 OMS centre pentru gripă în colaborare, 4 Laboratoare

² Conform <https://datelazi.ro> accesat în 1.05.2020 ora 13.30

³ Raportul dintre numărul decedaților și suma dintre decedați și cei vindecați

România se numără printre statele care a adoptat măsuri de prevenire a transmiterii virusului imediat după confirmarea primelor cazuri de infectare cu COVID19. Astfel, școlile au fost închise în data de 11 martie. Elevii din clasele a VIII a și a XII a urmează să revină la școală opțională în data de 2 iunie în clase de maxim 10 elevi și pentru o perioadă de două săptămâni⁴. Starea de urgență a fost instaurată în 16.03 (Decretul 195/ 16.03.2020) pentru o lună de zile și a fost prelungită cu încă o lună⁵. În data de 18.03 s-au luat primele măsuri cu privire la aglomerările de persoane prin suspendarea activității restaurantelor, dar și activități culturale, științifice, artistice, religioase șamd din spații închise precum și cele care implică mai mult de 100 de persoane în spații deschise (Ordonanță Militară 1 18.03). Măsurile privind restricționarea deplasărilor în afara domiciliului au fost adoptate în data de 21.03 (Ordonanța Militară 2). În acest moment este în discuție decizia de încetare a stării de urgență în data de 15 mai și de intrare în starea de alertă⁶. O decizie finală se va lua în funcție de evoluția pandemiei în România.

Evoluția pandemiei în perioada următoare este marcată de incertitudine. Conform OMS (2020), la ora actuală există la nivel mondial 108 proiecte de cercetare dedicate producerii unui vaccin, însă scenariul cel mai optimist prevede o producție suficientă pentru începerea imunizării în masă a populației abia la începutul anului 2021. În lipsa unui vaccin este de așteptat ca pandemia să continue cel puțin încă doi ani, existând perioade de respiro, urmate de noi valuri de îmbolnăviri (Li et al, 2020), finalul pandemiei fiind condiționat de imunizarea pe cale naturală a unui număr suficient de mare de persoane astfel încât virusul să nu mai găsească gazde pe care să le infecteze (Denworth, 2020). Indiferent de scenariu, oamenii vor trebui să coabiteze cu virusul cel puțin până la începutul anului viitor. În acest context, analiza impactului în plan demografic al epidemiei trebuie să ia în considerare efectele pe care prelungirea pandemiei le poate avea asupra dimensiunii, structurii și mobilității teritoriale a populației.

Impactul principal în plan demografic, la care ne putem gândi când vorbim de o pandemie, este legat de mortalitate și morbiditate, îmbolnăvirile și decesele remodelând volumul și structura populației. Impactul real este însă mult mai amplu, în caz de epidemie existând nu numai victime și supraviețuitori direcți, în rândul celor care au dezvoltat boala și au supraviețuit. Dincolo de aceștia există o categorie mult mai numeroasă, cea a *supraviețuitorilor colaterali*, persoane ale căror vieți au fost afectate de criza sanitară, precum și de efectele în plan social și economic ale acestei crize (Stone, 2020). Acest raport analizează impactul demografic al pandemiei în ansamblul ei, luând în considerare atât impactul crizei sanitare, cât și, sau mai ales, pe cel asupra vieții economice și sociale care conduce la creșterea numărului supraviețuitorilor colaterali, remodelând fertilitatea, nupțialitatea sau mobilitatea teritorială.

Raportul ia în considerare patru tipuri de factori prin care pandemia de COVID19 acționează asupra fenomenelor și proceselor demografice.

1. **Criza sanitară.** Infecția cu SARS-COV2 a dus la infectarea unui mare număr de persoane atât în România, cât și la nivel global. Deși mortalitatea nu este una ridicată,

⁴ <https://www.mediafax.ro/social/monica-anisie-anunt-important-cand-se-vor-sustine-examenele-de-evaluare-nationala-si-bacalaureat-cand-se-reiau-cursurile-pentru-elevii-din-clasele-a-8-a-si-a-12-a-19101133>

⁵ <https://www.presidency.ro/ro/media/comunicate-de-presa/decret-semnat-de-presedintele-romaniei-donnul-klaus-iohannis-privind-prelungirea-starii-de-urgenta-pe-teritoriul-romaniei>

⁶ <https://www.presidency.ro/ro/media/declaratii-de-presa/declaratia-de-presa-sustinuta-de-presedintele-romaniei-donnul-klaus-iohannis1587554730>

în jur de 3,2% din cazuri se află zilnic la terapie intensivă în România, având nevoie de îngrijire pe o perioadă între una și patru săptămâni (UEFISCDI, 2020). Se estimează că numărul real de cazuri de infectare cu COVID19 este de 4 ori mai mare la nivel mondial decât numărul cazurilor diagnosticate, însă acest număr variază de la țară la țară (Bohk-Ewald, Dudel, Myrskylä, 2020). Criza produsă de COVID a necesitat schimbarea circuitelor de funcționare în spitale, achiziționare de echipamente de protecție pentru personalul din sistemul sanitar, achiziționarea de medicamente și echipament medical, toate însemnând presiune ridicată și costuri mari în sistemul sanitar. În plus, numeroasele incertitudini legate de efectele virusului asupra organismului pe termen mediu și lung, asupra fătului în cazul femeilor gravide lasă o serie întreagă de semne de întrebare la care nu există răspuns și care pot să genereze alte crize sanitare în viitor.

2. **Criza economică.** Pentru România, Comisia Europeană estimează pentru 2020⁷ o reducere accentuată a PIB (6%), urmată de o revenire moderată în 2021 (4%), fiind așteptat ca un rol determinat pentru creșterea din 2021 să revină consumului privat, care a constituit principalul motor economic și în anii anteriori. Caracteristic dinamicii economiei în această perioadă este și creșterea șomajului, de la 3.9% în 2019 la 6.5% în 2020. Comisia Europeană subliniază faptul că proiecțiile pentru perioada următoare sunt supuse unui grad ridicat de incertitudine, cauzele comune cu cele ale altor state fiind atribuite crizei sanitare și turbulențelor economiei globale, dar și din cauza unor factori specifici, România fiind surprinsă de criza sanitară într-o fază de reducere a creșterii economice și cu un deficit bugetar de peste 3% din PIB. Comisia Europeană estimase, în februarie 2020⁸, o reducere a creșterii economice de la 7.1% din PIB în 2017 și 4.4% în 2018, la o valoare estimată de 3.9% în 2019, perspectiva inițială fiind una de reducere la 3.8% pentru 2020 și 3.5% în 2021. Diferența uriașă dintre estimările Comisiei Europene pentru evoluția economiei românești, făcute la doar trei luni distanță (în februarie se estima o creștere de 3.8% din PIB pentru 2020, în luna mai fiind corectată la o reducere de 6% din PIB), arată cât de puternic este impactul crizei pandemice asupra economiei, fiind de așteptat ca declinul economiei să fie însoțit și de efecte sociale importante.
3. **Restricțiile de circulație.** Acestea au fost instituite nu numai la noi, ci în întreaga lume, în scopul stopării transmiterii virusului. Pe perioada stării de urgență, în România părăsirea domiciliului a fost permisă numai în anumite condiții, călătoriile în afara localității de domiciliu sau peste graniță fiind, de asemenea, restricționate. Restricțiile de circulație au efecte nu numai în limitarea mobilității teritoriale și restrângerea posibilităților de stabilire a domiciliului în altă localitate sau în altă țară, ci și asupra vieții de familie, ducând la separarea temporară a familiilor transnaționale sau a familiilor de tip *living together apart*.
4. **Distanțarea și izolarea socială** își pun amprenta asupra calității vieții (Zamfir, Zamfir, 2020) cu efecte multiple asupra sănătății mentale, relațiilor de cuplu sau fertilității. Limitarea contactelor sociale, restricție impusă tot pentru stoparea transmiterii virusului, limitează interacțiunile zilnice ale indivizilor la sfera membrilor gospodăriei și a colegilor de muncă și reduce contactele cu exteriorul, afectând relațiile sociale imediate.

⁷ European Commission (2020) European economic forecast – spring 2020 report

⁸ European Commission (2020) European economic forecast – winter 2020 (interim report)

Următoarele capitole analizează mortalitatea și morbiditatea, fertilitatea și relația de cuplu, diaspora românească și mobilitatea la frontieră, precum și măsurile de politici publice adoptate pentru a combate și preveni efectele pandemiei prin prisma acestor patru factori.

Referințe bibliografice

Bohk-Ewald, C., Dudel, C., Myrskylä, M. (2020). *A demographic scaling model for estimating the total number of COVID-19 infections*, <https://arxiv.org/pdf/2004.12836.pdf>

Denworth, L. (2020). *How the COVID-19 Pandemic Could End*. <https://www.scientificamerican.com/article/how-the-covid-19-pandemic-could-end1/>

Diamond, J. M. (1998). *Guns, germs and steel: a short history of everybody for the last 13,000 years*. Random House.

Dobson, A., Carper, R. (1996). Infectious Diseases and Human Population History: Throughout history the establishment of disease has been a side effect of the growth of civilization, *BioScience*, 46 (2): 115–126, <https://doi.org/10.2307/1312814>

Geard, N. et al. (2015). The effects of demographic change on disease transmission and vaccine impact in a household structured population. *Epidemics*, 13, 56-64, <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2015.08.002>

MacPherson, D., Gushulak, B. (2001). Human Mobility and Population Health: New Approaches in a Globalizing World. *Perspectives in biology and medicine*. 44. 390-401. 10.1353/pbm.2001.0053.

Hays, J. (2005). *Epidemics and Pandemics: Their Impacts on Human History*. Santa Barbara: ABC Clío

Honigsbaum, 2011, The Russian's influenza in the UK: lessons learned, opportunities missed, Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

<http://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/statements/statement-we-cannot-allow-the-impact-of-covid-19-to-be-amplified-by-neglecting-other-vital-health-protection-measures>

<https://uefiscdi.gov.ro/resource-829866?&wtok=&wtkps=XY5NDoIwEEbv0rXU/tBQhjsYE08AtNVGpNBSMBrvbsGF0dVMvnlvZmoQ8AzAAQWrUBUgJ4B8OXJTko434/BgI7uaSx7vwywzaqKaeJ8J7WUzrTWFZNeaNpScbEkBSKmhP572vCBMMkmEXAcssd9kR3MqOWFEfyyxWYc/h6Z3fkEGaNHbxdTdnIqdxs6fcdTGhlZZPFu94NpPtnUdq15v&wchk=936a345f581d6e180501eeb6d406a791e76ac005>

https://www.who.int/influenza/human_animal_interface/virology_laboratories_and_vaccines/influenza_virus_infections_humans_Oct_18.pdf?ua=1

https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201909_qanda_recommendation.pdf?ua=1

<https://www.who.int/mediacentre/infographic/influenza/influenza-en-7february2018.pdf?ua=1>

Jarosz, B. (2020). Comparing age structures in times of COVID19. *Applied Demography*, http://www.populationassociation.org/wp-content/uploads/CAD_SpecialEdition_COVID19_March2020.pdf

Jutla, A., Whitcombe, E., Hasan, N., Haley, B., Akanda, A., Huq, A., Alam, M., Sack, R. B., & Colwell, R. (2013). Environmental factors influencing epidemic cholera. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 89(3), 597–607. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.12-0721>

Karlsson E., Kwiatkowski D., Sabeti P. (2014) Natural selection and infectious disease in human populations. *Nature Review Genetics* 15(6):379-93. doi: 10.1038/nrg3734

Kluge, H. H., 2020, Statement to press – We cannot allow the impact of COVID-19 to be amplified by neglecting vital health protection measures

Li et al. (2020). Propagation analysis and prediction of the COVID-19. *Infectious Disease Modelling*. 5: 282-292

MacPherson, D., Gushlak, B., MacDonald, L. (2007). Health and foreign policy: influences of migration and population mobility. *Bulletin of the World Health Organization* 85:200-206.

Mamelund, S.E. (2004) An egalitarian disease? Socioeconomic status and individual survival of the Spanish Influenza pandemic of 1918-19 in the Norwegian capital of Kristiania. . Department of Economics University of Oslo

McNeill W. (1976). *Plagues and people*. New York: Anchor Press/Doubleday

Mossong, J. et al. (2008). Social Contacts and Mixing Patterns Relevant to the Spread of Infectious Diseases. *PLOS Medicine*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050074>

OMS (2020). *DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines – 5 May 2020*, <https://www.who.int/who-documents-detail/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>

Poos L. R. (1981). Plague mortality and demographic depression in later medieval England. *The Yale journal of biology and medicine*, 54(3), 227–234.

Rocklöv, J., Sjödin, H. (2020). High population densities catalyze the spread of COVID-19. *Journal of Travel Medicine*, taaa038, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa038>

Saunders-Hastings, P. & Krewski, D. (2016) Reviewing the History of Pandemic Influenza: Understanding Patterns of Emergence and Transmission, *Pathogens*, 5 (4)

Stone, L. (2020) Short-Run Fertility Responses to Mortality Events: A look to the past, *Applied Demography*, Population Association of America - Committee on Applied Demography

Tognotti, E. 2009, Influenza pandemics: a historical retrospect, *Emerging Problems in Infectious Diseases*, 3 (5), pp. 331-334

UEFISCDI, 2020, Evoluția cazurilor de COVID-19 în România, 30 aprilie 2020

World Health Organization (2018a) Influenza virus infections in humans October 2018,

World Health Organization (2018b) What to know about seasonal influenza

World Health Organization (2019) Questions and answers Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the southern hemisphere 2020 influenza season and development of candidate vaccine viruses for pandemic preparedness

Zamfir, C., Zamfir, E. (2020). *Calitatea vieții în timpul pandemiei: probleme și politici de răspuns. Un punct de vedere sintetic*. ICCV, <http://www.iccv.ro/wp-content/uploads/2020/04/Raport-social-ICCV-27-aprilie-2020.pdf>

Capitolul 2 Morbiditatea și mortalitatea prin COVID19 în Europa și România

2.1. Introducere

Pandemia de COVID19 este în primul rând o criză sanitară, care afectează starea de sănătate a populației, provoacă pierderi de vieți omenești și pune o presiune ridicată asupra sistemului de îngrijire a sănătății din statele afectate. În acest context, numărul îmbolnăvirilor, numărul deceselor și starea sistemului de îngrijire a sănătății se află în centrul analizelor dedicate impactului COVID19 asupra populației. Analiza datelor privind morbiditatea și mortalitatea prin COVID19 ne oferă o imagine de ansamblu asupra impactului epidemiei, iar pe baza acestor date, decidenții politici adoptă anumite măsuri de politică publică în vederea limitării răspândirii infectării.

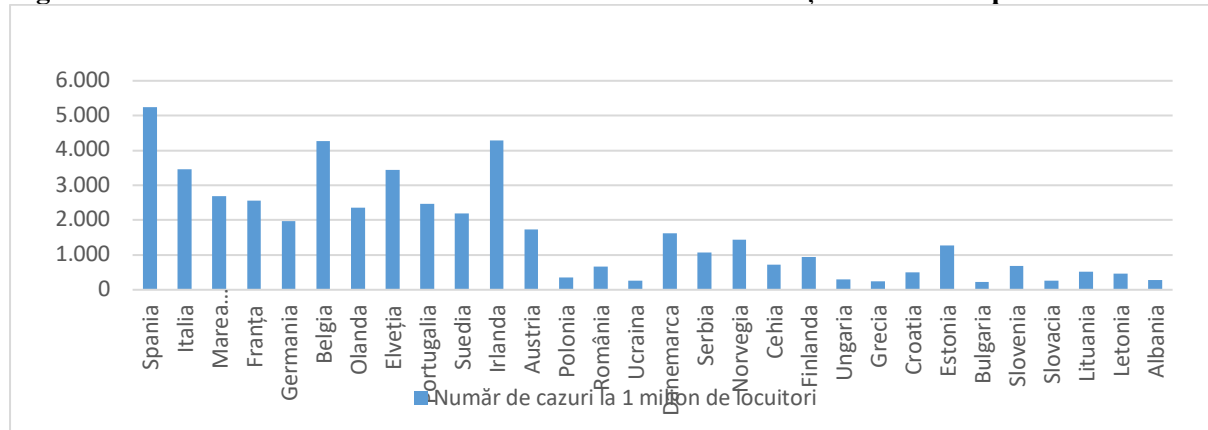
Un element central în evaluarea impactului COVID19 asupra mortalității și morbidității îl reprezintă felul în care se definește îmbolnăvirea și decesul prin COVID19, mai exact cine este considerat a fi bolnav și în ce condiții decesul este atribuit SARS-CoV2 sau altor patologii asociate. Definiția de caz diferă de la o țară la alta și chiar în aceeași țară, de la un moment de timp la altul. De exemplu, Belgia declară un număr foarte mare de decese, însă numără ca decese cauzate de COVID19 atât decesele în rândul cazurilor confirmate prin analize de laborator, cât și pe cele ale unor pacienți netestați, dar care au avut probabilitate mare de infectare (persoane aflate în instituții unde s-au înregistrat alte cazuri de COVID19 confirmate în laborator, deci au fost expuse riscului infectării) (Schultz, 2020). România raportează ca decese COVID19 numai cele survenite în cazul unor pacienți care au avut un rezultat pozitiv la test (CNSCBT, 2020a). În plus, țările actualizează definițiile de caz periodic, în funcție de evoluția pandemiei și de recomandările transmise de OMS (CNSCBT, 2020b), România operând astfel de modificări pe 27 martie și 28 aprilie (CNSCBT, 2020a, 2020b). Din aceste motive, comparabilitatea datelor la nivel de țară sau între două momente de timp trebuie privită în contextul în care a fost înregistrat cazul și considerată cu precauție.

Prima parte a capitolului vorbește despre contextul european și vedem că există o morbiditate și o mortalitate diferită în țările europene și câțiva factori care par a explica aceste diferențe. În continuare, prezentăm situația din România și vorbim despre deosebirile dintre județele țării și de o serie de factori socio-demografici asociați la nivel de județ care ar putea explica situația actuală. Analizăm categoriile de populație cu risc crescut în urma eventualei infectări cu COVID19, printre acestea în mod special persoanele cu vârsta de peste 65 ani și persoanele cu comorbidități. Nu în ultimul rând, vorbim despre sistemul de sănătate publică din România și acordarea asistenței sanitare persoanelor infectate COVID19, dar și de situația testării în privința persoanelor infectate sau posibil infectate.

2.2. Mortalitate și morbiditate prin COVID19 la nivel european

Numărul infecțiilor cu COVID19 confirmate la nivel global (în data de 02.05.2020) se ridică la peste 3 milioane de cazuri și peste 200.000 decese, cu o mortalitate globală de 7,23% (Guvernul României, 2020). Cele mai afectate țări europene erau la acel moment Spania, Italia, Regatul Unit al Marii Britanii și Franța.

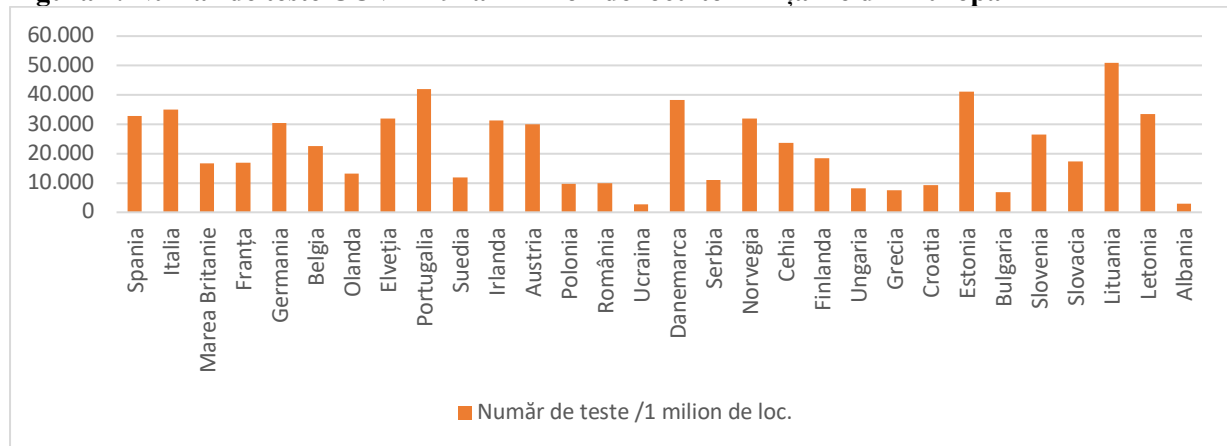
Figura 1. Număr de cazuri COVID19 la 1 milion de locuitori în țările din Europa



Sursa: Worldmeters (2020)

https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdUOA?Si#countries
date din 02.05.2020

Figura 2. Număr de teste COVID19 la 1 milion de locuitori în țările din Europa



Sursa: Worldmeters (2020)

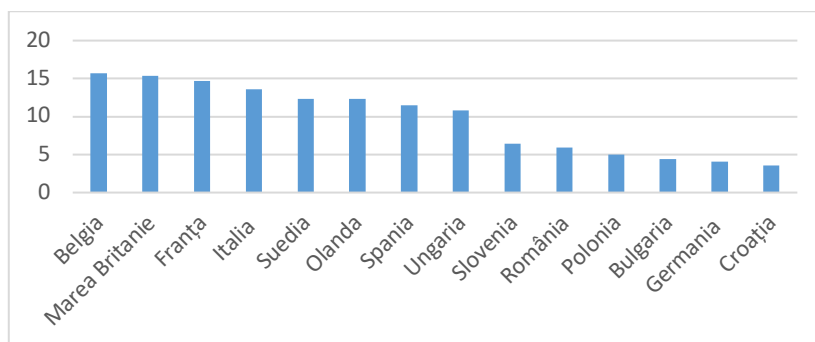
https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdUOA?Si#countries,
date din 02.05.2020

Conform datelor prezentate în Figura 2, numărul de teste efectuate de statele europene la milionul de locuitori diferă în funcție de capacitatea de testare a fiecărei țări, precum și de definiția de caz, ceea ce poate să ducă la diferențe în detectarea persoanelor infectate. Din cauza acestor diferențe se impun o serie de precauții cu privire la compararea numărului de persoane infectate și a indicatorilor de mortalitate la nivel de țară. România este pe ultimele locuri la capitolul testare cu 9.905 teste/1 milion de locuitori față de 30-35.000 teste și peste/1 milion locuitori cât au efectuat țări precum Spania, Italia, Germania, Danemarca, dar și Letonia, Lituania sau Estonia. (Worldmeters, 2020)

Ratele de mortalitate prin COVID19 diferă de la o țară europeană la alta, iar factorii determinanți care par a explica aceste diferențe, arată un studiu recent realizat de către Universitatea John Hopkins (2020), sunt structura diferită a populației infectate (mortalitatea mai mare în țările europene în care proporția persoanelor cu vârsta mai mare de 65 ani infectate a fost mai mare), de diferențele în numărul testelor făcute în scopul cunoașterii cât mai apropiate a ratei reale de infectare în rândul populației (atât timp cât un procent dintre cei cu COVID19 sunt asimptomatici), dar și de caracteristici ale sistemelor de sănătate (mortalitatea poate crește pe măsură ce spitalele devin copleșite de numărul de cazuri și au mai puține resurse), de

asemenea alți factori, care pot rămâne încă necunoscuți. (John Hopkins University and Medicine, 2020)

Figura 3. Rata mortalității prin COVID19 în diferite țări europene



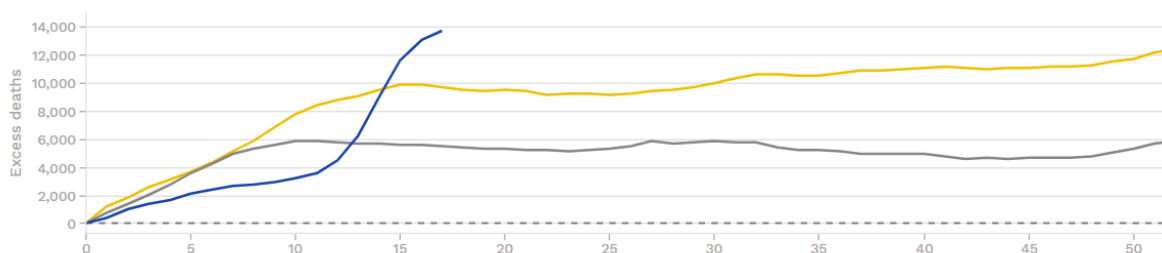
Sursa: John Hopkins University and Medicine (2020)

<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>, date din 02.05.2020

Datele colectate săptămânal în rețeaua europeană European Mortality Monitoring Project (EuroMOMO, 2020) arată că există o creștere a mortalității care coincide cu actuala pandemie COVID19. Mortalitatea adițională este mai importantă în unele țări europene față de altele și apare în primul rând în grupa de vârstă de peste 65 de ani, dar se înregistrează cazuri și în grupa de vârstă 15 și 64 de ani. (EuroMOMO 2020). Raportul EUROMOMO arată că rata mortalității a început să crească odată cu săptămâna 11 a anului 2020 în rândul tuturor celor cu vârste de peste 15 ani (perioada 9-15.03.2020), așa cum rezultă și din Figura 4 și Figura 5 (ambele preluate de la EUROMOMO).

Figura 4. Mortalitate adițională pentru grupa 15-64 ani pentru 24 de țări din Europa⁹ incluse în EUROMOMO

15-64 years

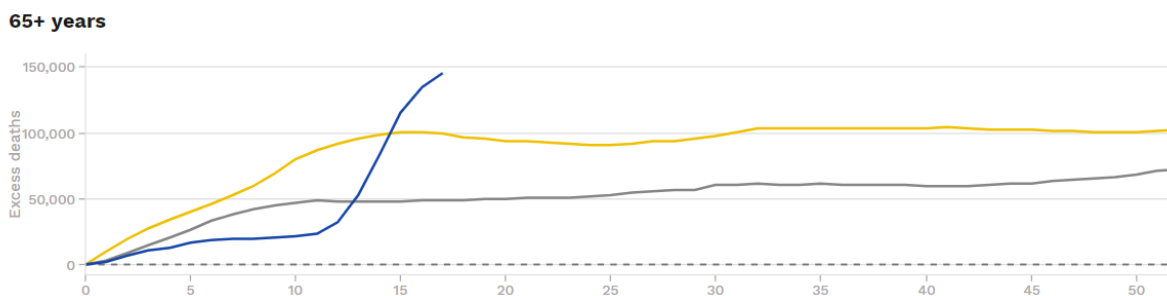


Sursa: EuroMOMO (2020), <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>.

Cu galben anul 2018, gri anul 2019, albatru anul 2020 (pe abscisa numărul de săptămâni din 2020)

⁹ Cuprinde date doar din 24 de țări europene care raportează către EUROMOMO: Austria, Belgia, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Ungaria, Irlanda, Italia, Luxemburg, Malta, Olanda, Norvegia, Portugalia, Spania, Suedia, Elveția, Marea Britanie

Figura 5. Mortalitatea adițională pentru grupa 65+ pentru 24 de țări europene incluse în EUROMOMO



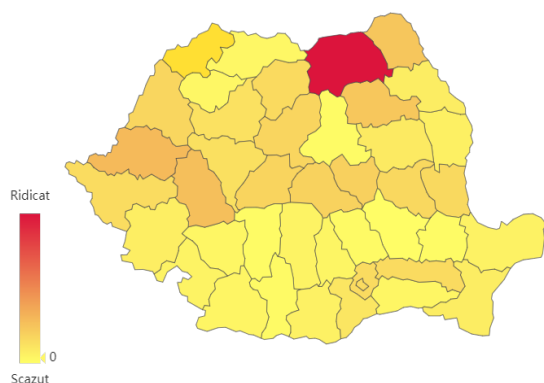
Sursa: EuroMOMO (2020), <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>

Cu galben anul 2018, gri anul 2019, albatru anul 2020 (pe abscisa numărul de săptămâni din 2020)

2.3. Mortalitate și morbiditate prin COVID19 în România

Numărul total cazuri la nivel național la data de 02.05.2020 era de 12.732, din care un număr de 755 decese, însemnând o rată a mortalității de 5,9. În stare gravă se află de asemenea 265 pacienți în secțiile ATI. În perioada 12-26 aprilie, aproape jumătate dintre cazuri (43.8% din totalul cazurilor) s-au înregistrat în județele Suceava, București, Botoșani, Arad și Bihor, arată statisticile oficiale din 26.03.2020 (Institutul Național de Sănătate Publică, 2020). Câteva județe atrag atenția cu un număr mai mare de cazuri de infectare. (vezi Tabelul 1). Suceava rămâne cel mai mare focar existent în țară (cu o incidență de 4,54 la mia de locuitori), conform datelor disponibile, alte județe cu incidență mare fiind Arad și Hunedoara. Municipiul București, deși are un număr de 1305 cazuri de infectare confirmate (în data de 2.05), are o rată de incidență de doar 0,69 la mia de locuitori, comparativ cu județele în care cel puțin un locuitor dintr-o mie a fost diagnosticat cu COVID19. (Guvernul României, 2020)

Figura 6. Incidența COVID19 în România



Tabel 1. Județe cu un număr mare de cazuri confirmate

Județ	Incidența la 1000 locuitori COVID	Număr cazuri COVID	Rata mortalității COVID	Număr de decese COVID
Suceava	4,54	2.881	4,89%	141
Arad	1,34	576	10,24%	59
Hunedoara	1,24	517	11,21%	58
Botoșani	1,11	458	7,20%	33
Neamț	1,09	512	5,66%	29
Brașov	0,86	473	5,49%	26
Sibiu	0,84	334	5,98	20
Mureș	0,81	447	8,94%	40
Bihor	0,80	460	2,17%	10
Galați	0,74	396	11,86%	47
Mun.București	0,69	1.305	3,90%	51
Timiș	0,68	466	6,86%	32

Sursa pentru Figura 6 și Tabel 1: Guvernul României (2020)

<https://stirioficiale.ro>

Date din 02.05.2020

În România, ca și în celelalte țări europene, mortalitatea este ridicată în rândul celor peste 60 ani, precum și în rândul celor cu comorbidități asociate. Un procent de 73.5% dintre decese a fost din grupa peste 60 ani, iar 86.4% din decese aveau comorbidități asociate, 64.4% din decese au fost la bărbați, 1 din 7 infecții era în rândul personalului sanitar la data de 26.04.2020. Printre comorbiditățile cu factor crescut de risc se numără afecțiunile cardio-vasculare, diabetul, afecțiunile renale, pulmonare, cancerul, obezitatea (INSP, 2020b).

Structura pe vârste pentru cazurile confirmate ne arată că 26% dintre cei testați pozitiv au vârsta peste 60 de ani. Proporția mare a populației de vârstă activă 20-60 ani (68%) în totalul cazurilor de infecții confirmate poate reprezenta o explicație pentru numărul relativ redus de internări ATI și mortalitatea redusă față de alte țări europene, Belgia, Franța și Marea Britanie raportând peste 15 decese la mia de locuitori prin COVID, așa cum rezultă din Figura 3.

Deși este greu de estimat la ora actuală impactul real al pandemiei asupra volumului populației, deoarece cele mai multe decese apar în rândul celor care au și alte comorbidități și nu poate fi decelată în totalitate cauza deceselor prin COVID19 de celelalte afecțiuni, numărul deceselor a crescut în luna aprilie 2020, în comparație cu media pe aceeași lună a anilor 2016-2019, în județele care raportează numărul cel mai mare de infecții COVID19, adică Suceava, Arad, Hunedoara și Mureș (Voinea, Dalcea, 2020). În Suceava s-au înregistrat cu 30% mai multe decese comparativ cu media lunii aprilie din patru ani anteriori, în timp ce în Dolj și Buzău, unde incidența COVID19 a fost mult mai redusă, numărul de decese este mai mic decât media anilor anteriori pentru aceeași perioadă (Voinea, Dalcea, 2020).

Și în cazul României, la fel ca și în cazul statelor incluse în statisticile furnizate de EUROMOMO, se înregistrează o mortalitate adițională după debutul pandemiei. Pe de altă parte, cum riscul de deces COVID19 este mai mare în rândul persoanelor peste 65 de ani și este asociat cu comorbidități care duc și ele la deces, profilul riscului de deces prin COVID19 este foarte similar cu cel al populației generale (Goldstein, Lee, 2020). Conform autorilor, diferența între situația generată de pandemie și o perioadă lipsită de evenimente deosebite, este că riscul de deces este concentrat într-o perioadă scurtă de timp și, pentru această perioadă, riscul de deces este mult mai mare decât în mod obișnuit. Rămâne de investigat pe termen mediu și lung, în ce măsură pandemia a grăbit sfârșitul unor persoane a căror speranță de viață nu era foarte lungă, caz în care după trecerea perioadei de vârf a pandemiei ne putem aștepta la o scădere a numărului de decese comparativ cu media anilor anteriori.

Datele din Tabelul 1 indică diferențe mari între județe în ceea ce privește numărul de decese și ratele de mortalitate. Aceste diferențe pot fi explicate prin structura diferită pe vârste a populației infectate la nivelul respectivului județ, structura diferită a comorbidităților asociate (unele neidentificate anterior), dar și prin capacitatea sistemului sanitar de răspuns. În contextul analizei datelor privind incidența la mia de locuitori și a ratei mortalității prin COVID19, județele Suceava, Hunedoara, Arad, Galați, Botoșani, Mureș și de asemenea Municipiul București, prezintă risc sporit de creștere a mortalității, acesta din urmă fiind și cea mai mare aglomerare urbană și cea mai mare aglomerare de populație în vârstă. În aceste cazuri, măsurile preventive, precum distanțarea socială și igiena personală sunt esențiale pentru a păstra sub control numărul de infecții și de decese.

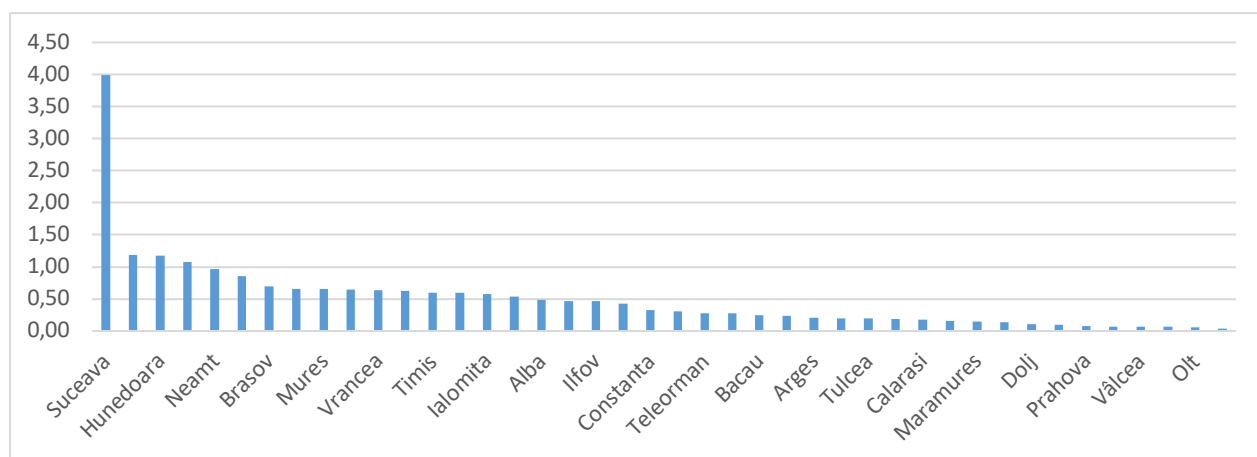
Acest capitol nu analizează în detaliu diferențele între județe în ceea ce privește mortalitatea prin COVID19, deoarece o investigație a factorilor care duc la rate de deces diferite pe județ trebuie să ia în considerare nu numai județul în care a fost înregistrat decesul, ci și județul de reședință al celui decedat, unii pacienți fiind transferați de la un spital la altul și dintr-un județ în altul. Factorii agravanți care pot să conducă la complicații sunt legați, însă, nu numai de tratamentul medical disponibil ci și de o serie de variabile care țin de stilul de viață al pacientului (igienă, alimentație, consum tutun, alcool) și existența unor boli nediagnosticate din

cauza lipsei de acces la serviciile de medicină primară, așa cum arată studiile realizate în cazul pandemiei de gripă spaniolă din 1918 - 1920 (Mamelund, 2004a).

2.4. Morbiditatea prin COVID19: Factori socio-demografici asociați la nivel de județ¹⁰

Numărul de îmbolnăviri, precum și numărul de decese cauzate de COVID19, variază de la un județ la altul, atât în cifre absolute, așa cum se preciza anterior, cât și în cifre relative, respectiv prin raportare la mia de locuitori din județ. Datele prezentate în Figura 7 indică existența unui focar în județul Suceava, unde 4 persoane dintr-o mie au fost diagnosticate cu COVID19 până în data de 25.04.2020, la care se alătură alte trei județe în care cel puțin un locuitor dintr-o mie a fost diagnosticat cu COVID până la aceeași dată, acestea fiind Arad, Hunedoara și Botoșani. La polul opus se situează Harghita, Olt și Buzău, unde rata de infectare la mia de locuitori variază între 0,06 și 0,03.

Figura 7. Cazuri de îmbolnăviri cu COVID19 la mia de locuitori pe județ (25.04.2020)



Sursa datelor: www.datelazi.ro

Pornind de la analiza relației dintre caracteristicile socio-demografice și numărul de cazuri care au apărut la nivelul unei comunități sau regiuni în cazul altor epidemii care au fost consemnate de istorie, precum și de la factorii care au favorizat transmiterea COVID19 în alte țări, epidemiologii și demografii indică o serie de factori care favorizează transmiterea virusului în populație. Între aceștia se numără densitatea populației, transmiterea fiind mai rapidă în zonele aglomerate din cauza probabilității crescute a contactului direct dintre persoane (Rocklöv, Sjödin, 2020), precum și mobilitatea populației la nivel teritorial, persoanele care călătoresc dintr-un loc în altul fiind un vector de transmitere al virusului (MacPherson, Gushlak, Macdonald, 2007). În această categorie se încadrează atât navetiștii, care călătoresc foarte des și care se presupune că au reprezentat un vector important de transmitere în cazul Wuhan-ului (Zhao et al., 2020), la care se adaugă circulația în afara granițelor țării, un vector important în acest caz fiind reprezentat de membrii diasporei de mobilitate.

Studiile făcute în cazul transmiterii altor virusuri, precum cel al gripei sezoniere, subliniază rolul pe care structura gospodăriei îl joacă în acest proces, gospodăriile cu un mare număr de membri sau cele care includ mai multe generații favorizând atât propagarea virusului din cauza contactului direct dintre persoane, cât și creșterea numărului de cazuri cu potențial de

¹⁰ La colectarea datelor analizate în această secțiune au contribuit Mădălina Manea, Delia Bădoi și Mălina Voicu, centralizarea datelor fiind realizată de Mădălina Manea.

agravare în contextul în care conviețuirea dintre familiile tinere cu copii și generația bunicilor face ca virusul să pătrundă cu ușurință în aceste gospodării prin intermediul nepoților care merg la școală sau grădiniță și să îi infecteze pe bunici care pot să dezvolte forme grave de îmbolnăvire din cauza vârstei înaintate și a co-morbidităților asociate (Geard și alții, 2015). Dudel et al (2020) subliniază rolul pe care structura gospodăriei îl joacă în propagarea COVID19. Deoarece transmiterea COVID19 este favorizată de igiena precară, un studiu care compară penetrarea COVID19 în diferite țări arătând că în țările în care oamenii se spală mai des pe mâini numărul de cazuri este mai mic (Pogrebna, Kharlamov, 2020), am considerat că lipsa de acces la apă curentă este un factor care poate să conducă la creșterea numărului de îmbolnăviri într-o anumită comunitate sau regiune, deoarece posibilitatea menținerii unei igiene personale stricte este mai redusă atunci când apa curentă lipsește.

Înțelegerea impactului pe care acești factori îl au asupra diferențelor dintre județe în ceea ce privește numărul de îmbolnăviri poate să joace un rol important în identificarea acelor zone care au potențial ridicat de a se transforma în focare COVID19 în perioada următoare. Pentru a analiza relațiile dintre factorii care duc la apariția unui risc ridicat de transmitere a virusului și rata de îmbolnăvire la nivel de județ, am realizat un model de regresie lineară pe care l-am rulat pe toate județele țării împreună și am realizat și o analiză excluzând din setul de date județul Suceava, care reprezintă o situație particulară din cauza unor deficiențe de management sanitar în perioada de început a pandemiei.

Tabelul 2. Impactul factorilor socio-demografici asupra numărului de cazuri la 1000 de locuitori pe județ

	Cazuri COVID/1000 locuitori pe județ
Densitate rețea apă pe uscat	-
Densitatea populației	+
Experiența de migrație	+
Navetiști/1000 locuitori	+
Dimensiunea gospodăriei	+

Tabelul 2 prezintă succint relația dintre cei cinci factori de ordin socio-demografic și numărul de cazuri de COVID19 la 1000 de locuitori, la nivel de județ, rezultatele detaliate ale analizelor statistice fiind disponibile în anexa (Tabelul A1). Factorii sunt ordonați în Tabelul 2 în funcție de impactul pe care îl joacă asupra numărului îmbolnăvirilor pe județ. Rezultatele arată că lipsa accesului la apă curentă joacă rolul cel mai important în transmiterea virusului, în comparație cu ceilalți factori luați în considerare, urmat de densitatea populației. Pe locurile următoare se află factorii care țin de mobilitatea teritorială a populației, respectiv existența experienței de migrație internațională în județ și numărul navetiștilor la 1000 de locuitori la nivelul județului. Pe ultimul loc se află dimensiunea gospodăriei, care are un efect foarte scăzut asupra diferențelor dintre județe în ceea ce privește transmiterea COVID19. Mai trebuie menționat că efectul primilor doi factori, lipsa de acces la apă curentă și densitatea populației au un efect de aproape 10 ori mai mare asupra numărului de îmbolnăviri la nivel de județ, comparativ cu factorul situat pe locul trei, și anume, existența experienței de migrație internațională în județ (vezi Tabelul A1 din anexă). De asemenea, efectul migrației internaționale este de aproape trei ori mai mare comparativ cu cel al navetismului asupra prevalenței COVID19 la nivel de județ.

Dacă luăm în considerare rezultatele acestei analize, județele care au potențial de apariție a focarelor de COVID19 sunt cele în care există un acces mai redus la rețeaua de apă curentă și au o densitate mare de locuire, un factor favorizant, dar de intensitate mai redusă, fiind experiența de migrație internațională care a dus la creșterea expunerii la virus în contextul în care sosirile din afara granițelor s-au produs înainte de instituirea carantinei obligatorii sau

în cazul persoanelor care nu au sosit din așa numitele zone roșii, însă fuseseră expuse la infecția cu COVID19 înainte de sosirea în țară.

Se cuvine a preciza faptul că acest model de analiză nu include, din cauza lipsei datelor, o serie de variabile relevante precum deficiențele de management sanitar la nivel local, factor care s-a dovedit a fi extrem de important în cazul județului Suceava, sau existența în județ a unui centru de testare, fapt care a dus în perioada de început a pandemiei la diagnosticarea cu întârziere a unor cazuri și la amânarea carantinării contactilor persoanelor infectate. Din acest motiv, rezultatele trebuie considerate cu precauție. O altă precauție este legată de faptul că în anumite județe pot să existe UAT-uri cu grad de risc al transmiterii COVID19 diferit, iar pentru estimarea cât mai acurată a acestui grad de risc, analiza la nivel de UAT ar fi foarte utilă, aceasta nefiind posibilă din cauza lipsei datelor relevante la nivel de UAT.

2.5. Categoriile de populație cu risc crescut în urma infectării cu COVID19 – populația vârstnică și persoanele cu comorbidități

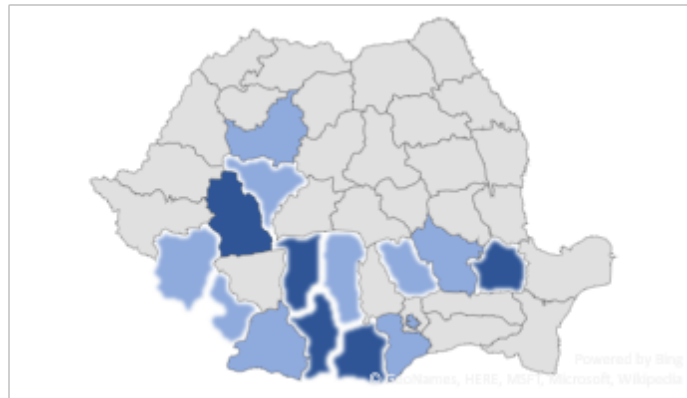
Populația vârstnică (65+)

Raportul de Evaluarea Rapidă de Risc a Epidemiei COVID19 la nivelul UE (INSP, 2020a), indică un risc moderat de a dezvolta forme severe în urma infectării cu COVID19 la nivelul populației generale, dar foarte ridicat pentru populația vârstnică, afectată și de alte boli. Prin urmare, principalul grup cu risc de complicații sau deces este în acest moment populația în vârstă de 65 ani și peste. În anul 2018, la nivelul UE, aproape o cincime (19 %) din populație avea vârsta de 65 de ani sau mai mult (EUROSTAT, 2019). Deci infecția cu COVID19 reprezintă un risc crescut pentru cel puțin o cincime din populația Europei în momentul de față.

În România, populația de 65 + reprezintă 18,5 din total populație în 2019 (Eurostat, 2020). Conform INSSE, în România, în anul 2016, această categorie de populație (65+) avea cea mai mare pondere în regiunea Sud – Muntenia, (17,3%), iar la nivelul județelor, ponderea populației vârstnice variază între 22,0% (județul Teleorman) și doar 12,8% (județul Iași). Indicele de îmbătrânire a populației (numărul de persoane de 65 de ani și peste la 100 de persoane sub 15 ani) este cel mai mare în județele Brăila, Teleorman, Olt, Vâlcea, Hunedoara, cu un indice de 130 și peste. (vezi Figura 8). De asemenea, valori ridicate ale acestui indice, între 115 și 129,9 sunt raportate și în București, Buzău, Prahova, Argeș, Giurgiu, Olt, Dolj, Mehedinți, Caraș Severin, Alba și Cluj.

Statistica privind infecția cu COVID19, pe județe, din data de 02.05.2020 (Tabel 1) atrage atenția asupra creșterii numărului de cazuri în unele județe cu indice mare de îmbătrânire precum Hunedoara sau București. În Hunedoara se remarcă și o mortalitate mare prin COVID19 de 11,2 față de media națională de 5,9, care poate fi explicat probabil și prin proporția populației îmbătrânite. În București, unde numărul vârstnicilor este mult mai mare decât în oricare alt județ, incidența la o mie de locuitori este în prezent de doar 0,69, iar rata mortalității de 3,9. Mortalitatea sub media națională se poate explica prin accesul la servicii medicale înalt specializate și accesul rapid la centrele de testare, ceea ce duce la diagnosticarea și instituirea timpurie a tratamentului.

Figura 8. Județe cu indice mare de îmbătrânire a populației



Sursa datelor: INSSE, 2016

Populația cu comorbidități

Un risc crescut pentru complicații în urma infectării cu COVID19 este comorbiditatea (INSP, 2020). Pacienții care au comorbidități au o probabilitate mai mare să dezvolte complicații în urma infectării cu COVID19 și să aibă nevoie de îngrijire în unități de terapie intensivă.

Între afecțiunile cronice cu risc ridicat se numără diabetul zaharat (pentru adulții cu vârste între 20 și 79 de ani, prevalența diabetului era de 12,4% în 2018) (INSP, 2018), hipertensiunea arterială (prevalența hipertensiunii arteriale era de 45,1% în rândul populației adulte, în 2016) (INSP, 2016), bronho-pneumopatia obstructivă cronică (BPOC), cardiopatia ischemică, bolile cerebro-vasculare, bolile renale cronice, precum și obezitatea. Pe fondul unei prevalențe ridicate în populație a unora dintre comorbiditățile asociate riscului crescut de complicații la infecția cu COVID19, măsurile de distanțare socială și izolare la domiciliu favorizează sedentarismul, ceea ce poate avea efecte agravante cel puțin în cazul bolilor cardio-vasculare sau a diabetului. În același timp, izolarea persoanelor singure poate avea efecte asupra sănătății mentale.

Un alt grup de risc pentru complicații în urma infectării cu COVID19 îl reprezintă bolnavii de cancer. În România, în 2018, au fost înregistrate 46.417 cazuri noi de cancer (incidența fiind de 317,5 la 100.000 de locuitori) (INSP, 2019). Analizând incidența prin cancer în funcție de vârstă în România în perioada 2007-2016, se constată valori mari ale ratelor incidenței la grupa de vârstă 65+, față de celelalte grupe de vârstă (Cucu, 2018). Pacienții cu cancer prezintă un risc mult mai mare (de 4 până la 5 ori) de a dezvolta foarte rapid complicații respiratorii severe, care pot duce la deces, îndeosebi dacă au suferit intervenții chirurgicale sau au primit chimioterapie în săptămânile precedente. Se poate aprecia că în prezent pacienții oncologici sunt în risc vital atât din cauza afecțiunii de fond, cât și din cauza amenințării infectării COVID19 (MS, 2020).

Bolnavii de tuberculoză pot dezvolta forme severe în urma infectării cu COVID19. În continuare, România rămâne în topul țărilor din Uniunea Europeană în ceea ce privește numărul cazurilor de tuberculoză. În anul 2018, potrivit datelor Programului Național de Supraveghere și Control al Tuberculozei, în țara noastră au fost înregistrate 11.630 de cazuri de tuberculoză, la adulți. Dintre acestea, 9.818 au fost cazuri noi, iar 1.812 au fost recidive (MS, 2020).

2.6. Sistemului de sănătate publică și acordarea asistenței sanitare persoanelor infectate COVID19

Sistemul medical românesc, care se confruntă acum cu pandemia COVID19 este un sistem subfinanțat de o lungă perioadă de timp. În ultimii 30 de ani, cheltuielile pentru sănătate în România au fost permanent la cel mai scăzut nivel din UE atât pe cap de locuitor (1 029 EUR, media UE fiind de 2 884 EUR), cât și ca procent din PIB (5 % în 2018 față de 9,8 % în UE) (OECD, 2020).

Numărul de medici și asistenți medicali în România este relativ scăzut comparativ cu media UE: 31,1 doctori la 10.000 de locuitori față de 35 în UE, și 67,1 asistenți medicali la 10.000 de locuitori față de 84 în UE, în 2017 (OECD, 2019). Emigrarea medicilor și a asistentelor a fost un fenomen cu consecințe importante asupra acoperirii serviciilor furnizate populației. În contextul presiunii ridicate puse de criza COVID19 asupra sistemului de sănătate, există riscul de supra-încărcare a personalului medical existent, mai ales în județele cu multiple cazuri confirmate și/sau personal medical puțin. Măsura distanțării sociale introdusă de timpuriu de România pentru păstrarea ratei de infectare la un nivel scăzut a fost gândită și pentru a evita suprasolicita sistemul medical, care nu ar putea face față unui val mare de îmbolnăviri și unui val de pacienți care au nevoie de terapie intensivă sau ventilare.

România avea 6,8 paturi la 1.000 locuitori în 2018 (INS, 2019). În martie 2020, în spitale existau 2.653 de paturi de terapie intensivă – ATI (14,7 la 100.000 locuitori) (Politico, 2020), cu o concentrare de 4 ori mai mare în București-Ilfov față de alte regiuni și 1.361 ventilatoare mecanice, achiziția de echipament medical adițional fiind în derulare (MS, 2020). Prin comparație, spitalele din Germania sunt printre cele mai pregătite din Europa pentru a face față valului de pacienți, cu 29,2 paturi la terapie Intensivă, raportat la 100.000 de locuitori. La celălalt pol se află Olanda, Slovenia, Grecia care au mai puțin de 6,5 paturi în secțiile ATI (Eurostat, 2020).

Tabel 3. Numărul paturi ATI în funcție de regiune

Regiunea de dezvoltare	Număr paturi ATI
București-Ilfov	1.200
Nord-Vest	360
Nord-Est	324
Vest	214
Centru	180
Altele (Sud Vest, Sud Est, Sud)	375

Sursa: Ministerul Sănătății (2020)

<https://covid19.geo-spatial.org/harti/hospital-infrastructure>
date din 02.05.2020

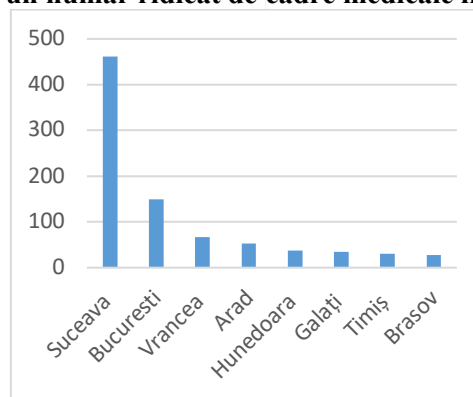
Ministerul Sănătății a elaborat un plan de măsuri pentru pregătirea în vederea gestionării pandemiei. Pentru îngrijirea pacienților COVID19 identificați, în fiecare județ au fost organizate unul sau mai multe spitale suport, o maternitate și mai multe centre de dializă. Planul elaborat de Ministerul Sănătății cuprinde printre principalele măsuri: reducerea cu până la 80% a internărilor programate, precum intervențiile chirurgicale pentru pacienții cronici în unitățile sanitare cu paturi din centrele universitare și reducerea cu până la 50% față de luna februarie a activității din ambulatorii; stabilirea unei rețele de suport pentru spitalele de boli infecțioase printr-un protocol de colaborare sub coordonarea DSP-urilor județene și a comitetelor județene pentru situații de urgență; eliberarea paturilor din spitalul de boli infecțioase, pentru a fi disponibile pentru îngrijirea pacienților cu suspiciune/infecție COVID; pregătirea spitalelor pentru asigurarea îngrijirii pacienților critici (în cazul extinderii crizei și depășirii capacității

spitalelor de boli infecțioase); asigurarea aprovizionării prin procedură de urgență cu medicamente, materiale sanitare, echipamente individuale de protecție, reactivi, atunci când nu existau contracte de aprovizionare în derulare; instruirea documentată și practică, cu tot personalul pentru utilizarea adecvată a echipamentelor individuale de protecție; un ghid de utilizare a echipamentelor (MS, 2020).

Concentrarea resurselor medicale pe infecțiile cu COVID19 și amânarea tratării altor boli prin decalarea intervențiilor chirurgicale fără risc major, a consultațiilor în ambulatoriu și amânarea efectuării screeningului sau analizelor pe parcursul mai multor luni vor avea cel mai probabil repercusiuni pe termen scurt și mediu asupra stării de sănătate a populației, repercusiuni care vor putea fi cuantificate și urmărite prin indicatori de morbiditate și mortalitate abia în anii următori.

Printre vulnerabilitățile sistemului de sănătate românesc se numără și riscul crescut de infectare a personalului medical și potențialul transformării spitalelor în focare de infectare, așa cum s-a întâmplat în Suceava. În data de 18.04, un număr de 1031 cadre medicale erau raportate ca fiind infectate cu COVID (aproximativ 10% din numărul total de infectați confirmați), posibile cauze fiind lipsa de dotare a medicilor și a personalului medical cu echipamente de protecție adecvate, folosirea lor în mod necorespunzător, lipsa unor circuite separate în cadrul spitalului și managementul defectuos din spital.

Figura 9. Județe cu un număr ridicat de cadre medicale infectate cu COVID19



Sursa: Ministerul Sănătății (2020)

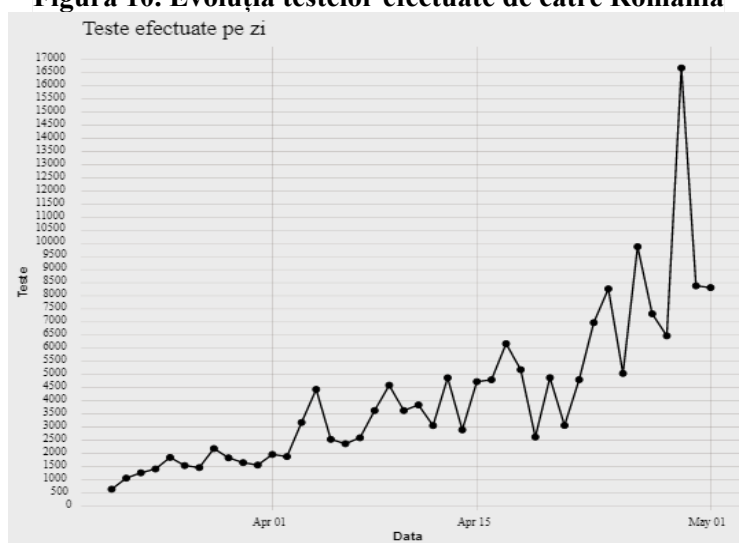
http://www.ms.ro/2020/04/18/cadre-medicate-infectate-cu-noul-coronavirus-2/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=cadre-medicate-infectate-cu-noul-coronavirus-2
date din 18.04.2020

Realizarea anchetelor epidemiologice intră în atribuțiile Direcțiilor Județene de Sănătate Publică, dar numărul medicilor epidemiologi s-a dovedit a fi mult mai mic decât necesarul la nivelul întregii țări. În 2015 existau în România 430 de medici epidemiologi, care lucrau în 329 spitale. Numărul de medici epidemiologi care activează la ora actuală în sistemul sanitar din România nu este disponibil, o estimare aproximativă indicând în jur de 250 de medici epidemiologi (Rafila, 2020), număr insuficient pentru a acoperi necesarul de expertiză în zona anchetelor epidemiologice, precum și pentru reorganizarea circuitelor medicale din unitățile sanitare, astfel încât să se evite contactul dintre suspecți și pacienți COVID19 și restul pacienților, și instruirea personalului medical cu privire la modul în care se folosește echipamentul de protecție personală.

2.7. Situația centrelor de testare și prelucrare COVID19 la nivel național

Capacitatea redusă de testare a fost de la început una dintre problemele sistemului de sănătate din România; numărul de teste a crescut însă considerabil în ultimele două luni. De asemenea, și numărul medicilor și biologilor care prelucrează testele a crescut ceea ce a dus la mărirea capacității de prelucrare a probelor și la rapiditatea confirmării rezultatelor acestor teste. România este între țările europene care au efectuat un număr redus de teste în comparație cu alte state. La un milion de locuitori se efectuau 9905 teste în România față de 30-35.000 teste și peste/1 mil. locuitori în Spania, Italia, Germania, Danemarca, dar și Letonia, Lituania sau Estonia (Worldmeters, 2020). Până la data de 2.05.2020, la nivel național, au fost prelucrate 190.540 de teste (Guvernul României, 2020), cu un maxim de testare de peste 16.000 pe zi în ultimele zile din luna aprilie.

Figura 10. Evoluția testelor efectuate de către România



Sursa: Ministerul Sănătății (2020), preluat de <https://covid19.geospacial.org/statistici/teste-efectuate> date din 02.05.2020

Conform datelor disponibile public (Guvernul României, 2020), prelucrarea unora dintre testele pentru depistarea COVID 19 (uneori chiar pe baza probelor necroptice) s-a realizat în alte orașe decât în cele de recoltare, iar durata între ziua recoltării și cea a confirmării a ajuns până la șase zile la începutul perioadei epidemiei în România. Din acest motiv, unele rezultatele au sosit cu mare întârziere (uneori chiar după decesul pacienților), ceea ce a contribuit la transmiterea virusului de la cei infectați și la gestionarea inefficientă a resurselor disponibile. (Ziarul Libertatea, 2020)

Conform INSP, au fost publicate două centralizări privind centrele de testare și prelucrare. În data de 19.03 exista câte un centru în fiecare dintre regiunile de dezvoltare, cu excepția regiunii Sud-Muntenia. Acestea erau plasate în cele mai mari orașe din fiecare regiune. În București, existau la acel moment patru centre.

În data de 09.04.2020 se constată o creștere a numărului de județe cu centre de testare în regiunile de dezvoltare Nord-Est (județul Suceava), Sud-Est (Galați), Nord-Vest (Bihor) și Centru (Alba, Covasna, Mureș, Harghita, Sibiu). A crescut de asemenea și numărul de centre de testare în același județ în regiunile Nord Est (județul Iași), Vest (județul Timiș), Nod-Vest (Cluj-Napoca) și București-Ilfov.

Tabel 4. Numărul centrelor de testare și prelucrare în vederea depistării COVID19 pe regiuni de dezvoltare

Regiune de dezvoltare	Număr centre	
	19.03	09.04
Nord Est	1	4
Sud-Est	1	2
Sud-Muntenia	-	-
Sud-Vest Oltenia	1	1
Vest	1	2
Nord-Vest	1	6
Centru	1	7
București-Ilfov	4	10
Total	10	32

Sursa: INSP (2020), preluat de <https://beta.dela0.ro> și <https://www.g4media.ro>
Date din 01.05.2020

Cu excepția regiunii de dezvoltare Sud-Muntenia, funcționează în prezent cel puțin câte un centru de testare și prelucrare pe regiune. Cele mai multe centre de testare continuă să fie în București, care de altfel prelucrează o mare parte din testele recoltate în țară. Cea mai spectaculoasă creștere a cunoscut-o regiunea de dezvoltare Centru care dispunea la data de 09.04 de șapte centre urmată de Nord-Vest cu șase la data de 09.04. Nu au fost înregistrate noi centre în regiunea de dezvoltare Sud-Vest Oltenia.

2.8. Concluzii

Pandemia COVID19 a dus la apariția unei mortalități adiționale comparativ cu anii anteriori, atât în România, cât și în alte state europene. În România numărul de decese adiționale apare în județele cu număr mare de infectări, în timp ce în județele cu incidență redusă a infectării cu COVID19 nu se observă astfel de creșteri. Mortalitatea este ridicată în rândul persoanelor de 65 de ani și peste, precum și al celor cu comorbidități asociate. Printre acestea se numără afecțiunile cardio-vasculare, diabetul, afecțiunile renale, pulmonare, cancerul, obezitatea. Cauzele asociate decesului prin COVID19 coincid cu cauzele de mortalitate cele mai frecvente, însă ritmul producerii deceselor este mult mai mare, în condițiile în care populația cu grad mare de risc de deces este aceeași.

Este dificil de estimat, în momentul de față, impactul pandemiei asupra mortalității, efectele reale fiind probabil observabile într-un orizont de timp mai extins, care să includă și speranța de viață a persoanelor cu comorbidități asociate. Abia atunci vom putea separa numărul deceselor cauzate de COVID19 de cele accelerate de virus. În plus, trebuie luate în considerare și efectele colaterale produse de accesul redus la servicii de sănătate, care ar putea să se transpună în perioada următoare, într-o creștere a deceselor ce ar fi putut fi evitate.

Există diferențe în plan teritorial în ceea ce privește numărul deceselor prin COVID19. Aceste diferențe sunt observabile atât între țări, cât și între județele din România. Printre factorii care duc la apariția acestor diferențe se numără structura pe vârste a populației, prevalența în populație a comorbidităților asociate și capacitatea de răspuns a sistemului de sănătate.

DÎn România, disparitățile între județe în ceea ce privește numărul de cazuri diagnosticate la mia de locuitori diferă și în funcție de densitatea populației, mobilitatea populației la nivel teritorial (respectiv numărul de navetiși și migrația externă, structura gospodăriei (număr de membri sau mai multe generații/gospodărie), accesul la rețeaua de apă

curentă. Acești factori ar trebui luați în calcul în estimarea riscului de transmitere al virusului, mai ales în contextul ridicării restricțiilor de circulație.

Referințe bibliografice

CNSCBT (2020a). *Definiții de caz și algoritm de testare pentru COVID19 actualizat 28.04.2020*, accesat în 10.05.2020, <http://www.cnscbt.ro/index.php/1697-definitii-de-caz-si-algoritm-de-testare-pentru-covid-19-actualizare-28-04-2020-1/file>

CNSCBT (2020b) *Definițiile de caz pentru Sindromul respirator acut cu noul coronavirus (COVID-19) actualizat 27.03.2020*, accesat în 10.05.2020, <http://www.cnscbt.ro/index.php/info-medical/1594-definitia-de-caz-covid-19-actualizare-27-03-2020/file>

Cucu, A. M. (coord.) (2018) *Raportul Național al Stării de Sănătate a Populației României*, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate, accesat în 01.05.2020, <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/rapoarte/>

Dudel, C. et al. (2020) *Monitoring trends and differences in COVID-19 case fatality rates using decomposition methods: Contributions of age structure and age-specific fatality*. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.31.20048397>, accesat în data de 2.05.2020, ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_romania_romanian.pdf

Enea, A. (2020) *Epidemiologia, de la Hipocrate la COVID-19: ce face un medic epidemiolog, care este fișa postului și ce rol are în sănătatea publică?*, accesat în 11.05.2020, <https://medijobs.ro/blog/epidemiologia-in-2020-fisa-postului-unui-medic-epidemiolog>

EUROSTAT (2019). *Structura și îmbătrânirea populației*, accesat 21.04.2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/ro,

EUROSTAT (2020). *Population on 1 January by broad age group and sex [demo_pjanbroad]*, accesat 21.04.2020

EUROSTAT (2020). *Hospital beds by type of care*, accesat 10.4.2020 https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_bds&lang=en,

Geard, N. et al. (2015). The effects of demographic change on disease transmission and vaccine impact in a household structured population. *Epidemics*, 13, 56-64, <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2015.08.002>

Gushlak, B., Funk, M., Steffen, R. (2007). Global Changes Related to Travelers ' Health. *Journal of Travel Medicine*, 14, (4), 205–208, DOI: 10.1111/j.1708-8305.2007.00128.x

INSP (2016). *Studiul SEPHAR III*, accesat 21.04.2020, <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2017/10/Analiza-de-situatie-Hipertensiune-2017.pdf>,

INSP (2018). *Studiul epidemiologic PREDATOR*, accesat 21.04.2020, http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/11/ANALIZA_Diabet_2018_rev.pdf,

INSP (2019). *Analiză de situație. Săptămâna europeană de luptă împotriva cancerului*, accesat 21.04.2020, http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2019/05/03_EPS_Timisoara_Analiza_SELIC_2019.pdf,

INSP (2020a). *Evaluarea Rapida de Risc a ECDC COVID19 în EU/EEA - A opta actualizare - 8 aprilie 2020*, accesat 21.04.2020, <http://www.cnscbt.ro/index.php/evaluare-de-risc/1644-covid-19-a-opta-evaluare-rapida-de-risc-a-ecdc-rra-08-aprilie-2020/file>,

INSP (2020b). *Raport săptămânal de supraveghere COVID19. Date raportate pâna la data de 26 aprilie*, accesat 01.05.2020, <https://www.cnscbt.ro/index.php/analiza-cazuri-confirmate-covid19/1691-raport-saptamanal-episaptamana16/file>,

INSSE (2019) *Anuarul Statistic al României*, accesat 21.04-02.05.2020, <https://insse.ro/cms/ro/tags/anuarul-statistic-al-romaniei>,

Johns Hopkins University and Medicine (2020). *How does mortality differ across countries?*, <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>, accesat 02.05.2020

OECD. European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *România: Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea*, p. 10, accesat 01.05.2020, ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_romania_romanian.pdf.

Pogrebna, G., Kharlamov, A. (2020) The Impact of Cross-Cultural Differences in Handwashing Patterns on the COVID-19 Outbreak Magnitude. *Regulation & Governance* (in press)

Rafila, A. (2020). Interviu disponibil online în 11.05.2020 la adresa <https://www.mediafax.ro/marius-tuca-show/rafila-in-romania-avem-200-250-de-epidemiologi-in-conditiile-in-care-doar-in-wuhan-erau-9-000-18955097>, accesat 21 aprilie 2020

Rocklöv, J., Sjödin, H. (2020). High population densities catalyze the spread of COVID-19. *Journal of Travel Medicine*, taaa038, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa038>

Schultz, T. (2020). *Why Belgium's Death Rate Is So High: It Counts Lots Of Suspected COVID-19 Cases*, accesat online în 11.05.2020 la adresa <https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/04/22/841005901/why-belgiums-death-rate-is-so-high-it-counts-lots-of-suspected-covid-19-cases?t=1589195545908>

Voinea, M., Dalcea, C. (2020). Cum a evoluat mortalitatea în luna aprilie: cifrele care demontează teoria „ar fi murit oricum”. *Recorder*, accesat în 10.05.2020 la adresa <https://recorder.ro/cum-a-evoluat-rata-mortalitatii-in-luna-aprilie-cifrele-care-demonteaza-teoria-ar-fi-murit-oricum/>

Zhao S. et al. (2020). Quantifying the association between domestic travel and the exportation of novel coronavirus (2019-nCoV) cases from Wuhan, China in 2020: a correlational analysis. *Journal of Travel Medicine*, 27, (2), 1-3, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa022>

Adrese web

EuroMOMO (2020). <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>, accesat 01.05.2020.

Guvernul României (2020). <https://stirioficiale.ro>, accesat 02.05.2020

G4 Media (2010). https://www.g4media.ro/exclusiv-cate-teste-pentru-coronavirus-se-fac-in-romania-defalcat-pe-judete-si-centre-de-testare-in-total-sunt-32-de-centre-in-14-judete-si-bucuresti-cu-o-capacitate-de-procesare-de-aproximativ-tr.html?fbclid=IwAR3OOaOSudb0q8zTtk_DppGSV3D6qqMtLq_s6s1OQjdof8OajagSYWf7FI, accesat 01.05.2020

MS (2020). <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2020/04/M%C4%83suri-recomandate-%C3%AEn-vederea-reducerii-impactului-pandemiei-SARS-COV-2-asupra-pacien%C8%9Bilor-copii-.pdf>, accesat 01.05.2020

MS (2020). <http://www.ms.ro/2019/03/21/ministerul-sanatatii-deruleaza-cel-mai-amplu-program-de-screening-pentru-tuberculoza/>, accesat 21.04.2020

MS (2020). Ordinul 533/29.03.2020, <https://s2.ziareromania.ro/?mmid=4d6a4562677b0e7673>, accesat 01.05.2020

MS (2020). http://www.ms.ro/2020/04/18/cadre-medicale-infectate-cu-noul-coronavirus-2/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=cadre-medicale-infectate-cu-noul-coronavirus-2, accesat 01.05.2020

Revista Dela0.ro (2020). <https://beta.dela0.ro/cat-si-cum-testeaza-romania-am-obtinut-datele-statului-despre-numarul-de-probe-prelucrate-si-stocul-de-teste-din-fiecare->

spital/?fbclid=IwAR1AOfwZXALm70a-sITw92NG4480655hAIZuvPjzRb_GpzDw11tvb_B_C4, accesat 01.05.2020

Politico (2020). <https://www.politico.eu/article/charting-europes-capacity-to-deal-with-the-coronavirus-crisis/>, accesat 01.05.2020

Worldmeters (2020). https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdUOA?Si#countries, accesat 02.05.2020

Ziarul Libertatea (2020). <https://www.libertatea.ro/stiri/spitalul-cu-aparat-de-testare-covid-19-in-curte-astepta-cate-6-zile-rezultatele-trimise-la-craiova-sau-bals-2945237>, accesat 01.05.2020

Anexă

Tabelul A1. Sursa datelor și perioada de referință pentru analiza de regresie

	Sursa datelor	Perioada de referință
Nr. cazuri COVID/1000 locuitori	www.datelazi.ro	27.02-25.04.2020
Densitate rețea apa pe uscat/ suprafața de uscat	Eurostat	2018
Densitatea populației	Eurostat	2018
Experiența de migrație	Calculat de Dumitru Sandu ¹¹	RPL 2002/2011
Navetiști/1000 locuitori	INS	RPL 2011
Dimensiunea gospodăriei	INS	RPL 2011

Tabelul A2. Coeficienți de regresie lineară variabila dependentă: nr. cazuri COVID19 diagnosticate la 1000 de locuitori pe județ

	Toate județele			Fără Suceava		
	Coef B	Eroarea standard	Coef β	Coef B	Eroarea standard	Coef β
Constanta	-2,864	3,160		2,186	1,737	
Densitatea populației	0,003	0,001	5,761	0,002	0,001	6,921
Navetiști/1000 locuitori	0,003	0,003	0,187	0,004	0,002	0,445
Densitate rețea apa pe uscat	-2,354	1,012	-6,081	-1,366	0,541	-7,106
Experiența de migrație	0,035	0,011	0,619	0,013	0,006	0,449
Dimensiunea gospodăriei	0,588	0,925	0,107	-0,719	0,504	-0,260

$R^2 = 0,327$ (pentru toate județele); $R^2 = 0,268$ (fără Suceava)

¹¹ Indicele experienței de migrație a fost pus la dispoziția echipei de autori

Tabel A3. Distribuția națională a centrelor de testare și prelucrare a testelor COVID 19

Nr.	Regiune de dezvoltare			Județ	Centre de testare și prelucrare a testelor	
	Nume	Sediul agenției de dezvoltare regională	Cel mai mare oraș		19.03	09.04
1.	Nord Est			Bacău		
2.				Botoșani		
3.				Iași	1 Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Sf. Parascheva	3 printre care Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Sf. Parascheva
4.		Piatra Neamț		Neamț		
5.				Suceva		1
6.				Vaslui		
7.	Sud-Est	Brăila		Brăila		
8.				Buzău		
9.			Constanța	Constanța	1 Spitalul de Boli Infecțioase Constanța	1 Spitalul de Boli Infecțioase Constanța
10.				Galati		1
11.				Tulcea		
12.			Vrancea			
13.	Sud-Muntenia			Argeș		
14.		Călărași		Călărași		
15.				Dâmbovița		
16.				Giurgiu		
17.				Ialomița		
18.			Ploiești	Prahova		
19.			Teleorman			
20.	Sud-Vest Oltenia	Craiova	Craiova	Dolj	1 Spitalul de Boli Infecțioase Victor Babeș, Craiova	1 Spitalul de Boli Infecțioase Victor Babeș, Craiova
21.				Gorj		
22.				Mehedinți		
23.				Olt		
24.			Vâlcea			
25.	Vest			Arad		
26.				Caras-Severin		

Nr.	Regiune de dezvoltare			Judet	Centre de testare și prelucrare a testelor	
	Nume	Sediul agenției de dezvoltare regională	Cel mai mare oraș		19.03	09.04
27.				Hunedoara		
28.		Timișoara	Timișoara	Timiș	1 Spitalul de Boli Infecțioase Victor Babeș	2 printre care Spitalul de Boli Infecțioase Victor Babeș
29.				Bihor		1
30.				Bistrița-Năsăud		
31.	Nord-Vest	Cluj-Napoca	Cluj-Napoca	Cluj	1 Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Cluj-Napoca	5 printre care Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Cluj-Napoca
32.				Maramureș		
33.				Satu-Mare		
34.				Sălaj		
35.	Centru	Alba Iulia		Alba		1
36.			Brașov	Brașov	1 Spitalul de Boli Infecțioase	1 Spitalul de Boli Infecțioase
37.				Covasna		1
38.				Harghita		2
39.				Mureș		1
40.				Sibiu		1
41.	București-Ilfov	București	București	București	3 Institutul Național de Boli Infecțioase Matei Balș, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Victor Babeș și Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară Cantacuzino 1 privat Centrul Medical Unirea Regina Maria.	5 de stat printre care: Institutul Național de Boli Infecțioase Matei Balș și Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Medico-Militară Cantacuzino 5 private printre care Centrul Medical Unirea Regina Maria.
42.				Ilfov		
				Total	10	32

Surse: https://beta.dela0.ro/cat-si-cum-testeaza-romania-am-obtinut-datele-statului-despre-numarul-de-probe-prelucrate-si-stocul-de-teste-din-fiecare-spital/?fbclid=IwAR1AOfwZXALm70a-sITw92NG4480655hAIZuvPjzRb_GpzDwl1tvb_B_C4 accesat la 19.03.2020

https://www.g4media.ro/exclusiv-cate-teste-pentru-coronavirus-se-fac-in-romania-defalcat-pe-judete-si-centre-de-testare-in-total-sunt-32-de-centre-in-14-judete-si-bucuresti-cu-o-capacitate-de-procesare-de-aproximativ-tr.html?fbclid=IwAR3OOaOSudb0q8zTtk_DppGSV3D6qqM-tLq_s6s1OQjdof8OajagSYWf7FI accesat la 09.04.2020

Capitolul 3 Fertilitatea și relațiile de cuplu

3.1. Introducere

Criza provocată de apariția pandemiei COVID19 și efectele acesteia asupra evoluției fertilității și relației de cuplu au fost abordate în mai multe studii prospective (Stone, 2020; Verdery & Greenaway, 2020). De asemenea, tema relației dintre mortalitate și fertilitate, în contextul unor catastrofe soldate cu pierderi masive de vieți omenești, a fost abordată mai ales de demografia istorică, cu referire la efectele epidemiilor de ciumă din Evul Mediu (Poos, 1981) sau de gripă spaniolă (Mamelund, 2004).

De exemplu, epidemia de gripă spaniolă de la începutul secolului XX a condus la o scădere a numărului nașterilor la nouă luni după declanșarea epidemiei, urmată de o ușoară redresare a acestui număr la finalul epidemiei (Borber-Fazlic et al., 2017; Mamelund, 2004). Redresarea fertilității este menționată și în cazul altor evenimente care au implicat distrugerii materiale masive și au dus la un număr mare de decese, cum ar fi cazul Thailandei care a înregistrat o creștere a fertilității în 2005, ca urmare a dezastrului provocat de tsunami la finalul anului 2004 (Nobles et al., 2015). Cu toate acestea, studiile care au abordat relația mortalitate – fertilitate pe termen lung, analizând impactul epidemiilor de ciumă din Evul Mediu și pe cel al gripei spaniole din perioada 1918 – 1920 - arată că acestea au dus la scăderi ale fertilității pe termen lung, iar recuperarea pierderilor cauzate de numărul mare de decese fiind un proces lent și de durată (Poos, 1981; Borber-Fazlic et al., 2017). Situația de risc biologic la care este expusă populația, la care se adaugă vulnerabilitatea economică și efectele reducerii interacțiunii sociale, pot provoca daune sociale și suferințe psihologice pe termen lung (Hall et al., 2020).

Acest capitol se oprește asupra impactului potențial al pandemiei COVID19 asupra fertilității și relațiilor de cuplu. Urgența medicală, criza economică, restricțiile de circulație și distanțarea și izolarea socială au toate un impact, pe de o parte, asupra fertilității, pe de cealaltă parte, asupra calității relației de cuplu. Perioadele de criză produc un număr semnificativ de supraviețuitori colaterali. Acestea sunt persoanele care deși au supraviețuit evenimentului, au rămas cu traume profunde, viața fiindu-le puternic afectată de epidemie (Stone, 2020). Creșterea sau scăderea ratei fertilității după 9 luni până la 24 de luni după vârful crizei se datorează, pe de o parte, mortalității ce rezultă în urma epidemiei, catastrofei naturale sau războiului, fiind pe de altă parte, consecința perturbărilor produse de eveniment asupra supraviețuitorilor colaterali. În cazul pandemiei COVID19, deși ea pare a fi mai puțin letală în comparație cu epidemiile cauzate de gripa spaniolă, de virusul Zika sau Ebola, este de așteptat ca numărul supraviețuitorilor colaterali să fie însemnat, ceea ce se va reflecta negativ asupra fertilității în vecinătatea imediată a depășirii vârfului pandemiei.

Perioada parcursă de la debutul pandemiei în România până la elaborarea acestui raport este scurtă, de aproape două luni, ceea ce face imposibilă analiza bazată pe date empirice referitoare la evoluția fertilității, precum și predicțiile cu privire la evoluția fertilității bazate pe aceste analize (Beine et al., 2020). Pornind de la impactul unor evenimente similare asupra fertilității și relației de cuplu, vom încerca să lansăm o serie de ipoteze legate de dinamica fertilității. În ceea ce privește relațiile de cuplu, datele disponibile ne permit creionarea unor

tendințe marcate de schimbările care au loc în diviziunea rolurilor de gen în cadrul cuplului și de escaladarea violenței domestice semnalate după debutul pandemiei. Acest capitol include o secțiune dedicată fertilității, o secțiune care se referă la schimbări în dinamica relației de cuplu, o secțiune care tratează violența domestică în perioada pandemiei și se încheie cu câteva scurte concluzii.

3.2. Fertilitatea

Efectele evenimentelor care produc un număr mare de decese, provocând teamă și nesiguranță și care au impact asupra fertilității, pot fi privite atât din *perspectiva orizontului de timp* în care acestea se manifestă, cât și prin prisma mecanismelor care conduc la schimbări în dinamica fertilității, fiind vorba de *mecanisme de tip biologic sau comportamental*, acestea din urmă fiind determinate de *factori psihologici, sociali sau economici* (Borber-Fazlic et al., 2017). Trebuie spus că, pentru înțelegerea efectelor potențiale pe care evenimentele de tipul epidemiilor sau a calamităților naturale le au asupra fertilității, cele două perspective, cea temporală și cea care pornește de la mecanismele care perturbă fertilitatea trebuie considerate conjugat.

Din punct de vedere al *perspectivei de timp*, impactul poate să se resimtă imediat, ceea ce va conduce la o scădere a nașterilor după nouă luni de la producerea evenimentului și în perioada următoare (Mamelund, 2004). Efectele însă pot să fie resimțite după perioade lungi de timp, aici un rol esențial avându-l populația vulnerabilă la riscurile implicate de eveniment. De exemplu, dacă este vorba de o boală care afectează în primul rând copiii, s-ar putea ca efectele asupra fertilității să se facă resimțite abia peste un număr de ani, atunci când cohorta respectivă ajunge la maturitate și numărul nașterilor scade din cauza dimensiunii reduse a populației de vârstă fertilă.

Mecanismele de tip biologic, legate de scăderea fertilității în condițiile pandemiei, țin de mortalitatea și morbiditatea în rândul adulților, de tipul de afecțiuni asociate cu îmbolnăvirea, precum și de impactul acestora asupra comportamentului reproductiv (Borber-Fazlic et al., 2017). În mod concret, infectarea cu COVID19 provoacă un număr mare de decese în rândul populației care a depășit vârsta fertilă, însă numărul cel mai mare de cazuri confirmate în România se înregistrează în grupa de vârstă 40-49 de ani, incidența fiind mai ridicată în rândul femeilor. Este vorba de femeile aflate la finalul perioadei fertile, ceea ce presupune un impact potențial mai mic al morbidității prin COVID19 asupra numărului nașterilor în perioada viitoare. Deci, privit strict din perspectiva grupului cu rata de risc de deces sau de infectare ridicat, impactul asupra fertilității nu este de așteptat să fie unul major.

Un alt *mecanism de tip biologic* prin care pandemia poate să afecteze fertilitatea îl reprezintă terminarea timpurie a sarcinii sau afectarea fătului, în cazul infecțiilor survenite în rândul gravidelor, așa cum s-a întâmplat în timpul pandemiei de gripă spaniolă care a generat un număr ridicat de avorturi spontane, precum și de copii născuți morți (Borber-Fazlic et al., 2017). În primele patru luni de pandemie nu au fost semnalate avorturi spontane sau decese ale feților din cauza infectării mamelor cu COVID19, însă efectele virusului asupra sarcinii nu sunt pe deplin cunoscute (RCOG, 2020). Deci scăderea fertilității pe seama avorturilor spontane nu este de așteptat în perioada următoare.

Dincolo de cauzele biologice care pot să împiedice concepția sau să provoace un număr mare de decese în rândul femeilor de vârstă fertilă, demografia identifică o serie de factori care duc la reducerea voluntară a fertilității, cuplurile alegând să amâne o sarcină potențială din cauza factorilor de ordin biologic, psihologic, social sau economic. Așa numitele *mecanisme comportamentale*, se bazează pe deciziile cuplului cu privire la comportamentul reproductiv și pot să aibă ca rezultat atât amânarea nașterilor (*fertilitatea amânată*), cât și creșterea numărului acestora (*fertilitatea de înlocuire*) semnalată mai ales în cazul în care se înregistrează un număr crescut de decese în rândul copiilor (Borber-Fazlic et al., 2017). Fertilitatea de înlocuire acționează în tandem cu mortalitatea ridicată în caz de epidemie, dar cu declinul nașterilor la 9 – 12 luni de la vârful epidemiei (Stone, 2020). Astfel, după o scădere inițială a numărului nașterilor, urmează o perioadă de recuperare a acestora, în anul următor, iar ciclul se poate repeta, dacă epidemia evoluează în valuri recurente (Mamelund, 2004).

Cuplurile pot să decidă amânarea unei sarcini pe fondul stării de insecuritate existențială provocată de pandemie (Stone, 2020). De asemenea, faptul că efectele infectării mamei asupra fătului nu sunt pe deplin cunoscute, precum și existența dovezilor de transmitere verticală, adică de la mamă la făt (RCOG, 2020), poate să aibă impact asupra comportamentului reproductiv al cuplurilor. Alți factori de natură biologică ce pot juca un rol în comportamentul reproductiv sunt legați de posibilitatea de transmitere a virusului prin contact sexual, existând studii care raportează prezența virusului în lichidul seminal al unor pacienți din Wuhan (Li et al., 2020).

Nu în ultimul rând, lipsa de acces la serviciile medicale pe perioada stării de urgență și la serviciile de sănătate a reproducerii au un potențial efect negativ asupra deciziei de a avea un copil (Stone, 2020; Campbell et al., 2020, Hall et. al., 2020), efect care va fi resimțit pe termen scurt și se va diminua odată cu ridicarea restricțiilor de funcționare a serviciilor medicale. Analizele realizate asupra crizelor provocate de gripa spaniolă arată faptul că accesul redus la planificarea familială, la servicii urgente pentru reproducere sexuală, asistarea sarcinii, servicii primare pentru asistarea sănătății mintale și psihologia familiei au crescut riscul de pierdere a sarcinii, la întreruperi de sarcină neasistate medical, la infecții cu transmitere sexuală sau la mortalitate infantilă (Hall et al., 2020; Bloom-Feshbach et. al., 2011). Astfel, riscurile la adresa sarcinii nu își au origine în tulburările produse de virusul în organismul mamei, amenințare venind mai degrabă din partea accesului deficitar la servicii medicale specializate.

Dincolo de acești factori care țin de starea de sănătate și de efectele COVID19 asupra organismului uman, există o serie de factori sociali și economici care influențează comportamentul reproductiv în perioada pandemiei. Pe de o parte, este vorba de factori cu impact direct asupra deciziei de a avea copii, de exemplu, *instabilitatea economică* cu privire la veniturile familiei și *starea de incertitudine cu privire la viitor* pot să ducă la amânarea fertilității (Borber-Fazlic et al., 2017; Beine et al. 2020).

Pe de altă parte, poate fi vorba de impactul pandemiei asupra formării, stabilității și disoluției cuplurilor. Impunerea măsurilor de distanțare socială, limitarea interacțiunilor sociale, interdicțiile organizării unor evenimente care să implice participarea unui număr mai mare de persoane (petreceri, nunți, concerte, spectacole) și a purtării echipamentului de protecție în spațiu public (mască și mănuși) poate avea efect negativ asupra formării unor noi cupluri, deoarece limitează posibilitățile de socializare și de inter-cunoaștere. Acest lucru s-ar putea să aibă un efect negativ asupra fertilității, pe termen mediu, perturbările pieței maritale

fiind incluse printre factorii care au condus la scăderea fertilității în cazul altor dezastre (Borber-Fazlic et al., 2017; Mamelund, 2004).

Nu în ultimul rând, studiile demografice asupra impactului pandemiei COVID19 estimează faptul că măsurile stricte de izolare socială, la care se poate adăuga moartea unui membru al familiei, pot avea impact asupra deciziei conjugale de a avea un copil și asupra planificării nașterii (Delaplace, 2020; Verdery & Greenaway, 2020 ; Stone, 2020). Beine și colaboratorii (2020) arată faptul că timpul petrecut în izolare poate cauza schimbarea modelelor de gen în cadrul cuplurilor căsătorite, mai ales în rândul cuplurilor tinere care nu au locuit mult timp împreună, cu atât mai mult în rândul cuplurilor unde au avut loc episoade de abuzuri și incidente de violență domestică. Luând exemplul regiunii Wuhan din China, Stone (2020) precizează faptul că efectele distanțării sociale vor conduce mai degrabă la divorțuri, decât la creșterea fertilității în urma pandemiei provocate de COVID19 ("The Global Times", 2020).

Criza economică, tulburările psihologice și comportamentale produse de izolare și incertitudinea cu privire la viitor au efecte negative asupra relațiilor de cuplu, violența domestică fiind în creștere în țările afectate de pandemie (Campbell, 2020; Yuill, 2020). O parte dintre problemele care afectează relațiile de cuplu în perioada pandemiei se referă la restructurarea diviziunii de gen din cadrul familiei (2020 *Global Health 50/50*, 2020; *Sex, gender and COVID-19*, 2020; Yuill, 2020; Wenham, 2020). Renegocierea rolurilor în cuplu și deprecierea calității relațiilor de cuplu pot să ducă la disoluția cuplurilor și la scăderea fertilității. Restructurarea rolurilor de gen în cuplu și violența domestică, precum și efectele adiacente asupra fertilității vor fi prezentate pe larg în secțiunile următoare.

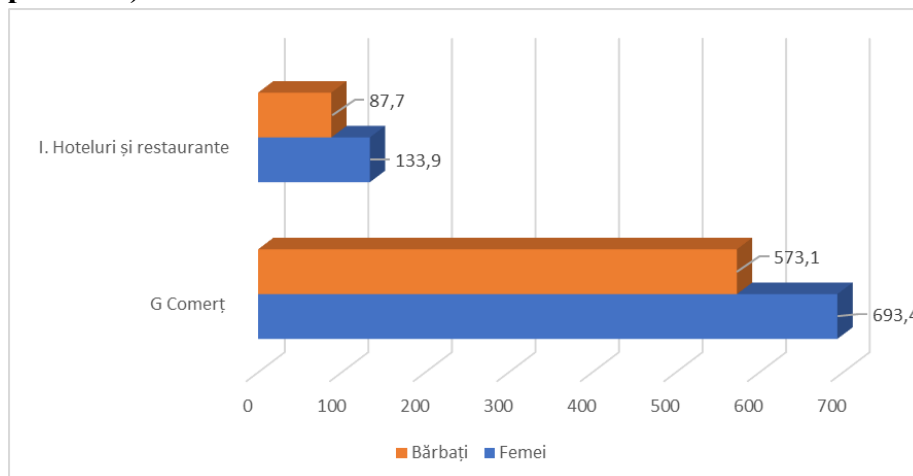
3.3. Restructurarea diviziunii de gen în relațiile de cuplu

Criza provocată de pandemia COVID19 a condus la restructurarea relațiilor de gen în cuplu. Modelul tradițional al diviziunii rolurilor de gen alocă femeilor responsabilitatea principală pentru îngrijirea copiilor și vârstnicilor, precum și pentru munca domestică (curățenie, gătit, cumpărături) (2020 *Global Health 50/50*, 2020; Lewis, 2020). Schimbările provocate de instabilitatea economică, precum și de lipsa de acces la o serie de servicii, precum cantinele, serviciile de îngrijire a copiilor sau persoanelor vârstnice ori cu dizabilități, utilizatori ai centrelor de zi, a pus o presiune suplimentară asupra femeilor, prin creșterea volumului de muncă domestică și de îngrijire. Este de așteptat ca femeile să își intensifice rolurile de îngrijire pe măsură ce măsurile de izolare socială se vor extinde (*Sex, gender and COVID-19*, 2020; Wenham et al., 2020; Scharff, 2020).

De asemenea, o altă consecință a restructurării de gen este manifestată de faptul că femeile ocupă, preponderent, locuri de muncă slab remunerate în industriile care sunt puternic afectate de pandemie, precum restaurante, magazine alimentare, servicii de cazare – hoteluri, pensiuni, servicii de curățenie, bucătărie (ILO, 2020). Ocuparea precară în rândul femeilor le plasează într-o poziție de risc economic, în fața pierderii locului de muncă în contextul instabilității economice provocate de pandemie și de risc social, în ceea ce privește manifestarea rolurilor sociale tradiționale din cadrul familiei. În acest sens, femeile au fost și primele candidate la concediul acordat părinților pe perioada în care școlile și grădinițele au fost închise, concediu care se acordă doar unui părinte. Toate acestea au crescut probabilitatea renegocierii

rolurilor de gen în gospodărie și întărirea diviziunii tradiționale care plasează femeia în poziția de îngrijitor al familiei și bărbatul în cea de principal aducător de venit.

Figura 1 Ocuparea în HORECA și comerț în 2019 în funcție de sex (mii de persoane)



Sursa: EUROSTAT, [lfsa_egan2]

Un alt aspect legat de disparitățile de gen în ocupare ține de ponderea ridicată a femeilor în sectorul sanitar. Un studiu al OMS (2020) a constatat faptul că „femeile reprezintă aproximativ 67% din forța de muncă din sănătate la nivel mondial (Boniol et al., 2020). În China, femeile reprezintă mai mult de 90% din lucrătorii din asistența medicală (din provincia Hubei). În România, situația este similară. Conform datelor de la INSEE (2018) despre personalul medico-sanitar, aproximativ 90% din totalul personalului este reprezentat de femei și doar 10% este reprezentat de bărbați.

Figura. 2. Numărul total al personalului medico-sanitar în funcție de gen (2018)

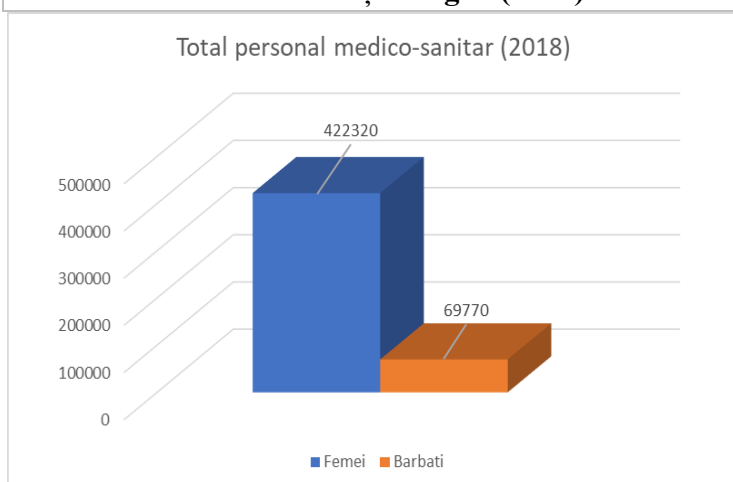
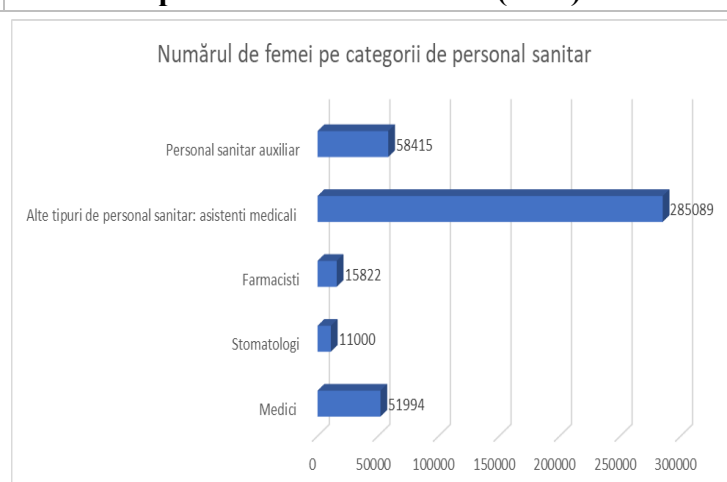


Figura. 3. Numărul de femei pe categorii de personal medico-sanitar (2018)



Sursa : INSEE, SAN104A

Dat fiind criza sanitară actuală și rolurile predominante ale femeilor în timpul pandemiei în calitatea de lucrătoare în prima linie a asistenței sociale și medicale, se poate constata faptul

că riscul de infectare și îmbolnăvire este mai mare pentru femei decât pentru bărbați (Wenham, 2020). Așa cum se precizează în capitolul 2, în România numărul cazurilor diagnosticate de infectare cu COVID19 este mai mare în rândul femeilor (56% comparativ cu 44% la bărbați), ceea ce va avea un impact negativ asupra intenției de a avea un copil în perioada următoare, cel puțin în cazul femeilor care lucrează în sistemul de îngrijire a sănătății.

3.4. Violența domestică

Studiile realizate de UNICEF (2017) arată că situațiile de criză cum este pandemia COVID19 modifică rolurile de gen în cadrul cuplului. Aceasta implică atât balanța relației de putere din cadrul cuplului, cât și distribuirea anumitor sarcini din gospodărie, aspect ce presupune o renegociere a diviziunii de gen și, uneori, o stare conflictuală. Estimările realizate de UNICEF se bazează pe situațiile create de pandemiile Ebola și Zika, în contextul cărora s-a observat escaladarea violenței domestice, precum abuzul fizic împotriva femeilor, traficul și căsătoria copiilor sau exploatarea sexuală.

Date statistice existente la nivel mondial confirmă ipoteza potrivit căreia pandemia de COVID19 are efecte negative asupra relației de cuplu și favorizează apariția episoadelor de violență conjugală. OMS (2020) raportează creșterea cazurilor de violență domestică, de la începutul pandemiei, în China, Marea Britanie și Statele Unite. Alte studii arată că în Franța, actele de violență familială au crescut cu până la 30%, iar în Brazilia, cu 40-50% (Campbell, 2020). În Liban și Malaezia, în februarie - martie s-a dublat numărul apelurilor la liniile de asistență a victimelor violenței domestice, comparativ cu aceeași perioadă a anului 2019. În China astfel de apeluri s-au triplat, iar în Australia s-a înregistrat un număr record de solicitări de suport față de violența domestică din ultimii cinci ani ("United Nations News", 2020).

Agencia Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați (2020) arată că numărul victimelor violenței domestice s-a dublat în România, în perioada 16 martie-10 aprilie 2020, comparativ cu aceeași perioadă a anului trecut. În intervalul de referință, la linia telefonică destinată victimelor violenței domestice au fost primite 251 de apeluri, față de 111, înregistrate în aceeași perioadă a anului 2019 (ANES, 2020).

Violența comisă în spațiul familial afectează calitatea relației de cuplu, având impact negativ asupra fertilității și stabilității relației de cuplu. Cazurile de abuz pot conduce, în anumite situații, la scăderea numărului de căsătorii, la frecvența mai redusă a sarcinilor, la infertilitate sau la o creștere a numărului de divorțuri, ca urmare a problemelor fizice și emoționale ale partenerului victimă și ale copilului (Krug et al., 2002, Faramarzi et al., 2004, Miller, 2005, Corradi și Stöckl, 2014, Karimi et al., 2016, Hawcroft 2019, Skott 2019).

Creșterea numărului de acte violente comise în familie poate să fie asociată cu o situație profesională mai precară și, în multe cazuri, cu pierderea locului de muncă, ca urmare a crizei economice provocate de pandemie. Noile vulnerabilități economice implică reorganizarea priorităților familiale și scăderea standardului de viață, ceea ce poate să ducă la un nivel sporit de anxietate și incertitudine cu privire la viitor. Totodată, familiile cu copii sunt nevoite să facă față unui nivel crescut de stres întrucât se implică activ în derularea cursurilor elevilor și preiau unele sarcini care în mod firesc le reveneau cadrelor didactice. Izolarea socială reprezintă un

factor de risc pentru apariția violenței domestice, prin creșterea nevoii de putere și control asupra relației de cuplu. În plus, măsurile de distanțare socială, restricțiile de circulație și suspendarea temporară a activității unor servicii de suport pentru victimele violenței domestice, crește vulnerabilitatea acestora în fața agresorilor, în condițiile în care părăsirea locuinței este restricționată, iar contactul cu rude, prieteni sau personal specializat de suport este dificil.

3.5. Concluzii

Efectele pandemiei asupra fertilității vor începe să fie observate abia spre finalul anului, la nouă luni de la declanșarea pandemiei în România. Impactul pandemiei COVID19 asupra fertilității poate să apară ca urmare a unor mecanisme de tip biologic, legate de morbiditate, mortalitate sau de efectele colaterale ale infectării asupra stării de sănătate. În plus, există o serie de mecanisme de tip comportamental care presupun ajustarea comportamentului reproductiv în urma unei decizii asumate, decizie influențată de o serie de factori biologici, sociali sau economici.

Deoarece mortalitatea afectează mai ales populația de peste 65 de ani nu este de așteptat ca factorii biologici direcți să joace un rol important asupra fertilității. De asemenea, nu există dovezi care să ateste riscul ridicat de a dezvolta complicații în cazul infectării cu COVID19, în cazul femeilor gravide, sau care să indice asocierea dintre infectare și avortul spontan. Prin urmare, nu este de așteptat un declin al fertilității din cauza mortalității prin COVID19, mortalității materne sau avortului spontan.

Cum incidența infectării cu COVID19 este mai ridicată în rândul femeilor din segmentul de vârstă 40-49 de ani, ne putem aștepta la o scădere a fertilității în cazul femeilor aflate spre finalul perioadei fertile determinate fie de îmbolnăvire, fie de decizia de a evita o sarcină în condițiile în care viitoarea mamă este expusă unui risc ridicat de a dezvolta o infecție cu COVID19. În această situație se află mai ales femeile care lucrează în sectorul sanitar, în serviciile de asistență socială, în comerț și servicii care presupun interacțiune directă și frecventă cu alte persoane. Declinul fertilității de acest tip este de așteptat să apară spre finalul anului 2020 și să dureze o perioadă mai lungă de timp, aceasta fiind direct influențată de prelungirea pandemiei.

Dincolo de decizia de a amâna o sarcină din cauza riscului de infectare cu COVID19, vulnerabilitatea economică, lipsa de acces la serviciile de îngrijire a copiilor, accesul dificil la servicii de îngrijirea sănătății reproductive și sănătății mintale, alături de schimbarea rolurilor de gen în cuplu și violența domestică sunt factori care conduc la scăderea numărului de nașteri indiferent de vârsta viitoare a mamelor, efectele putând să fie resimțite și în anii următori. Perturbarea pieței maritale, pe fondul măsurilor de distanțare socială, este de așteptat să afecteze fertilitatea în rândul segmentului tânăr, iar efectele să se resimtă pe termen mediu, adică la momentul în care cuplurile ar fi luat decizia de a procrea. Este dificil, însă, de anticipat dimensiunea efectelor pe care le poate avea acest mecanism, ele depinzând în mare măsură de durata pe care se vor întinde măsurile de distanțare socială.

Din punct de vedere al fertilității, pandemia COVID19 nu reprezintă un risc biologic major, însă efectele sociale, economice și psihologice este probabil să ducă la o scădere a fertilității pe termen scurt și mediu. Fertilitatea de compensare, menită să înlocuiască pierderile de vieți și care apare în cazul epidemiilor cu multe victime și mai ales din rândul copiilor, nu

este de așteptat să joace un rol în cazul pandemiei actuale. Redresarea fertilității este de așteptat să apară ca urmare a redresării economice și diminuării riscurilor sociale și economice provocate de pandemie.

Referințe bibliografice

[f.a] Sex, gender and COVID-19: Disaggregated data and health disparities (2020), BMJ Global Health [Disponibil online] la <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2020/03/24/sex-gender-and-covid-19-disaggregated-data-and-health-disparities/> accesat 10.04.2020

ANES (2020), Comunicat Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați, [Disponibil online] la <https://stirileprotv.ro/stiri/actualitate/pandemia-scoate-ce-e-mai-rau-din-romani-cazurile-de-violenta-domestica-s-au-dublat-fata-de-anul-trecut.html>, accesat la 22 aprilie 2020

Beine et al. (2020) Economic effects of Covid-19 in Luxembourg. First RECOVid working note with preliminary estimates [Disponibil online] la https://www.liser.lu/documents/RECOVID/RECOVid_working-note_full-1.pdf, accesat la 16.04.2020

Bloom-Feshbach K, Simonsen L, Viboud C, et al. (2011) Natality decline and miscarriages associated with the 1918 influenza pandemic: the Scandinavian and United States experiences. *J Infect Dis*, 204, 1157–64

Boniol, M. et al., (2020) Gender equity in the health workforce report (2020) [Disponibil online] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accesat 13.04.2020

Borber-Fazlic et al. (2017). Disease and Fertility: Evidence from the 1918 Influenza Pandemic in Sweden. *IZA Discussion Paper* nr. 10834

Campbell, A. M. (2020) An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives *Forensic Science International: Reports* 2

Corradi, C. și Stöckl, H. (2014), Intimate partner homicide in 10 European countries: Statistical data and policy development in a cross-national perspective, *European Journal of Criminology*, 11(5) 601-618, [Disponibil online] la <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1477370814539438>, accesat 14.04.2020

Delaplace, G. (2020) Neglecting the death in times of epidemics, *Science, Medicine, and Anthropology*, apărut la 3.04.2020, [Disponibil online] la <http://somatosphere.net>, accesat 18.04.2020

Faramarzi M., Esmailzadeh S. și Mosavi S. (2005), Prevalence and Determinants of Intimate Partner Violence in Babol City, Islamic Republic Iran, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11(55/6) 870–879 [Disponibil online] la https://www.researchgate.net/publication/7020946_Prevalence_and_determinants_of_intimate_partner_violence_in_Babol_City_Islamic_Republic_of_Iran, accesat 17.03.2020

Global Health 50/50 Report "Power, privilege & priorities" (2020), [Disponibil online] la <http://globalhealth5050.org/2020report/> accesat 10.04.2020

Global Times (2020) Chinese city experiencing a divorce peak as a repercussion of COVID-19 [Disponibil online] la <https://www.globaltimes.cn/content/1181829.shtml>, accesat 20.04.2020

Hall, L et al. (2020) Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response, *The Lancet*, Vol 395

Hawcroft, C., Hughes, R., Shaheen, A., Usta, J., Elkadi, H., Dalton, T., Ginwalla, K. și Feder, G. (2019), Prevalence and Health Outcomes of Domestic Violence Amongst Clinical Populations in Arab Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis, *bmc Public Health*, 18;19(1) 315 [Disponibil online] la https://www.researchgate.net/publication/331842358_Prevalence_and_health_outcomes_of_domestic_violence_amongst_clinical_populations_in_Arab_countries_A_systematic_review_and_meta-analysis, accesat la 24.04.2020

http://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=1524&sid=1&slc_lang=en, accesat la 13.04.2020

INS (2020) Mișcarea naturală a populației în luna ianuarie 2020, Comunicat de presă Nr.70/16 martie 2020

INSP (2020) Covid 19 Raport săptămânal de supraveghere. Date raportate pana la data de 26 aprilie, [Disponibil online] la <http://www.cnsct.ro/index.php/analiza-cazuri-confirmate-covid19/1691-raport-saptamanal-episaptamana16/file>, accesat 3.05.2020

Karimi A., Daliri S., SayehMiri K. (2016), The relationship between violence during pregnancy and low birth weight: a meta-analysis study (In Persian)] *Hayat*. 22:216–28 [Disponibil online] la

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, A.J., Zwi, A. și Lozano-Ascenio, R. (2002) Rapport mondial sur la violence et la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Genève [Disponibil online] la https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/, accesat la 12.09.2018

Lewis, H. (2020) The Coronavirus Is a Disaster for Feminism, Pandemics affect men and women differently, [Disponibil online] la https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/03/feminism-womens-rights-coronavirus-covid19/608302/?utm_source=share&utm_campaign=share accesat 11.04.2020

Li et al. (2020) Clinical Characteristics and Results of Semen Tests Among Men with Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 3(5): e208292. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.8292 accesat în 11.05.2020

Mamelund, S. E. (2004) Can the Spanish Influenza Pandemic of 1918 Explain the Baby Boom of 1920 in Neutral Norway ? *Population* 59(2) 229-260

Miller, S.L. (2005) Victims as offenders : the paradox of women's violence in relationships, Piscataway: Rutgers University Press

MMPS (2020), Comunicat de presă "Situația contractelor individuale de muncă suspendate/incetate, la data de 27 aprilie 2020" [Disponibil online] la <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/comunicare/comunicate-de-presa/5902-situatia-contractelor-individuale-de-munca-suspendate-incetate,-la-data-de-27-aprilie-2020>, accesat 30.04.2020

Nobles, J., Frankenberg, E., Thomas, D. (2015) The effects of mortality on fertility: population dynamics after a natural disaster. *Demography* 52(1):15-38. doi: 10.1007/s13524-014-0362-1.

OMS (2020) COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do [Disponibil online] la <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf>, accesat la 18 aprilie 2020

Parkinson, D. (2019) Investigating the increase in domestic violence post disaster: an australian case study, *J. Interpers. Violence* 34 (11)

Poos L. R. (1981). Plague mortality and demographic depression in later medieval England. *The Yale journal of biology and medicine*, 54 (3), 227–234.

RCOG (2020). Coronavirus COVID19 infection in pregnancy <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>

Scharff, X. (2020) Why the Coronavirus Outbreak Could Hit Women Hardest, The time, [Disponibil online] la <https://time.com/5801897/women-affected-covid-19/?fbclid=IwAR1XdAu8QcCrtV1zkKggD04RGVwDy9JeXDN4YdLFi22PH3GOFiwx-Drlv28>

Skott, S. (2019), Disaggregating Homicide: Changing Trends in Subtypes over Time, *Criminal Justice and Behavior*, 46 (11) 1650-1668 [Disponibil online] la https://www.researchgate.net/publication/334110045_Disaggregating_Homicide_Changing_Trends_in_Subtypes_over_Time, accesat la 20.04.2020

Stone, L. (2020) Short-Run Fertility Responses to Mortality Events: A look to the past, *Applied Demography*, Population Association of America - Committee on Applied Demography

Stone, L. (2020) Will the Coronavirus Spike Births? [Disponibil online] la <https://ifstudies.org/blog/will-the-coronavirus-spike-births>, accesat 2.04.2020

UNICEF Helpdesk (2017) “GBV in Emergencies: Emergency Responses to Public Health Outbreaks,” [Disponibil online] la https://www.unicef.org/protection/57929_58001.html, accesat la 22 aprilie 2020

United Nations (2020) UN chief calls for domestic violence ‘ceasefire’ amid ‘horrifying global surge’ [Disponibil online] la <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>, accesat la 01.05.2020

Verdery, A.M., Smith-Greenaway, E. (2020) COVID-19 and Family Bereavement in the United States, *Applied Demography*, Population Association of America - Committee on Applied Demography

Wenham, C., et al. (2020) COVID-19: the gendered impacts of the outbreak, *The Lancet*, 395, 10227

Yuill, C. (2020) Reproductive rights in the time of COVID-19, *Science, Medicine, and Anthropology*, apărut la 29.03.2020, [Disponibil online] la <http://somatosphere.net>, accesat 18.04.2020

Capitolul 4 Migrația externă și diaspora de mobilitate

4.1. Introducere

Situația diasporei de mobilitate are o relevanță particulară pe fondul crizei sanitare provocate de COVID, precum și a crizei economice generată de criza medicală, în contextul în care se estimează că 3,4 milioane de cetățeni români trăiau în statele OECD în 2015/2016, constituind a cincea diasporă ca dimensiune în țările OECD (OECD, 2019). Situația diasporei și dinamica plecărilor și sosirilor în rândul celor care pleacă din țară pentru perioade mai lungi sau mai scurte de timp pentru a munci în alte state ridică o serie de probleme de natură epidemiologică, socială și economică. O diasporă numeroasă presupune și existența unui flux de persoane care circulă între România și țările de destinație, reprezentând un risc potențial de răspândire a noului coronavirus.

Migranții au o situație mai vulnerabilă pe piața muncii comparativ cu populația nativă (Rydgren, 2004), iar precaritatea ocupațională îi expune riscurilor de excluziune socială în situații de criză, într-o măsură mai mare comparativ cu populația nativă. Integrarea socială și profesională de la destinație presupune și recunoașterea și echivalarea diplomelor de studii și a calificărilor profesionale, ceea ce duce la supracalificarea pentru slujbele pe care le ocupă, mai ales în primii ani după ajungerea la destinație (Tufiș, 2009), în timp ce competența lingvistică mai redusă în comparație cu nativii crește decalajul de acces pe piața muncii (Sanromá & Simón, 2015). Astfel, migranții ocupă pe piața muncii la destinație, în general, slujbe mai prost plătite, cu contract pe perioadă determinată sau, în unele cazuri chiar fără contract, cu program de lucru redus ori în intervale de timp non-standard (de exemplu, schimburi de noapte) (Kogan, 2006).

Criza economică a pus în dificultate o parte a migranților români aflați în state grav afectate de pandemie, fiind vorba de cei cu o poziție precară pe piața muncii, precum și de cei implicați în sectoarele economice grav afectate de efectele crizei medicale. Este de precizat că migranții români aflați în spațiul UE și a căror mobilitate are drept scop munca se încadrează în două tipare de migrație, reprezentate în proporție mai mică sau mai mare: migrația pe termen lung, cu circularitate mică și migrația înalt circulatorie, asociată cu slujbele sezoniere din sectoare economice precum agricultura (Boboc, Vasile & Todose, 2012; López Sala, 2016). Impactul pe care criza generată de pandemie îl are asupra diasporei românești este influențat de tipul de migrație (pe termen lung versus circulatorie pe termen scurt), de nivelul de afectare al țării de destinație, precum și de tipul de activitate economică în care migranții își desfășoară activitatea. Pentru migranții pe termen lung cu circularitate scăzută, criza sanitară nu a dus la necesitatea revenirii de urgență în țară, în timp ce în cazul migranților pe termen scurt, rămânerea la destinație în contextul pandemiei nu a fost neapărat o opțiune.

De asemenea, nu toate sectoarele economiei au fost afectate în mod egal în statele de destinație, la fel cum nici impactul crizei sanitare asupra economiei nu a fost același în toate statele. Sectoare precum îngrijirea sănătății, a persoanelor vârstnice sau cu dizabilități, agricultura, serviciile de curierat sau call-center-urile și-au intensificat activitatea având nevoie de forță de muncă suplimentară. În contextul în care UE și-a închis granițele pentru lucrători din afara spațiului comunitar (<https://www.independent.co.uk/news/world/europe/coronavirus-europe-travel-ban-schengen-border-germany-france-eu-commission-a9404656.html>), cererea pentru anumite munci slab calificate a crescut, ducând la apariția de noi oportunități pentru lucrătorii/potențialii lucrători intra-comunitari.

Pentru a estima efectele potențiale ale pandemiei asupra fluxurilor de migrație înspre și dinspre România, vom descrie în această secțiune traficul la frontiera României în perioada martie – aprilie 2020, și situația diasporei românești din statele UE cu accent pe poziția pe care

o ocupă aceștia pe piața muncii, pentru a estima în ce măsură contextul actual îi plasează pe membrii diasporei de mobilitate într-un grup vulnerabil.

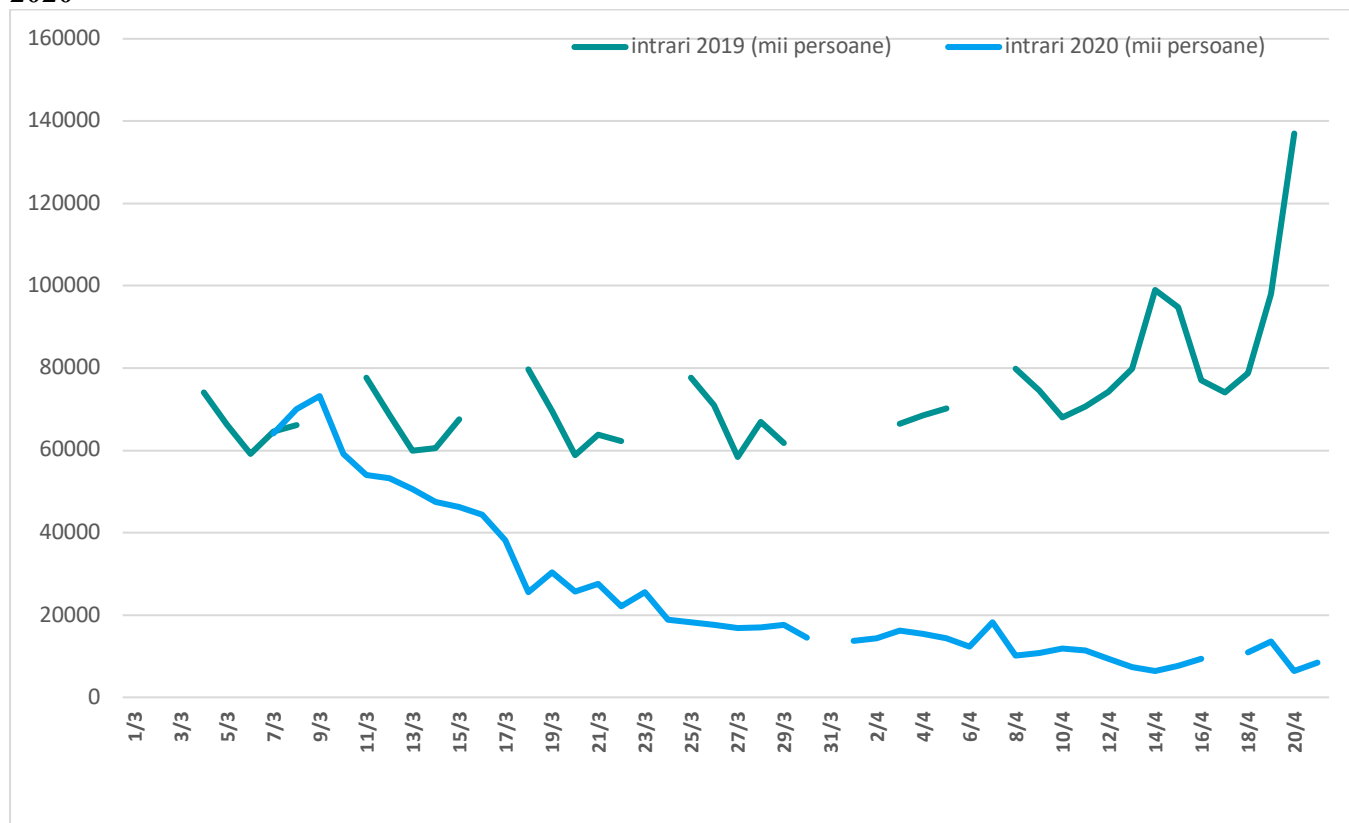
4.2. Tranzitul la frontiera României în perioada martie – aprilie 2020

Numărul celor din diaspora sosiți în țară a constituit un subiect de dezbateri în sfera publică, avansându-se cifre cu diferite ordine de mărime. O analiză a datelor disponibile pe pagina de internet a Poliției de Frontieră prezintă o imagine diferită, comparativ cu cifrele vehiculate de mass-media. Trebuie precizat faptul că aceste date se referă strict la numărul celor care trec frontiera României, fără a ne da indicații referitoare la cetățenia acestora sau destinația din care vin. Cu toate acestea, datele sunt relevante atât din perspectiva volumului traficului de frontieră, precum și din cea a schimbării patternului acestui trafic de la începutul lunii martie până la jumătatea lunii aprilie 2020.

Datele referitoare la trecerea frontierei României, în perioada 1.03 – 20.04 2019 și 1.03 – 20.04 2020, prezentate în Figura 1 și Figura 2, indică o scădere masivă a traficului la frontieră începând cu data de 11 martie 2020, comparativ cu aceeași perioadă a anului anterior, ca urmare a restricțiilor de circulație impuse în Uniunea Europeană și România pe fondul pandemiei. Dacă în martie 2019 numărul de intrări zilnice în România varia între 60000 și 75000 de persoane, după 11 martie 2020 acesta scade până la 10000 de persoane în data de 8 aprilie 2020.

Dincolo de scăderea justificată de restricțiile internaționale de circulație, datele mai relevă și o schimbare a raportului dintre numărul celor care intră în țară și al celor care ies. Dacă în martie- aprilie 2019 acest raport este ușor subunitar, numărul intrărilor fiind puțin mai mic în unele zile decât cel al ieșirilor, după 10 martie 2020 acest raport crește spre valoarea de 2 la 1, numărul intrărilor fiind dublu față de cel al ieșirilor. De asemenea, datele din Figura 2 arată că raportul dintre intrări și ieșiri revine la trendul din aceeași perioadă a anului anterior, după 8 aprilie 2020, când numărul intrărilor se apropie foarte mult de cel al ieșirilor. Sunt de notat câteva inflexiuni ale acestui raport pentru zilele de 14, 15 și 20 aprilie 2020, când numărul ieșirilor este sensibil mai mare decât al intrărilor, din cauza plecării lucrătorilor agricoli sezonieri în Germania și Olanda. Revenirea la dinamica intrări – ieșiri din perioada similară a anului anterior arată caracterul temporar al fluxului de revenire în țară pe fondul pandemiei, în această etapă fiind vorba de întoarcerea membrilor diasporei cu poziții precare pe piața muncii (cei fără contracte de muncă sau cu contracte pe perioadă limitată și fără posibilitate de a accesa beneficii sociale) sau a lucrătorilor sezonieri la final de contract sau ale căror contracte au fost anulate din cauza crizei.

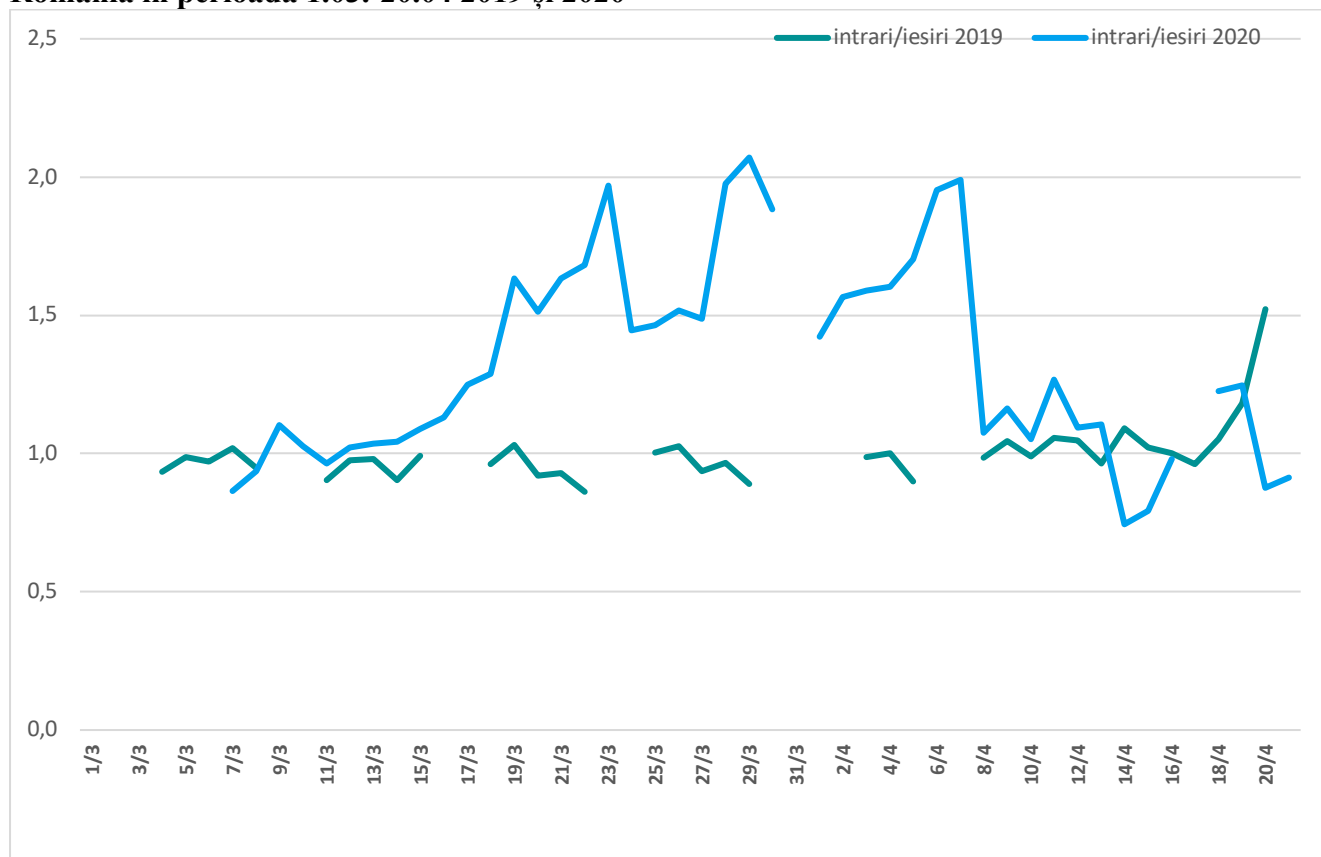
Figura 1. Numărul persoanelor care au intrat în România în perioada 1.03.-20.04 2019 și 2020



Sursa: Poliția de Frontieră

Analiza traficului de frontieră ne indică o creștere clară a intrărilor în țară, în comparație cu ieșirile, pe fondul scăderii drastice a volumului acestui trafic. Concluzia care se poate trage este că cetățenii români aflați în afara granițelor țării au venit pe fondul crizei COVID 19, însă numărul acestora nu este nici pe departe unul atât de mare. Dacă însumăm numărul intrărilor care au avut loc între 11 martie și 20 aprilie 2020, cifra ajunge la valoarea de 750000, însă aceasta îi include și pe lucrătorii transfrontalieri, pe cei care au tranzitat România, pe transportatori, precum și alte persoane care s-au reîntors în țară din călătorii cu scop turistic, medical sau de serviciu, numărul migraților reveniți fiind în realitate mult mai mic. În lipsa unor date mai precise, care să permită o analiză mai aprofundată putem doar să spunem că cifrele vehiculate în spațiul public și ideea că toți cei plecați s-au întors acum acasă este departe de a fi susținută de datele administrative.

Figura 2. Raportul dintre numărul persoanelor care au intrat și al celor care au ieșit din România în perioada 1.03.-20.04 2019 și 2020



Sursa: Poliția de Frontieră

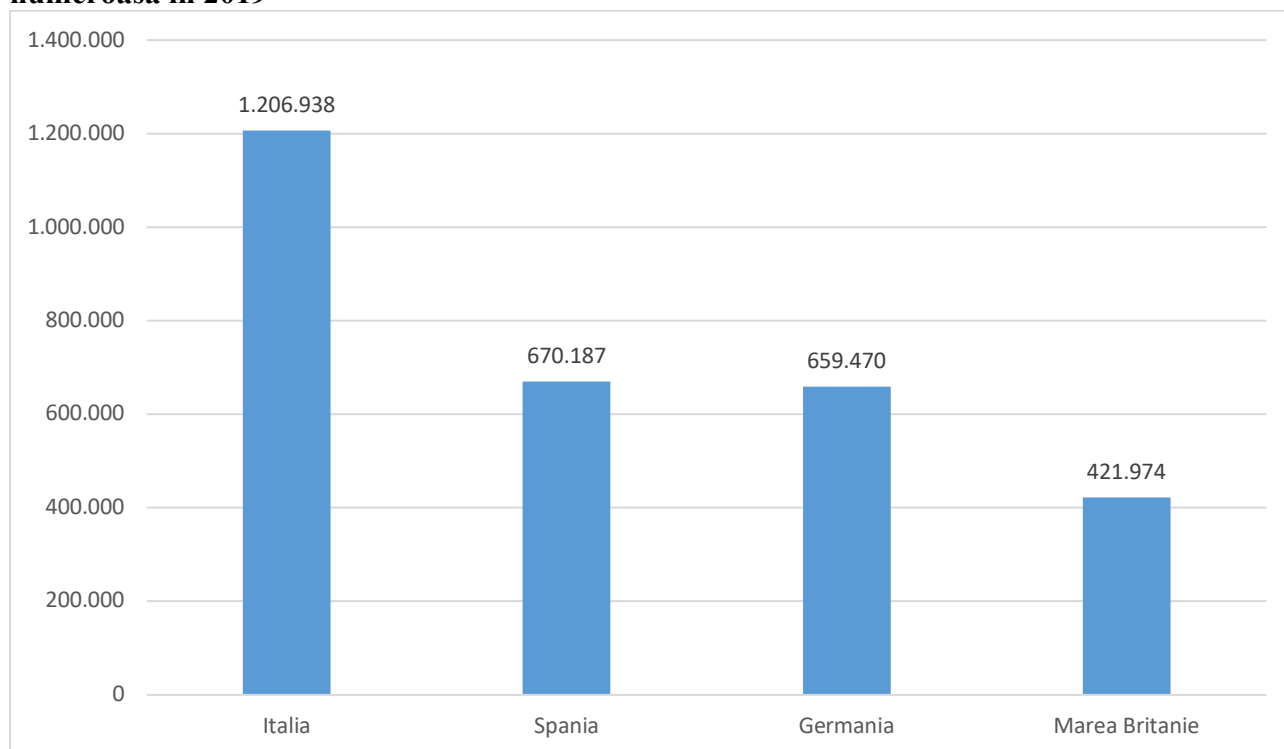
4.3. Diaspora de mobilitate riscuri și oportunități

Diaspora de mobilitate se regăsește cu precădere în patru dintre statele Europene, fiind vorba de Italia, Spania, Germania și Marea Britanie. Datele furnizate de Eurostat și prezentate în Figura 3, arată că peste 1 200 000 de cetățeni români erau înregistrați ca având rezidența în Italia, în 2019, la care se adaugă și lucrătorii sezonieri. Este de subliniat faptul că diaspora românească este larg reprezentată în țările cu numărul cel mai mare de îmbolnăviri și cu ratele cele mai crescute de incidență a bolii din Europa (https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdUOA?Si), ceea ce înseamnă o expunere ridicată la riscuri de tip sanitar, dar și la cele care derivă din criza economică. Cu toate acestea, profilul membrilor diasporei diferă de la o țară la alta, mai ales în ceea ce privește educația, tipul de contract și sectorul economic în care aceștia activează, acești factori influențând impactul pe care criza produsă de pandemie îl poate avea asupra membrilor diasporei.

Educație și ocupare. Italia, țara cu cel mai mare număr de imigranți români, ca și Spania, au constituit destinații explorate de migranții români încă de la începutul anilor 90, rămânând până în prezent destinații favorite (după numărul total de români care trăiesc acolo). Dacă migrația către Italia și către Spania a fost de la început migrație pentru muncă, Germania a fost, inițial, destinație pentru migrația pe filieră etnică – migrația etnicilor germani din România, migrație permanentă, tot în anii '90 (Sandu, 2006). Marea Britanie, țara care ocupă locul al patrulea în rândul destinațiilor cu cel mai mare număr de imigranți români (Figura 3) este o destinație de dată recentă pentru români comparativ cu celelalte trei.

Italia și Spania au fost destinații abordate de români cu stocuri mai degrabă reduse de educație (fără educație superioară), mai ales comparativ cu destinații ca SUA sau Canada, către care s-au îndreptat persoane cu educație superioară, cel mai adesea (Ambrosini et al., 2012; Andren & Roman, 2014).

Figura 1. Numărul rezidenților români în statele cu diaspora românească cea mai numeroasă în 2019



Sursa: EUROSTAT 2019 [migr_pop9ctz]

În Italia, ocuparea informală în rândul imigranților români pare să fie/să fi fost semnificativă, de aproximativ 25% în cazul femeilor, și 16% în cazul bărbaților, rezultând un procent de 21% pentru populația totală de imigranți români (cifre autoraportate) în 2011-2012 (Mara, 2012, p. 39). Deși cifra se referă la totalul imigranților români, bărbați și femei deopotrivă, acest pattern corespunde cu discursurile prezente în spațiul public, centrate pe precaritatea slujbelor tipice deținute de românce ca îngrijitoare pentru persoane vârstnice (badante). De asemenea, 28% dintre migranții români din Italia aveau în 2016 contracte de muncă part-time și 27% dintre membrii diasporei lucrau în schimburi de noapte (OECD, 2019). Toate acestea indică o poziție precară pe piața muncii din Italia și un risc crescut de șomaj în contextul actual.

În Spania, politicile de regularizare au condus la o situație în care deținerea unei slujbe în economia formală și a unui statut legal, ca migranți, este situația comună pentru români (Rodríguez-Planas & Vegas, 2012; Andren & Roman, 2014). Un rol a jucat aici și criza economică din 2008, care a dus la un șomaj de 42% în anul 2011, în rândul comunității românești din Spania, și a determinat inclusiv remigrări din Spania către alte state (Holland, 2011).

Germania și Marea Britanie au devenit destinații importante pentru migranții români după aderarea României la UE, numărul românilor care și-au stabilit reședința în aceste țări crescând mai ales între 2011 și 2016, în parte și din cauza crizei economice care a afectat Spania și Italia în 2008 – 2010 (OECD, 2019). Studiile realizate cu privire la situația diasporei în perioada acelei crize economice arată că migranții români au preferat să se reorienteze către

alte destinații din UE atunci când au părăsit Spania, în loc să revină în țară (Prieto-Rosas et al, 2018). Pe de altă parte, diaspora românească din Marea Britanie este mult mai educată, peste 30% dintre membrii acesteia având studii universitare comparativ sub 10% în Italia (OECD, 2019). Germania se situează pe o poziție intermediară, cu o pondere de 20% studii superioare în rândul migranților români. Profilul educațional, precum și controlul mai riguros al înregistrării rezidenței cel puțin în cazul Germaniei, face ca membrii diasporei din Marea Britanie și Germania să fie mai puțin vulnerabili față de criza COVID. Aceste informații se referă în principal la stocurile de migranți pe termen lung, cei care, dată fiind perioada extinsă petrecută la destinație, au o situație stabilă, cel mai adesea statut legal și acces la serviciile sociale disponibile la destinație.

Migrația circulatorie. În agricultură, de exemplu, unde muncile depind de natura recoltelor și nu există un flux continuu, constant de activități de același tip, sunt încheiate contracte de muncă pe perioadă determinată (3, 6, 9 luni). Acest tip de angajare constituie o nișă pentru lucrători imigranți, dată fiind temporaritatea acestora, precum și condițiile de muncă, mai grele decât în alte sectoare economice, dar și nivelul redus de abilități necesare pentru realizarea lor, inclusiv în ceea ce privește cunoașterea limbii de la destinație. Studiile arată că Germania a promovat migrația de acest tip, în cazul cetățenilor români (Bertoli et al, 2013), însă migrația sezonieră se întâlnește și în celelalte state de destinație.

Având în vedere faptul că evitarea sau limitarea, pe cât posibil, a unei eventuale crize economice implică menținerea activităților lucrative la un nivel similar celui pre-pandemie, este de așteptat ca acest tip de mobilitate transfrontalieră să continue. La rândul lui, acest fapt aduce cu sine necesitatea luării unor măsuri de precauție în vederea stopării răspândirii virusului și atenție sporită acordată condițiilor de locuire și muncă de la destinație. Este de menționat, aici, cazul lucrătorilor sezonieri din România recrutați pentru muncă în agricultură în țări ca Germania și Marea Britanie. Acest tip de mobilitate internațională este un aspect problematic în această perioadă, fiind asociat cu riscuri atât pentru lucrători, din cauza naturii muncii și a condițiilor de muncă și locuire, cât și pentru locuitorii de la destinație, respectiv origine cu care migranții ar interacționa, ei putând fi vectori de circulație a virusului (Pencheva, 2020). Un caz care a fost intens dezbătut în mass-media este acela al lucrătorilor români recrutați pentru recolte de sparanghel în Germania: în contextul pandemiei, modul în care s-a desfășurat/a fost organizată plecarea acestora către țara de destinație, incluzând aici drumul de la domiciliul fiecăruia, până la aeroportul de plecare, a fost un subiect intens dezbătut în presă, din cauza nerespectării regulilor impuse prin starea de urgență (distanțare socială, instaurarea carantinei într-o zonă a județului Suceava, din care, totuși, persoanele au ieși pentru a pleca spre Germania). Acest episod a fost analizat din numeroase puncte de vedere, inclusiv ca indicator al inegalităților sociale existente la nivel european ori ca exemplu de disfuncționalitate în ceea ce privește modul în care regulile sunt respectate/respectarea lor este asigurată de către autorități (Rogozanu & Gabor, 2020). În același timp, este de așteptat ca un număr semnificativ de indivizi să nu mai fie dispuși să se angajeze într-o asemenea traiectorie ocupațională, de teama pericolelor pentru sănătate, iar alții să nu mai aibă acces la aceasta (diminuarea ofertei de locuri de muncă, mobilitate îngreunată de restricții).

Sectoare economice afectate de criza COVID. În ceea ce privește integrarea migranților români pe piața muncii în cele patru state de destinație, tipul sectoarelor economice diferă de la o țară la alta și de aceea riscul de șomaj variază în cele patru state. Conform Organizației Internaționale a Muncii, șapte sectoare economice au fost foarte afectate de pandemia de COVID 19, vânzări, retail și reparații auto, industrie, piața imobiliară, diferite activități administrative și servicii de suport, hotelurile și alimentația publică, transportul și depozitarea, arta, recreerea și alte servicii (ILO, 2020). Conform estimărilor OECD, ponderea cea mai mare a migranților români care lucrează în sectoare economice puternic afectate de pandemie se află în Germania, 57,9% dintre membrii diasporei din această țară fiind vulnerabili

în fața crizei. Ponderea cea mai scăzută a românilor care lucrează în aceste sectoare economice este în Italia, unde 38,6% se pot afla în situație de vulnerabilitate economică față de criza actuală. Datele prezentate în Tabelul 1 arată că ponderea membrilor diasporei implicați în sectoare economice afectate de pandemie nu este una de neglijat în cele patru destinații principale din UE.

Trebuie menționat însă că aceste cifre sunt doar orientative și trebuie tratate cu precauție, din două motive. Aceste estimări se bazează pe date culese în țările de destinație la recensământul din 2010/2011, iar de atunci lucrurile s-au schimbat foarte mult, mai ales în ceea ce privește diaspora din Germania și Marea Britanie, care au cunoscut fluxuri semnificative de migranți din România după 2011. Pe de altă parte, implicarea pe piața informală a muncii a fost mereu mai mare în Italia și Spania și mult mai redusă în Germania și Marea Britanie. Cu alte cuvinte, s-ar putea ca cifrele să subestimeze impactul crizei asupra diasporei din Italia și Spania.

Tabel 1. Ponderea migranților români în sectoarele economice puternic afectate de pandemie în funcție de țara de rezidență

%	Italia	Spania	Germania	Marea Britanie
Vânzări, retail, reparații autovehicule	5,2	8,9	12,1	8,9
Industrie	15,7	11,8	27,7	4,6
Piața imobiliară	0,2	0,1	0,5	0,8
Activități administrative, servicii de suport	0,6	4	6,4	11
Hoteluri și alimentație publică	11,5	13,7	5,3	12,9
Transport și depozitare	4,7	6,2	4,7	4,8
Artă, recreere și alte servicii	0,7	1	1,2	1,5
Total	38,6	45,7	57,9	44,5

Notă: Date 2010/2011 pentru populația de vârstă activă 15-64 ani

Sursa: OECD 2019

4.4. Concluzii

Pe baza celor prezentate în această secțiune se pot schița câteva concluzii cu privire la mobilitatea transfrontalieră a diasporei de mobilitate și la gradul de vulnerabilitate al acesteia în contextul pandemiei de COVID. Deși nu se poate da un răspuns tranșant în legătură cu revenirea în țară a membrilor diasporei de mobilitate, ca urmare a crizei medicale și economice, se pot creiona însă câteva idei legate de situația acestora.

Criza COVID a generat o creștere a fluxurilor de intrare în țară comparativ cu cele de ieșire, creștere care a fost de tip tranzitoriu și a durat cam o lună (11 martie – 8 aprilie). În această perioadă au revenit în țară, pe lângă cei care se aflau în afara granițelor pentru scurte perioade de timp din motive de ordin personal, profesional sau medical, lucrătorii sezonieri ai căror contracte s-au încheiat sau au fost suspendate din cauza stării de urgență, precum și cei care se aflau într-o situație de precaritate accentuată în țara de destinație și care odată cu pierderea locului de muncă, au rămas fără mijloace de subzistență. Acest trend de revenire s-a încheiat odată cu plecările lucrătorilor sezonieri în Germania și Olanda.

În cazul migranților pe termen lung, vulnerabilitatea în fața crizei economice, diferă de la o țară de reședință la alta, variațiile fiind determinate în mare măsură de nivelul de educație, tipul de ocupare și sectorul economic în care aceștia își desfășurau activitatea. Ponderea mare a ocupării fără contract, pe piața informală a muncii sau a ocupării în joburi cu contract pe termen determinat sau part-time pune mulți membri ai diasporei din Italia într-o situație cu risc ridicat de sărăcie și excluziune socială. La acestea se adaugă capitalul educațional scăzut al multora dintre membrii acestei diaspore. În cazul Spaniei riscurile sunt mai limitate datorită

ocupării formale ridicate în rândul românilor de acolo, însă stocul educațional mai redus reprezintă un factor care crește gradul de expunere la riscul de sărăcie.

Diaspora din Germania este expusă unui risc ridicat din cauza implicării preponderente a membrilor acesteia în sectoare economice afectate de criză. Cu toate acestea, faptul că implicarea pe piața informală a muncii este limitată, reduce riscul de sărăcie și excluziune în cazul comunității românești din Germania, șomajul tehnic fiind însoțit de măsuri de protecție socială similare cu cele de care beneficiază cetățenii germani.

Este greu de estimat dacă diaspora de mobilitate va decide să revină în țară, să re-migreze sau va rămâne în statul de reședință actuală. Acest lucru va depinde de când și cum va depăși fiecare țară de reședință criza medicală și economică și de cât de atractivă ar putea să devină România ca ofertă pentru membrii diasporei confrunțați cu riscuri economice și de sănătate.

Referințe bibliografice

Ambrosini, J. W., K. Mayr, G. Peri & Radu, D. (2012). „The Selection of Migrants and Returnees in Romania: Evidence and Long-Run Implications”, IZA Discussion Papers No. 6664, Bonn. Disponibil online la: <http://ftp.iza.org/dp6664.pdf>.

Andrén, D. & Roman, M. (2014). *Should I Stay or Should I Go? Romanian Migrants during Transition and Enlargements*, IZA Discussion Papers, No. 8690, Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn. Disponibil la: <http://hdl.handle.net/10419/107485>.

Boboc, C., Vasile, V., & Todose, D. (2012). „Vulnerabilities associated to migration trajectories from Romania to EU countries”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 62, 352-359.

Bertoli, S., H. Brücker & J. Fernández-Huertas Moraga (2013). “The European Crisis and Migration to Germany: Expectations and the Diversion of Migration Flows”, *IZA Discussion Papers*, No. 7170, IZA, Bonn, <ftp://ftp.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp7170.pdf>

Holland, D. et al. (2011). *Labour mobility within the EU-The impact of enlargement and the functioning of the transitional arrangements FINAL REPORT-COUNTRY CASE STUDIES*, National Institute of Economic and Social Research, London

Kogan, I. (2006). „Labor Markets and Economic Incorporation among Recent Immigrants in Europe”, *Social Forces*, vol. 85, pp. 697-721.

López Sala A. M., Molinero Gerbeau, Y., Jolivet-Guetta, M., Eremenko, T., Beauchemin, C., Samuk, S., & Consterdine, E. (2016). „Seasonal immigrant workers and programs in UK, France, Spain and Italy”. *Proyecto Temper*.

Mara, I. (2012). *Surveying Romanian Migrants in Italy Before and After the EU Accession: Migration Plans, Labour Market Features and Social Inclusion*, wiiw Research Report, No. 378, The Vienna Institute for International Economic Studies (wiiw), Vienna. Disponibil la: <http://hdl.handle.net/10419/204150>.

OECD (2019). „Talent Abroad: A Review of Romanian Emigrants”, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/bac53150-en>.

Pencheva, D. (2020). În presă. „Coronavirus: flying in fruit pickers from countries in lockdown is dangerous for everyone”, *THE CONVERSATION*, <https://theconversation.com/coronavirus-flying-in-fruit-pickers-from-countries-in-lockdown-is-dangerous-for-everyone-136551?fbclid=IwAR2jo96eGH3GHCalzXZLMfurvUTSealWET0IkqgIdd7FsOh0PnvmmF0xLlw>

Prieto-Rosas, V., Recaño, J., & Quintero-Lesmes, D. C. (2018). “Migration responses of immigrants in Spain during the Great Recession”. *Demographic Research*, 38, 1885-1932.

Rogozanu, C. & Gabor, D. (2020). În presă. “Are western Europe's food supplies worth more than east European workers' health?”, The Guardian, https://www.theguardian.com/world/commentisfree/2020/apr/16/western-europe-food-east-european-workers-coronavirus?fbclid=IwAR3QX30JajLaGv-wPq9QJxMsLW6zZENE53bijWLhWHrYC_t0pydAf2mWT80

Rydgren, J. (2004). „Mechanisms of exclusion: ethnic discrimination in the Swedish labour market”, *Journal of Ethnic and Migration studies*, 30(4), 697-716.

Sandu, D. (2006). *Locuirea temporară în străinătate. Migrația economică a românilor: 1990-2006*, București, Fundația pentru o Societate Deschisă.

Sanromá, E., Ramos, R., & Simón, H. (2015). “Portability of human capital and immigrant overeducation in Spain”. *Population Research and Policy Review*, 34(2), 223-241.

Tufiș, P. (2009). „Traectorii ocupaționale”, în Sandu, D. (coord.) *Comunități românești în Spania*, Fundația Soros, București.

Capitolul 5 Răspunsuri la pandemie în sfera politicilor publice

Monitorizarea internațională a evoluției pandemiei COVID19 permite identificarea patternurilor comune de răspuns, schimbul de bune practici și calibrarea eforturilor în vederea unei protejări cât mai bune a populației nu doar din punct de vedere sanitar, ci și economic și social. Prima parte a capitolului urmărește dinamica pandemiei în spațiul statelor membre ale UE din perspectiva măsurilor de natură sanitară (ex. apariția primului caz, instituirea izolării la domiciliu) și a celor de protecție socială. Cea de a doua parte este dedicată politicilor privind familia și copiii în perioada pandemiei. Ultima parte a capitolului prospectează impactul crizei economice, al crizei sanitare, a restricțiilor de circulație și al distanțării și izolării sociale asupra diferitelor categorii de populație (familii și copii, femei, persoane vârstnice, diaspora și migranții sezonieri).

5.1. Măsuri adoptate în contextul pandemiei

Măsurile adoptate în contextul pandemiei COVID19 au fost în primul rând, de sănătate publică (orientate spre oprirea răspândirii virusului) și cele menite să compenseze efectele colaterale resimțite în plan economic și social. Prima parte a subcapitolului trece în revistă măsurile de natură sanitară, a doua parte fiind dedicată celor de protecție socială.

Analizăm în continuare informații privind răspândirea pandemiei din perspectiva: apariției primului caz, a instaurării stării de urgență, a închiderii granițelor, a izolării la domiciliu, a transmiterii intracomunitare și dublării cazurilor de îmbolnăviri și a deceselor.

În România, primul caz identificat în urma testării a fost în 27.02, o persoană din județul Gorj care a intrat în contact cu un cetățean italian contaminat. Starea de urgență a fost instaurată în data de 16.03. Primul deces a fost înregistrat la 21.03, a fost al unui cetățean român în vârstă venit din Franța, internat la Craiova și care prezenta comorbidități (cancer în stadiu terminal). În data de 22.03 s-au instituit atât închiderea granițelor, cât și izolarea la domiciliu.

Statele cele mai afectate au fost cele în care s-au înregistrat primele cazuri de infectări COVID19 (China și SUA)¹², urmate de Spania, Italia și Marea Britanie. China a instaurat starea de urgență (11.02.2020) după cinci săptămâni de la momentul identificării primului caz. Franța și Marea Britanie au declarat starea de urgență la aproximativ două luni, respectiv SUA, după trei luni de la înregistrarea infectării. China, Grecia, Irlanda, Suedia și Olanda încă nu au declarat stare de urgență. Pe baza observațiilor internaționale privind evoluția pandemiei, țările în care s-au înregistrat mai târziu cazuri de infectare s-au grăbit în instaurarea stării de urgență la cel mult două săptămâni de la primul caz (Bulgaria, Cehia, Estonia, Luxemburg, Ungaria, Polonia, Slovenia și Slovacia) sau chiar în ziua primului caz (Malta și Italia).

Croația și Grecia au recurs la închiderea granițelor deși nu au instituit starea de urgență. Unele state au închis granițele înainte de a adopta starea de urgență, fiind vorba de Cipru, SUA și Olanda. Nici China, nici Spania nu și-au închis granițele la o lună de la instaurarea stării de urgență, deși nivelul de infectare este ridicat.

Opt state din UE nu au declarat transmitere intracomunitară: Bulgaria, Finlanda, Luxemburg, Cipru, Estonia, Ungaria, Malta și Slovacia (Anexa 1). Acestea se alătură China. Austria, Belgia, Croația, Grecia, Lituania, Olanda, Suedia și România au declarat transmiterea comunitară la aproximativ două luni de la înregistrarea primului caz. În Italia, Marea Britanie și SUA a fost declarată la aproximativ trei luni de la apariția primului caz.

Până la data de 30 aprilie 2020, țara care a înregistrat cele mai multe zile (20) de transmitere intracomunitară este SUA. În mod surprinzător, în China încă nu este această

¹² <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>.

situație. România a declarat transmitere intracomunitară în data de 22 aprilie 2020. Conform datelor disponibile la data de 30 aprilie, în celelalte state a durat până la 10 zile.

Există discrepanțe foarte mari între state, în ceea ce privește ziua apariției primului caz, data instaurării stării de urgență și dublarea numărului îmbolnăvirilor. Spre exemplu, Italia și Malta au instaurat stare de urgență încă din ziua apariției primului caz, context în care numărul îmbolnăvirilor s-a dublat în 30 zile, respectiv, în 25 zile. Totodată, deși China a instaurat stare de urgență la mai bine de două luni de la apariția primului caz, a fost nevoie de 80 de zile pentru dublarea cazurilor. Marea Britanie a recurs la măsura stării de urgență la aproximativ trei luni de la înregistrarea primului caz, cu toate că numărul acestora s-a dublat în 18 zile.

În cele mai multe state, dublarea cazurilor de infectări a durat peste 15 zile. Este vorba de Austria, Bulgaria, Croația, Germania, Finlanda, Franța, Danemarca, Grecia, Estonia, Luxemburg, Olanda, Portugalia, Spania, Suedia, Cipru, Cehia, Irlanda, Ungaria, Lituania, Malta, Polonia, Slovacia, Slovenia, România și SUA. Este important să menționăm faptul că în Italia dublarea cazurilor de deces a durat 29 de zile, iar în China 71.

Dublarea numărului deceselor nu a survenit atât de repede precum dublarea numărului de cazuri de infectare. O posibilă explicație rezidă în faptul că infectarea cu COVID19 afectează mai ales populația de vârstă activă, în timp ce decesele se înregistrează preponderent în rândul vârstnicilor, deci decalajul de timp dintre dublarea numărului de infectări și a celui de decese indică viteza cu care virusul s-a transmis de la populația cu risc mare de infectare la cea cu risc ridicat de deces. În state precum Austria, Franța, Grecia, Luxemburg, Spania și Slovenia a fost nevoie de aproximativ trei săptămâni, iar în restul statelor, de cel mult două săptămâni. Cipru și Malta încă nu au declarat dublarea cazurilor de deces.

Analizăm în continuare primele trei măsuri de protecție socială adoptate de statele membre ale UE. Am adăugat analizei China datorită experienței acumulate și SUA ca urmare a numărului crescut al cazurilor înregistrate precum și rolului jucat în economia mondială.

Conform datelor Organizației Internaționale a Muncii (OIM), 144 de țări, reprezentând aproximativ 67% din populația globului, au adoptat răspunsuri de protecție socială. Pe regiuni, pe primul loc se situează Europa și Asia Centrală unde 77% dintre state sunt acoperite cu măsuri. La pol opus, doar 33% dintre statele arabe au recurs la astfel de măsuri. Analiza celor 742 de măsuri de protecție socială evidențiază faptul că jumătate dintre acestea reprezintă introducerea de noi programe sau beneficii pentru lucrători, beneficii pentru săraci și segmente vulnerabile de populație dar și subvenționări sau reduceri de cost pentru utilități¹³.

Analiza primelor măsuri luate de statele membre ale UE permit identificarea unui pattern comun: închiderea granițelor, a școlilor, lucrul de acasă, instaurarea stării de urgență și izolarea populației la domiciliu. Unele state au optat inițial pentru măsura imunizării în masă, dar au schimbat strategia (ex. Marea Britanie). Măsurile luate de Suedia au fost mai laxe în ciuda numărului deceselor înregistrate, mai mare față de alte state nordice.

Măsurile adoptate la nivel național au fost de natură: economică (atenuarea scăderii veniturilor), medicală (împiedicarea răspândirii virusului) și socială (protejarea grupurilor vulnerabile). Este dificil de evaluat eficiența acestora cu atât mai mult cu cât unele țări și-au schimbat strategiile. De exemplu, Suedia a înregistrat în 25.04 o rată de contagiune de 0,85/1000 de locuitori¹⁴. Măsurile laxe¹⁵ impuse au stârnit mai multe controverse la nivel internațional, cu atât mai mult cu cât au fost înregistrate mai multe infecții și decese (2.679) decât celelalte țări nordice vecine, Finlanda (230) sau Norvegia (213)¹⁶. Abordarea suedeză a fost interpretată ca o „politică publică printr-un parteneriat cu populația” (Ryan, 2020).

¹³ <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=3417>

¹⁴ <https://www.worldometers.info/coronavirus/#repro>, accesat la 4 mai 2020

¹⁵ <https://www.government.se/articles/2020/04/strategy-in-response-to-the-covid-19-pandemic/>

¹⁶ <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>, accesat la 4 mai 2020

În România, primele măsuri au vizat șomajul tehnic (OUG 32/2020) și asigurarea zilelor libere pentru părinții încadrați în muncă ce stau cu copiii până la 12 ani (Legea 19/2020).

Tabel 1 Măsuri de protecție socială adoptate în contextul pandemiei

Măsură	State
Introducerea unor beneficii pentru muncitori și/sau persoane din grupuri vulnerabile ¹⁷	BE, BG, ET, FI, DE, GR, IE, IT, NL, PT, RO
Amânarea sau reducerea contribuțiilor sociale ¹⁸	BG, FR, DE, PT, SI, ES, SW,
Intensificarea ajutorului financiar ¹⁹	AT, FR, DE, UK, MT, PL, PT, RO, SI
Introducerea subvențiilor pentru salarii ²⁰	BE, ET, NL, CZ

Sursa: <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=3417>

Analiza comparativă a reacției diverselor state europene evidențiază capacitatea de a ține sub control răspândirea virusului fie prin adoptarea măsurii timpurii față de momentul declanșării pandemiei (Norvegia, Danemarca, România, Bulgaria, Ungaria, Polonia), fie prin extinderea capacității de testare (Germania, dar și Elveția și Olanda). Comparativ, schimbările de abordare din Marea Britanie se resimt, rata de răspândire rămânând la un nivel „supercritic” (Agosto și alții, 2020).

Progresele mondiale înregistrate în procesul de monitorizare și tratare a gripelor permit identificarea rapidă a semnalelor de „alarmă” și adoptarea măsurilor publice considerate eficiente. Învățarea continuă implică nu numai o abordare multidisciplinară a realității medicale cu care ne confruntăm, dar și identificarea căilor de armonizare a rezultatelor științifice obținute.

5.2. Politicile pentru familie și copil în perioada pandemiei

Criza actuală surprinde politicile pentru familie și copil din România într-o situație extrem de vulnerabilă, atât din perspectiva funcției de protecție pe care o asigură prin înlocuirea pierderii unor venituri și/sau a acoperirii unor nevoi specifice, cât și din perspectiva rolului în reducerea dezechilibrelor demografice, care s-au accentuat semnificativ după 1989. Inegalitatea socială a crescut constant în ultimii 30 ani, România fiind printre țările cu cea mai mare polarizare la nivelul UE. Familiile cu copii reprezintă una dintre cele mai vulnerabile categorii, fiecare copil în plus în gospodărie fiind asociat cu un risc în creștere pentru sărăcie sau excluziune socială. Datele EUROSTAT arată că, în 2018, ponderea familiilor cu trei sau mai mulți copii aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială era de 57,6%, față de 29,1% media EU28. De asemenea, dacă la nivel european diferența dintre rata AROPE²¹ pentru familiile cu trei sau mai mulți copii este mai mică decât dublul ratei AROPE pentru familiile cu un singur copil, în România diferența este de aproape trei ori mai mare. Trebuie menționat că ponderea

¹⁷ De exemplu distribuirea unor kituri de igienă, a pachetelor cu alimente, acordarea unor împrumuturi financiare pentru o perioadă de trei luni, sprijin financiar pentru liber profesioniști, crearea fondurilor speciale pentru familiile cu nivel foarte scăzut de trai, distribuirea unor tablete pentru studenții care nu dispun de PC, dar învață online;

¹⁸ Renunțarea pentru trei luni la obligațiile angajatorului de a plăti asigurările de sănătate ale angajaților, anularea penalităților pentru întârzierea plății contribuțiilor sau chiar anularea contribuțiilor sociale (pensie, șomaj, sănătate);

¹⁹ Asigurări de sănătate pentru cei care nu mai lucrează de peste 90 de zile, sprijin financiar suplimentar pentru însoțitorii persoanelor cu dizabilități, ajutor financiar pentru părinții care sunt nevoiți să stea acasă etc.;

²⁰ Menite să susțină angajatorii din mediul privat care întâmpină dificultăți în plata salariilor angajaților

²¹ În risc de sărăcie sau excluziune socială (at risk of poverty or social exclusion - AROPE)

famiilor cu trei sau mai mulți copii în risc de sărăcie și excluziune socială a scăzut de la 78,8% în 2014, în vreme ce pentru familiile cu unul sau doi copii, scăderea a fost semnificativ mai modestă, în special pentru familiile cu un singur copil²².

Numărul de copii a scăzut de la 6,64 milioane în 1990 la 3,66 milioane în 2019, reducerea masivă a natalității fiind principala cauză a declinului demografic. Reducerea numărului de copii este însoțită de o creștere a ponderii populației vârstnice în total populație (în 2018 persoanele cu vârsta de peste 65 de ani reprezentau 18,35% în totalul populație, față de 2002 când ponderea a fost de 14,01%)²³. Dezechilibrul demografic se reflectă și în tipul de cheltuieli sociale făcute de România. Ca pondere în PIB, cheltuielile pentru pensii sunt relativ reduse (6,9%) în raport cu media europeană (9,7%), doar câteva state având o pondere mai redusă (statele baltice, Irlanda, Croația și Bulgaria), însă România are cea mai ridicată pondere a pensiilor în total beneficii, raportul fiind de 0,49, diferența fiind alocată pentru celelalte beneficii. Trebuie menționat că, începând cu 2010, cheltuielile sociale ca pondere din PIB au scăzut de la an la an, nivelul cel mai înalt fiind înregistrat în 2010 (17,3% din PIB) în vreme ce la cheltuielile pentru pensii reducerea a fost mai mică²⁴. Astfel, în 2017, beneficiile reprezentau 82% din nivelul din 2010, pentru pensii ponderea fiind de 92%. Deși alocarea pentru pensii este relativ mică ca pondere din PIB comparativ cu celelalte state europene, ponderea pensiilor în total cheltuieli pentru beneficiile sociale este una dintre cele mai ridicate, raportul fiind aproape de 50-50, România având, din această perspectivă, una dintre cele mai mari alocări pentru pensii comparativ cu celelalte state europene.

Cheltuielile pentru beneficii sociale destinate protecției familiei și copilului s-au redus ca pondere din PIB în mod constant începând cu 2010, de la un nivel de 1,7% la 1,1% din PIB în 2017²⁵, o ușoară creștere fiind înregistrată în 2019, pe fondul creșterii alocației de stat pentru copii, beneficiu care reprezenta, în 2017, peste o treime în totalul transferurilor sociale destinate familiei. Nivelul redus al finanțării pentru transferuri sociale, în special a celor destinate familiei și copilului, se reflectă în eficiența redusă a sistemului de protecție și incluziune socială a categoriilor vulnerabile. Deși ponderea familiilor cu trei sau mai mulți copii aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială a scăzut semnificativ în perioada 2014-2019, 38,1% din totalul copiilor din România sunt în această situație, cu o reducere mai însemnată începând cu 2016, de la 49,2%²⁶. Deși scăderea este considerabilă, datele din perioada 2010-2018 arată fluctuații mari ale ratei AROPE pentru populația de sub 18 ani, ceea ce indică expunerea unei ponderi însemnate a copiilor la riscul de sărăcie, modificări sensibile ale veniturilor familiei, incluzând aici și transferurile destinate copilului și familiei, având impact semnificativ asupra ratei AROPE.

Structura actuală a cheltuielilor publice și situația celor două categorii care prezintă riscurile pentru cele mai ridicate (copiii și vârstnicii - a căror situație este analizată în secțiunea următoare) lasă foarte puține opțiuni pentru măsuri pe termen scurt și mediu și arată cât de vulnerabilă este România în condiții de criză.

Sistemul de asistență socială reprezintă o resursă la nivel național, resursă care asigură protecția grupurilor vulnerabile. Conform Strategiei Naționale pentru Incluziune socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020 (Ministerul Muncii Familie Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2014), în România există un deficit de 11.000 de asistenți sociali, localitățile din mediul rural sau orașele mici, în special cele din zonele slab dezvoltate economic având serviciile de asistență socială cel mai slab profesionalizate.

²² Sursa: Eurostat, ilc_peps03

²³ INSSE, POP106A

²⁴ Sursa: Eurostat, spr_exp_sum

²⁵ Sursa: Eurostat, spr_exp_sum

²⁶ Sursa: Eurostat, ilc_peps01

Nenumărate studii, inclusiv cele ale ICCV (C. Zamfir și alții., 2010; E. Zamfir, 2002, 2012.; E. Zamfir și alții, 2015; E. Zamfir și Precupețu, 2018; Zamfir, C. Și Zamfir, E, 2020) au argumentat atât consecințele menținerii unui sistem de asistență socială cu dezechilibre majore și deprofesionalizat, cât și avantajele unui astfel de sistem care nu se limitează doar la ajutorul celor care sunt vulnerabili social. O funcție importantă, cea de diagnoză socială, ar fi fost extrem de utilă în această perioadă, prin contribuția la identificarea cât mai rapidă a vulnerabilităților create de extinderea comunitară a pandemiei sau de efectele negative generate de restricțiile necesare pentru stoparea pandemiei. Funcția de intervenție specializată ar fi asigurat suportul necesar pentru categoriile sociale în situație de risc, dar și pentru vulnerabilitățile specifice create de pandemie, persoanele în vârstă, cele care au afecțiuni cronice sau o dizabilitate, fiind categorii care au nevoie de suport imediat, inclusiv sub forme care anterior nu ar fi fost necesare, cu scopul de a reduce expunerea la riscul infectării. Creșterea rapidă a fenomenului violenței domestice este un alt exemplu de problemă care necesită reacția rapidă a serviciilor sociale. Funcțiilor tradiționale asociate asistenței sociale i se pot adăuga celor care ar fi asigurat sprijin sistemului medical în scopul reducerii riscului supraîncărcării acestuia.

Protecția copilului în contextul pandemiei

Copiii sunt, conform UNICEF și Human Rights Watch (HRW), una dintre cele mai afectate categorii ca urmare a măsurilor luate pentru gestionarea pandemiei. Raportul HRW²⁷, lansat în 9 Aprilie 2020, arată că, deși sunt o categorie mai puțin vulnerabilă în privința simptomelor resimțite sau a riscului de deces, copiii sunt expuși unor multiple forme de risc, cei mai afectați fiind cei din familiile aflate în sărăcie sau excluziune socială. Raportul face o analiză a principalilor factori de risc pentru copii la nivel global, însă o astfel de analiză este parțial utilă pentru identificarea categoriilor de copii vulnerabili din România (HRW, 2020). Un alt raport al UNICEF (Vockel și alții, 2020), care prezintă rezultatele unei evaluări rapide a situației copiilor și familiilor în contextul pandemiei din România, identifică principalele categorii vulnerabile și propune o serie de soluții imediate pentru protecția acestora. Studiul are la bază propuneri ale unui grup de dialog și cooperare pentru incluziunea romilor, organizat de Banca Mondială și opiniile unor categorii profesionale relevante din domeniul serviciilor sociale (121 din 4 județe). Categoriile vulnerabile identificate de cercetare, în pofida unor precauții metodologice pe care raportul le precizează, coincid în mare măsură cu cele menționate în analiza de situație ale strategiei pentru protecția copilului și a strategiei antisărăcie și incluziune socială. Secțiunea de față se referă la cele mai importante categorii de copii vulnerabili (implicit și familii), perspectiva fiind cea a dimensiunii categoriei și a impactului negativ pe care pandemia îl are asupra acestora. Evaluarea UNICEF pentru România evidențiază vulnerabilitățile multiple care afectează copiii, în special pe cei afectați de sărăcie sau excluziune socială.

Copii aflați în risc de sărăcie sau excluziune socială, în special cei din familii cu părinți care au nivel redus de educație, pentru care ponderea este aproape dublă (74,5%²⁸) față de rata AROPE pentru totalul copiilor. Această categorie este foarte vulnerabilă față de sărăcie și este de așteptat o creștere a ratei sărăciei pentru perioada următoare, cu precădere în zonele cu sectoare ale economiei (ex. servicii, construcții) așa cum este București-Ilfov unde numărul familiilor care primeau ajutor social depășea cu puțin 1.000, de peste 10 ori mai puțin decât în Dolj (județ cu nivel ridicat de dezvoltare economică, dar cu profil diferit al sectorului economic, cu oportunități mai reduse pentru cei vulnerabili), care are o populație de trei ori mai mică. Reducerea locurilor de muncă din sectoarele cele mai afectate de pandemie poate crea o creștere a nevoii de protecție pentru categoriile cele mai expuse la pierderea locurilor de muncă, așa cum sunt persoanele cu nivel redus de educație și de calificare, din mediul rural (în special cele

²⁷ <https://www.hrw.org/news/2020/04/09/covid-19-and-childrens-rights-0> , accesat la 5.05.2020

²⁸ Sursa: Eurostat, ilc_peps60

care lucrează în mediul urban) sau cei cu vârsta peste 46 de ani, categorii suprareprezentate în rândul beneficiarilor de ajutor social. Studiul de impact al MMPS din 2013 (MMFPSPV, 2013) arată faptul că în cazul a 77% dintre gospodării, capul gospodăriei are cel mult 8 clase. Nivelul de calificare este, de asemenea, scăzut, în aproape două treimi dintre gospodării capul acesteia fiind ocupat în activități pe cont propriu, agricole sau non-agricole. Așadar, este de așteptat ca restrângerea activității economice, în special din zonele care asigurau oportunități de ocupare pentru familiile vulnerabile să determine o creștere rapidă a numărului de potențiali beneficiari de ajutor social până la nivelul înregistrat în zonele slab dezvoltate economic sau a zonelor dezvoltate economic, dar cu număr redus de locuri de muncă disponibile pentru cei cu nivel de educație redus sau fără calificare. Trebuie luat în considerare și faptul că o parte dintre copiii din familii cu venituri reduse nu mai beneficiază de forme de suport care erau asociate cu participarea școlară (ex. masă caldă la școală etc), cu posibil cost suplimentar pentru familie. Elevii în sărăcie și excluziune socială sunt cei mai afectați de deconectarea de școală, autorii indicând o legătură între absenteism și abandon școlar (Florian și Țoc, 2020).

Copiii cu unul sau ambii părinți plecați la muncă în străinătate. Datele Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții arată că, în 2019, 85.089 copii aveau un părinte sau ambii părinți plecați la muncă în străinătate. Este de așteptat ca o parte semnificativă a acestor familii să se confrunte cu pierderea veniturilor (țările cu numărul cel mai mare de migranți români au fost și cele mai afectate de pandemie), cu impact direct asupra copiilor rămași acasă, confrunțați deja cu o serie de probleme specifice pentru copiii lipsiți de îngrijirea directă a unuia sau a ambilor părinți. Evaluarea rapidă a UNICEF (Vockel et al., 2020) indică o creștere a vulnerabilității atât pentru copiii ai căror părinți se află în continuare la muncă în străinătate (din cauza lipsei suportului adecvat pentru participarea școlară), cât și pentru cei ai căror părinți au revenit în țară din cauza pierderii locurilor de muncă.

5.3. Impactul măsurilor adoptate asupra diferitelor categorii de populație

Analizăm în continuare impactul crizei sanitare, a crizei economice, a restricțiilor de circulație impuse și a celor privind distanțarea fizică și socială asupra copiilor și familiilor, asupra femeilor, asupra persoanelor vârstnice și asupra românilor din diaspora și a migranților sezonieri.

Copiii și familiile

Criza sanitară

Afectează familiile cu acces redus la servicii medicale (din cauza infrastructurii precare a sistemului sanitar sau a lipsei asigurărilor de sănătate), în special familiile care depind de accesul la servicii medicale (membru al familiei cu dizabilitate sau cu afecțiuni/boli cronice care presupun îngrijire medicală, copii de vârstă mică), restricționate din cauza pandemiei. Un risc major îl reprezintă zonele rezidențiale segregate sau ansamblurile de locuințe precare (ghetouri) supraaglomerate, cu condiții sanitare inadecvate și cu acces limitat sau fără acces la utilități de bază (apă, canalizare).

Criza economică

Pe termen imediat este resimțită de familiile cu venituri reduse sau care au înregistrat pierderi ale locurilor de muncă din cauza închiderii unor sectoare ale economiei, familii care nu au alternative de protecție socială imediată și adecvată. Pierderea beneficiilor sau a serviciilor sociale care erau asociate cu participarea școlară (frecventarea unor centre de zi, programe nutriționale în școli) înseamnă pentru familiile sărace preluarea unui cost suplimentar pe perioada crizei.

Distanțare și izolare socială

Închiderea școlilor accentuează inegalitatea de șanse la educație, o problemă persistentă a sistemului de educație. Suspendarea cursurilor școlare afectează familiile sărace din cauza lipsei de mijloace necesare pentru accesarea cursurilor online. O altă categorie afectată este cea a familiilor cu copii care frecventează școli, dar care nu au infrastructura necesară sau în care cadrele didactice nu au competențele TIC pentru a oferi alternativa online a cursurilor. Este de așteptat ca acest tip de dificultate să fie accentuat pentru copiii de vârstă mică (clase pregătitoare și ciclul primar) pentru care deconectarea de școală nu poate fi compensată adecvat cu cursuri susținute online, cu risc de abandon școlar în cazul familiilor în care părinții au nivel de educație redus. Pe termen lung, redeschiderea școlilor aduce în discuție infrastructura sistemului de educație, în special în mediul rural și în comunitățile dezavantajate/marginale, unde condițiile sanitare precare sau supraaglomerarea vor constitui piedici pentru reluarea cursurilor.

Femeile

Criza sanitară

Femeile prezintă un risc ridicat de infectare cu COVID19 din cauza meseriilor specifice (ex. domeniul îngrijirii sănătății). Un procent de 56,7% din cazurile COVID19 din România este reprezentat de femei²⁹.

Deși rata mortalității infantile a scăzut constant după 1989, România se situează încă printre țările cu cea mai mare valoare în rândul statelor UE (Comisia Europeană, 2019, p.4). În ceea ce privește restricțiile de circulație și reducerea activității spitalelor în vederea prevenirii infectării cu COVID19, se ridică problema depistării la timp și a tratării diverselor afecțiuni cu impact atât asupra sănătății fătului, cât și a mamelor. Unele dintre aceste măsuri includ controale periodice sau posibilitatea efectuării anumitor proceduri programabile până într-un anumit moment al sarcinii (ex. avortul sau amniocenteza). Posibilitatea efectuării tuturor acestor operațiuni necesare permit protejarea sănătății fătului și a mamelor.

Anul 2020 este declarat de Organizația Mondială a Sănătății drept anul Asistentelor medicale și al moașelor, ceea ce atrage atenția asupra nevoii actuale pentru încă 9 milioane de astfel de locuri de muncă pentru a răspunde nevoii globale de acoperire în domeniul sănătății până în anul 2030³⁰. Probabil că noile priorități din domeniul medical vor schimba ordinea priorităților stabilite pentru 2020.

Criza economică

Dinamica economică din perioada pandemiei expune femeile unor situații cu potențial discriminatoriu atât pe piața muncii, cât și în rolurile legate de familie (ex. îngrijirea copiilor și a persoanelor vârstnice).

Pentru unele dintre aceste situații s-au luat măsuri (ex. servicii sociale pentru victimele violenței domestice). Totuși, există o serie de situații specifice acestei perioade pentru care încă nu s-au adoptat măsurile necesare. De exemplu, este salutară măsura Guvernului României de a proteja părintele care lucrează, dar rămâne acasă cu un copil sub 12 ani, însă aceasta nu compensează decât parțial eficiența adoptării unor măsuri complementare precum alocarea sarcinilor la muncă. Sunt cazuri în care supravegherea copiilor poate fi incompatibilă cu

²⁹<http://www.cnsct.ro/index.php/analiza-cazuri-confirmate-covid19/1691-raport-saptamanal-episaptamana16/file>; <http://www.cnsct.ro/index.php/analiza-cazuri-confirmate-covid19/1643-analiza-cazuri-confirmate-pana-la-5-04-2020/file>

³⁰ <https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

programul sau cu sarcinile alocate la locul de muncă, ceea ce crește riscul de a pierde acel loc la muncă (mai ales pentru mamele singure sau mamele cu copii mici). O altă măsură adoptată în sprijinul părinților care își supraveghează copiii este organizarea programelor educaționale (mai ales pentru școlarii de vârstă mică care nu desfășoară activități independente sau nesupravegheate).

Distanțare și izolare socială

Un risc pe care femeile îl confruntă în această perioadă este cel de creștere a cazurilor de violență domestică (a se vedea capitolul 3 din raport).

Persoanele vârstnice

Criza sanitară

Persoanele vârstnice prezintă risc mare atât pentru de a dezvolta complicații în cazul infectării cu COVID din cauza comorbidităților existente, cât și de deces (a se vedea capitolul 2 din raport). Conform datelor actualizate la data de 5.04, 26% dintre cazurile confirmate erau peste 60 de ani. Restrângerea activității medicale prin accentuarea asupra tratării prioritare a cazurilor de COVID și a urgențelor are impact asupra fluxului în furnizarea de servicii medicale mai puțin urgente, dar necesare protejării sănătății persoanelor în vârstă (controale rutiniere).

Pintre măsurile cu impact direct asupra protecției persoanelor vârstnice se regăsesc în Ordonanța Militară nr 8 (Art. 9-12): interzicerea închiderii centrelor publice și private pentru bătrâni, dar și sprijinul pentru resursele umane implicate în îngrijire. Măsurile au fost binevenite pe fondul închiderii unora dintre căminele pentru persoanele vârstnice (ex. Râmnicu Vâlcea), dar și a îmbolnăvirii rezidenților (ex. Galați). Măsurilor igienico-sanitare generale ce se impun în contextul pandemiei, se adaugă cele specifice de îngrijire, în special pentru persoanele greu deplasabile sau chiar mobilizate la pat. Un grad ridicat de vulnerabilitate îl au vârstnicii fără aparținători sau în care ambii parteneri au probleme de mobilitate. De exemplu, restrângerea fluxului în transportul public poate crea probleme de deplasare unora dintre bolnavii cronici (ex. dializă, tratament oncologic în alt oraș decât cel de reședință). Reducerea finanțărilor către furnizorii privați de servicii sociale (ex. îngrijiri la domiciliu) poate conduce la scăderea numărului de beneficiari, ceea ce duce la limitarea accesului acestei categorii la serviciile de îngrijire de care au nevoie.

Criza economică

Impactul crizei economice asupra persoanelor vârstnice s-ar putea resimți direct prin restrângerea locurilor de muncă (pentru persoanele care cumulează pensia cu salariul) și indirect prin diminuarea veniturilor persoanelor care îi îngrijesc (în cazul persoanelor dependente). În funcție de capacitatea bugetului de stat de a face față cheltuielilor din perioada următoare, este anticipabilă o revenire asupra deciziei de a mări cu 40% pensiile din luna septembrie 2020.

Restricții de circulație

Din cauza riscului ridicat ca persoanele peste 65 de ani să se infecteze cu COVID19, Ordonanța Militară 3 a stabilit intervalul orar 11-13 pentru deplasarea acestora în afara locuinței (Art. 2). Măsura a fost criticată ca discriminatorie de către organizațiile de pensionari afiliate la Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice (CNPV, 2020). Conform modificărilor publicate în Ordonanța Militară 4, deplasarea în afara intervalului stabilit inițial este posibilă „dacă aceasta se face pentru rezolvarea problemelor de natură medicală, precum tratamentele oncologice planificate, dializă etc. folosind mijloacele proprii de deplasare sau ale familiei/susținătorilor sau, după caz, mijloacele de transport sanitar special destinat” (Art 1). Conform Ordonanței

Militare nr 10, intervalele orare între care se pot deplasa în afara locuinței persoanele peste 65 de ani sunt: 7-11 și 19-22 (art. 3)³¹.

Distanțare și izolare socială

Reducerea contactelor sociale au impact asupra menținerii sănătății mentale a persoanelor vârstnice (în special cele singure) și asupra modului cum își percep calitatea vieții (bunăstarea subiectivă). Contextul actual a condus la restrângerea activității unora dintre furnizorii de servicii sociale necesare persoanelor vârstnice precum îngrijirile la domiciliu. Este salutar faptul că atât reprezentanții administrației publice centrale și locale, cât și societatea civilă, dar și comunitățile locale s-au mobilizat pentru ajutorarea persoanelor vârstnice, nevoia continuă a acestor persoane implică identificarea resurselor umane și financiare necesare. Nu în ultimul rând, utilizarea tehnologiei atât în monitorizarea acestor persoane, cât și în sprijinul lor (ex. plata facturilor la utilități) este binevenită.

Diaspora și migrații sezonieri

Criza sanitară

În ceea ce privește diaspora, efectele crizei sanitare vizează, în principal, lipsa de acces la servicii medicale sau acces îngreunat la acestea, în cazul celor care dețineau locuri de muncă în sectorul informal. Cu privire la lucrătorii sezonieri plecați din România în timpul crizei, la solicitarea formală a angajatorilor din țările de destinație (de exemplu, Germania, Marea Britanie, Olanda), aceștia sunt expuși riscului de infectare prin faptul că interacționează cu mai multe persoane, în contexte variate, atât pe durata deplasării de la origine la destinație, cât și la destinație, din cauza caracteristicilor muncii și ale condițiilor de locuire.

Criza economică

Criza economică, asociată celei sanitare, a dus/duce la sistarea/diminuarea activității din multe sectoare economice, amplitudinea acestui aspect depinzând de tipul măsurilor de stopare a răspândirii virusului, luate de fiecare stat în parte. În acest context, membrii diasporei sunt și ei, asemeni oricărei alte categorii de indivizi, expuși riscurilor de șomaj (în cazul celor ocupați în economia formală) ori sărăcie (în cazul celor ocupați în economia informală). Aceste tipuri de riscuri este de așteptat să fie resimțite cu atât mai acut, cu cât perioada aceasta este guvernată de nesiguranță generală în ceea ce privește evoluțiile viitoare, acest fapt având potențialul de a afecta capacitatea de prognoză economică a angajatorilor și organizarea reintrării în activitate.

Restricții de circulație

Restricțiile de circulație, atât inter cât și intrastatale, contribuie la îngreunarea întoarcerii în țară pentru migrații care, pierzându-și locul de muncă, nu au acces la suficiente resurse financiare. Mobilitatea restricționată poate duce la cazuri de separare de familie ori la reveniri întârziate în țară, asociate cu perioade de precaritate petrecute la destinație.

Distanțare și izolare socială

În vederea încetării răspândirii virusului, măsurile de distanțare socială și izolare au fost cu atât mai importante în cazul persoanelor revenite din țări cu o rată semnificativă a îmbolnăvirilor. Italia și Spania, țări cu număr semnificativ de îmbolnăviri și decese cauzate de virus, sunt principalele destinații pentru migrații români. Distanțarea socială a persoanelor sosite în România din aceste destinații a constituit o miză importantă, pentru care autoritățile au luat măsuri speciale (carantină, izolare la domiciliu).

³¹ <https://stirioficiale.ro/hotarari/ordonanta-militara-nr-10-din-27-04-2020>

5.4. Concluzii

Criza de natură sanitară se suprapune cu începutul unei perioade de recesiune, fiind foarte probabilă declanșarea unei crize economice cu efecte sociale, caracterizate prin acutizarea actualelor vulnerabilități sociale și apariția unor noi. Toate acestea pun la încercare capacitatea politicilor publice naționale de a acoperi nevoile populației prin adaptarea la cerințele nou apărute. Flexibilitatea unora dintre măsurile adoptate în această perioadă presupune pe de o parte monitorizarea în timp real a evoluției pandemiei, identificarea și clasificarea situațiilor apărute și pe de altă parte, prioritizarea în gestionarea resurselor disponibile.

În privința protecției familiei și copilului, autoritățile centrale au luat o serie de măsuri care privesc gestionarea beneficiilor și serviciilor existente, prin simplificarea procedurilor prin care acestea pot fi obținute sau menținute. Au mai fost extinse și perioadele de eligibilitate pentru o serie de beneficii (ex. beneficii sau indemnizații pentru persoanele cu handicap sau pentru creșterea copilului) și au fost stabilite o serie de măsuri de natură salarială pentru personalul din instituțiile rezidențiale. Pentru vulnerabilitățile specifice generate de pandemie s-au alocat inclusiv resurse din fonduri europene, pentru servicii destinate persoanelor vârstnice și persoanelor cu dizabilități, printr-un proiect estimat să aibă 100.000 de beneficiari direcți.

Având în vedere creșterea numărului de cazuri de violență domestică, serviciile de ordine și siguranță, sistemul judiciar și serviciile sociale trebuie să își intensifice eforturile de sprijinire a victimelor. Este necesar ca atât instituțiile responsabile, cât și societatea civilă să conștientizeze și să reacționeze în consecință. Este dezirabil ca fiecare dintre noi să conștientizeze că violența domestică este o problemă de sănătate publică și totodată, o încălcare a dreptului fundamental la „viață, la libertate și la securitatea persoanei” (Art. 3, Declarația Universală a Drepturilor Omului).

În ceea ce privește măsurile de prevenire pentru diaspora și migrații sezonieri, deocamdată, nu este formulat niciun răspuns statal ori reacție de politică publică în ceea ce privește românii din diaspora de mobilitate, reveniți în țară în contextul pandemiei. Ceea ce s-a întreprins în aceste cazuri a fost plasarea în carantină sau izolare, odată cu intrarea în România, măsură de prevenție a răspândirii virusului luată în cazul tuturor celor sosiți în România din anumite destinații, independent de scopul sau durata plecării lor din România. De asemenea, implicarea autorităților centrale din România în cazul lucrătorilor români sezonieri, solicitați în țări precum Germania sau Marea Britanie, s-a limitat la luarea de măsuri pentru a face posibilă deplasarea din România către acele destinații. Ambasadele și Consulatele oferă, inclusiv prin paginile lor de internet, informații cu privire la drepturile pe care le au lucrătorii români, și, conform poziției Ministerului Afacerilor Externe, verifică sesizările primite din partea cetățenilor români pentru a se asigura de respectarea drepturilor acestora³².

La nivelul Departamentului pentru Românii de Pretutindeni, ca rezultat al unui parteneriat interinstituțional, este funcțională platforma Diaspora Hub³³, destinată membrilor diasporei care sunt în situații de dificultate, aceasta fiind menită să îi pună în legătură cu asociații, biserici, instituții românești de la destinație. De asemenea, în contextul restricțiilor de mobilitate impuse de statele de destinație și al situației economice dificile cauzată de pierderea locurilor de muncă, autoritățile române, prin Ministerul Afacerilor Externe, s-au implicat în aducerea în țară a cetățenilor români aflați în Italia³⁴.

³² <https://www.hotnews.ro/stiri-esential-23969804-reactia-mae-dupa-declaratiile-lui-cazanciuc-privind-muncitorii-sezonieri-trebuie-renuntam-politizarea-subiectului-fost-mereu-alaturi-cetatenii-romani.htm>

³³ <https://diasporahub.ro/>

³⁴ <https://romania.europalibera.org/a/mae-au-fost-identificate-variante-de-transport-pentru-revenirea-romanilor-afectati/30498857.html>

Referințe bibliografice

- Agosto A., Campmas A., Giudici P. și Renda, A. (2020), Monitoring Covid-19 contagion growth in Europe, NR. 3, [Disponibil online] la <https://www.ceps.eu/ceps-publications/monitoring-covid-19-contagion-growth-in-europe>, accesat la 04.05.2020
- Comisia Europeană, 2019, Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_romania_romanian.pdf accesat la 30.04.2020
- Florian, B., & Țoc, S. (2020). *Policy note : Educația în timpul pandemiei . Răspunsuri la criza nesfârșită a sistemului educațional românesc*. București.
- Legea 19/2020: Zile libere pentru părinți pe perioada cât sunt închise școlile și grădinițele.
- Interanational Labour Organization, (2020) Social Protection Responses to COVID-19 around the World, <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=3417>
- Ministerul Muncii Familie Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. (2014). Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei (2014 -2020).
- MMFPSPV. (2013). *Studiu de impact asupra măsurilor promovate prin Legea 416/2001 privind venitul minim garantat, pentru anul 2012*.
- Ordonanța de Urgență nr. 32/2020 privind modificarea și completarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 30/2020 pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul protecției sociale în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2 și pentru stabilirea unor măsuri suplimentare de protecție socială
- Ordonanța Militară nr. 3 din 24.03.2020 privind măsuri de prevenire a răspândirii COVID-19 <https://www.mai.gov.ro/ordonanta-militara-nr-3-din-24-03-2020-privind-masuri-de-prevenire-a-raspandirii-covid-19/>
- Ordonanța Militară nr. 4/ 2020 privind măsuri de prevenire a răspândirii COVID-19
- Ordonanța Militară nr. 8/2020 privind măsuri de prevenire a răspândirii COVID-19 <https://www.mai.gov.ro/wp-content/uploads/2020/04/OM-8-2020-privind-masuri-de-prevenire-a-raspandirii-covid-19.pdf>
- Ordonanța Militară nr. 10 din 27.04.2020 <https://stirioficiale.ro/hotarari/ordonanta-militara-nr-10-din-27-04-2020>
- Organizația Națiunilor Unite, (1948), Declarația Universală a Drepturilor Omului, Articolul 3, <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, accesat la 22 aprilie 2020.
- Petrescu, C., Neguț, A., & Stănilă, G. (2018). *Bunastarea copilului din mediul rural 2018*. București
- Michael Ryan, WHO Health Emergencies Programme https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-29apr2020.pdf?sfvrsn=aaa81d24_2, accesat la 4 mai 2020
- Vockel, G., Ștefănescu, V., Petrescu, C., Deliu, A., Mihalache, F., Neguț, A., & Tufă, L. (2020). *Evaluarea rapidă a situației copiilor și familiilor , cu accent pe categoriile vulnerabile , în contextul epidemiei de COVID-19 din România*. București.
- Zamfir, C., Stănescu, S., și Briciu, C. (2010). Politici de incluziune socială în perioada de criză economică. Editura Expert.
- Zamfir, E., Stănescu, S. M., și Arpinte, D. (2015). Asistența socială în România după 25 de ani: răspuns la problemele tranziției - texte selectate. Cluj Napoca: Editura Școala Ardeleană EIKON.
- Zamfir, E. (2012) Asistența socială față în față cu societatea riscurilor, din perspectiva politicilor sociale europene, Revista Calitatea Vieții, XXIII, nr 2, pp 123 – 160.
- Zamfir, E. (2002). Asistența Socială în România. Revista de Asistență Socială, 1, 6–20.
- Zamfir, E., și Precupețu, I. (2018). Calitatea vieții—Un proiect pentru România. Editura Academiei Române.

Zamfir, C. Și Zamfir, E. (2020) *Calitatea vieții în timpul pandemiei: probleme și politici de răspuns. Un punct de vedere sintetic*. ICCV, <http://www.iccv.ro/wp-content/uploads/2020/04/Raport-social-ICCV-27-aprilie-2020.pdf>

Anexă

Răspândirea COVID în statele membre UE, China și Statele Unite ale Americii (date actualizate la 02.05.2020)

Nr.	Stat	Apariția primului caz	Instaurarea stării de urgență	Închiderea granițelor	Instaurarea izolării la domiciliu	Data începerii transmisiei intracomunitare ³⁵	Nr. zile intracomunitar	Nr. zile dublarea cazurilor	Nr. zile dublarea deceselor
1.	AT	26.02.2020	16.03.2020	13.03.2020		27.04.2020	3	34	21
2.	BE	05.02.2020	13.03.2020	20.03.2020		22.04.2020	8		23
3.	BG	08.03.2020	13.03.2020					15	16
4.	HR	26.02.2020	-	18.03.2020		24.04.2020	6	27	15
5.	DE	27.01.2020	03.03.2020	16.03.2020	23.03.2020	22.04.2020	8	28	16
6.	FI	30.01.2020	16.03.2020	19.03.2020				22	9
7.	FR	25.01.2020	24.03.2020	17.03.2020		22.04.2020	8	27	21
8.	DK	27.02.2020	07.04.2020					24	23
9.	GR	27.02.2020	-	18.03.2020		27.04.2020	3	30	25
10.	IE	01.03.2020	27.03.2020		27.03.2020	27.04.2020	3	33	13
11.	IT	31.01.2020	31.01.2020	30.01.2020		22.04.2020	7	30	29
12.	LU	02.03.2020	17.03.2020					32	22
13.	NL	28.02.2020	10.04.2020	18.03.2020		23.04.2020	7	23	22
14.	PT	03.03.2020	19.03.2020	16.03.2020		29.04.2020		23	20
15.	ES	01.02.2020	15.03.2020	16.03.2020		30.04.2020		27	24
16.	SE	04.02.2020	08.04.2020	18.03.2020		24.04.2020	6		16
17.	UK	31.01.2020	23.03.2020	23.03.2020		23.04.2020	7	18	
18.	CY	10.03.2020	30.04.2020	21.03.2020				26	29
19.	CZ	02.03.2020	13.03.2020	16.03.2020		22.04.2020	8	28	20
20.	EE	27.02.2020	12.03.2020	17.03.2020				28	17
21.	HU	05.03.2020	11.03.2020	16.03.2020				19	13
22.	LV	03.03.2020	13.03.2020	17.03.2020		28.04.2020		29	11
23.	LT	28.02.2020	13.03.2020	16.03.2020		27.04.2020	3	27	19
24.	MT	07.03.2020	07.03.2020	17.03.2020				25	
25.	PL	04.03.2020	14.03.2020	13.03.2020		28.04.2020	2	19	14

³⁵ Actualizat la data de 04.05.2020

Nr.	Stat	Apariția primului caz	Instaurarea stării de urgență	Închiderea granițelor	Instaurarea izolării la domiciliu	Data începerii transmisiei intracomunitare ³⁵	Nr. zile intracomunitar	Nr. zile dublarea cazurilor	Nr. zile dublarea deceselor
26.	SK	06.03.2020	15.03.2020	12.03.2020				21	11
27.	SL	04.03.2020	18.03.2020	11.03.2020		23.04.2020	7	32	20
28.	RO	27.02.2020	16.03.2020	22.03.2020	22.03.2020	22.04.2020	8	19	16
29.	China	01.12.2019	11.02.2020	26.03.2020	29.01.2020			80	71
30.	SUA	23.01.2020	10.04.2020	18.03.2020		09.04.2020	20	19	16

Notă: Căsuțele goale din tabel:

Instaurarea stării de urgență - nu s-a instaurat starea de urgență.

Închiderea granițelor –state care nu au recurs la această măsură.

Instaurarea izolării la domiciliu – nu s-a raportat

Transmiterea intracomunitară – state care nu au declarat că se află în această situație

Număr de zile dublarea cazurilor – state care nu au raportat

Număr de zile dublarea deceselor –state care nu au raportat

Număr de zile intracomunitare este un indicator măsurat de autori, prin raportare la data începerii transmiterii intracomunitare și 02.05.2020.

Sursele de date consultate pentru date

Apariția primului caz <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

Data începerii transmiterii intracomunitare <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

Numărul de zile pentru dublarea cazurilor și numărul de zile pentru dublarea deceselor <https://ourworldindata.org/coronavirus>

Instaurarea stării de urgență

Austria <https://communalnews.com/ro/coronavirus-austria-declares-state-of-emergency/>

Belgia <https://www.mae.ro/node/51902>

Bulgaria <https://www.mcgregorlegal.eu/the-state-of-emergency-due-to-the-covid-19-pandemic-and-its-implications-in-bulgaria/>

Cipru <https://www.lawyer.com.cy/state-of-emergency-declared-in-cyprus-till-the-30th-of-april-2020/>

Cehia <https://www.mvcr.cz/mvcren/article/state-of-emergency.aspx>

Estonia <https://www.valitsus.ee/en/emergency-situation-estonia>

Finlanda https://en.wikipedia.org/wiki/2020_coronavirus_pandemic_in_Finland

Franța <https://www.france24.com/en/20200312-live-blog-coronavirus-pandemic-france-covid-public-events-scrapped>

Luxemburg <https://lu.usembassy.gov/covid-19-information/>

Italia <https://www.france24.com/en/20200131-italy-declares-state-of-emergency-over-coronavirus>

Ungaria https://en.wikipedia.org/wiki/2020_coronavirus_pandemic_in_Hungary

Letonia <https://www.mfa.gov.lv/en/consular-information/news/65754-emergency-situation-declared-throughout-the-national-territory-until-14-april-2020-to-restrict-the-spread-of-covid-19>
Malta http://www.xinhuanet.com/english/2020-04/04/c_138947554.htm
Marea Britanie https://mail.yahoo.com/b/folders/1/messages/AA-6Q6BRJcmKXq23rAxEO_yyNE?folderType=INBOX&showImages=true&offset=0
Polonia <https://www.roedl.com/insights/covid-19/corona-poland-epidemic-emergency-employers-regulations>
Portugalia <https://www.garda.com/crisis24/news-alerts/324811/portugal-government-implements-state-of-emergency-measures-due-to-covid-19-march-19-update-5>
Slovenia <https://www.garda.com/crisis24/news-alerts/323121/slovakia-state-of-emergency-declared-due-to-covid-19-on-march-15-update-3>
Slovenia <https://seenews.com/news/number-of-coronavirus-infected-in-slovenia-most-likely-five-times-above-official-figure-health-min-691306>
Spania <https://www.mae.ro/travel-conditions/3747>

Închiderea granițelor

Belgia <https://www.politico.eu/article/belgium-closes-borders-for-non-essential-travel/>
Cehia <https://www.aljazeera.com/news/2020/03/czechs-close-borders-march-16-coronavirus-spread-200313115117376.html>
Cipru <https://www.aljazeera.com/news/2020/03/coronavirus-travel-restrictions-border-shutdowns-country-200318091505922.html>
Croația, Franța, Germania, Grecia, Spania <https://www.nytimes.com/article/coronavirus-travel-restrictions.html>
Estonia <https://news.err.ee/1064173/estonia-to-close-borders-to-foreign-nationals-from-march-17>
Finlanda <https://thebarentsobserver.com/en/borders/2020/04/finland-prolongs-closed-borders-till-may-13th>
Italia <https://www.mae.ro/travel-conditions/3711>
Ungaria <https://www.garda.com/crisis24/news-alerts/323211/hungary-government-closes-borders-to-all-foreigners-over-covid-19-concerns-march-16-update-2>
Letonia <https://lv.usembassy.gov/covid-19-information/>
Lituania <https://www.lithuania.travel/en/news/lithuania-closes-borders-due-to-covid-19-constantly-updated>
Marea Britanie https://mail.yahoo.com/b/folders/1/messages/AA-6Q6BRJcmKXq23rAxEO_yyNE?folderType=INBOX&showImages=true&offset=0
Polonia, Slovacia, Slovenia, China <https://www.aljazeera.com/news/2020/03/coronavirus-travel-restrictions-border-shutdowns-country-200318091505922.html>
Olanda <https://www.mediafax.ro/externe/premierul-olandeii-anunta-inchiderea-granitelor-tarii-pentru-cetatenii-din-afara-uniunii-europene-18996226>
Spania, Portugalia <https://www.politico.eu/article/spain-and-portugal-partially-seal-their-borders-over-coronavirus-covid19-outbreak/>
Suedia <https://www.oresunddirekt.dk/en/news/partial-closure-of-the-swedish-borders-due-to-coronavirus-covid-19>
SUA <https://www.theguardian.com/us-news/live/2020/mar/18/joe-biden-wins-democratic-primaries-bernie-sanders-donald-trump-coronavirus-live-updates>