

# POPULACIJSKA POLITIKA U INDIJI

**BORIS BABAJKO**

U svibnju 2000. godine Indija je postala druga država u svijetu sa više od milijardu stanovnika. Sadašnjim trendom rasta, Indija bi do 2045. godine mogla preći Kinu i postati najnapučenija zemlja svijeta. Imajući u vidu da veliki dio stanovništva živi u siromaštvu, demografski rast predstavlja ozbiljnu prepreku u poboljšanju socioekonomskog statusa stanovništva. Indija je 1952. prva u svijetu uvela restriktivnu antinatalitetnu populacijsku politiku. U ovom radu analizira se što je indijska vlada učinila u prošlosti u naporima da obuzda porast stanovništva, kakva je bila njena uspješnost u tim naporima, te što danas čini da smanji porast u budućnosti. Indija je federalna država sa vrlo heterogenim stanovništvom. Populacijska politika nije bila jednako uspješna u svim indijskim pokrajinama. Analizom statističkih podataka uspoređuje se uspjeh populacijske politike po pojedinim pokrajinama. Ustanovljuje se koje su razlike u sastavu stanovništva mogle uzrokovati različite rezultate populacijske politike.

## UVOD

Indija je u svibnju 2000. postala druga država na svijetu s više od milijardu stanovnika. Danas ovu zemlju nastanjuje oko 1,2 milijardi ljudi, što je stavlja na drugo mjesto najmnogoljudnijih država iza Kine sa oko 1,4 milijardi stanovnika. Jasno je da u naporu da se poboljša životni standard Indijaca, brojnost stanovništva predstavlja značajan problem. No, kao što raste ekonomski, Indija raste i populacijski. Indijsko stanovništvo, koje danas čini 16% svjetskog stanovništva, živi na 2,1% zemljine površine. Tijekom 20. stoljeća ukupno stanovništvo svijeta se utrostručilo sa dvije na šest milijardi ljudi, dok se stanovništvo Indije čak upeterostručilo

sa 238 milijuna na 1 milijardu. U ovom radu prikazano je što je indijska vlada učinila u prošlosti te što namjerava učiniti u budućnosti da bi zaustavila ili usporila rast svojeg stanovništva.

Stanovništvo Indije je kroz 20. stoljeće prolazilo demografsku tranziciju. U prva dva desetljeća 20. stoljeća Indija je još uvijek bila u predtranzicijskoj fazi obilježenoj podjednako visokim natalitetom i mortalitetom. To je razdoblje čestih epidemija i gladi. U trećem desetljeću 20. stoljeća počinje pad mortaliteta, uzrokovan primjenom moderne medicine, koji se nastavlja sve do danas. Kao posljedica toga, 1930-ih počinje i vrlo glavi porast broja stanovnika (tablica 1).

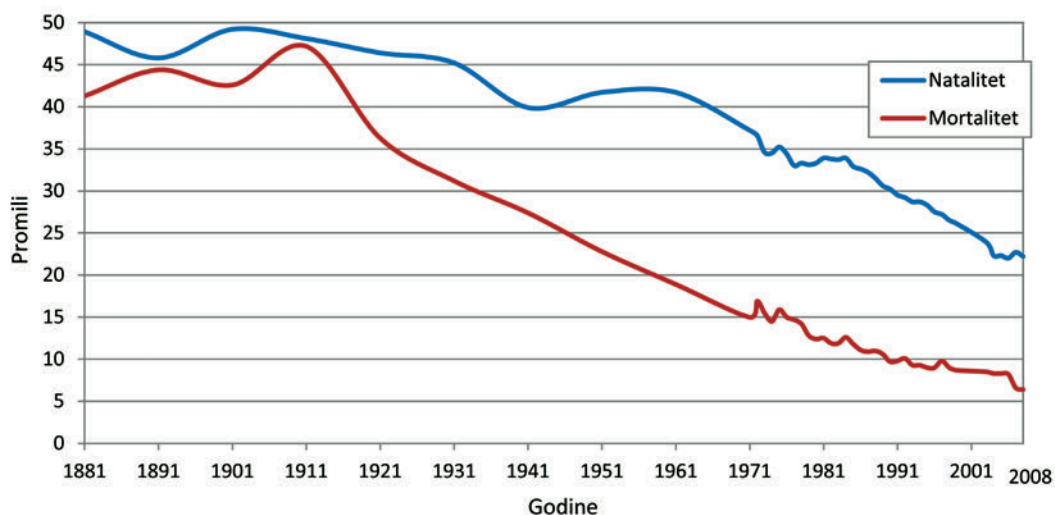
**Tab. 1.** : Broj i porast broja stanovnika Indije 1901. – 2011.

Godina	Broj stanovnika (u mil.)	Porast u perthodnom desetljeću (u %)
1901.	238	-
1911.	252	5,74
1921.	251	-0,31
1931.	178	11,00
1941.	318	14,22
1951.	361	13,31
1961.	439	21,64
1971.	548	24,80
1981.	685	25,00
1991.	846	23,51
2001.	1028	21,54
2011.	(projekcija) 1201	(projekcija) 17,02

Izvor: Census of India i Future population of India (2007)

Za prijelomnu godinu demografskog razvoja Indije uzima se popisna godina 1921. Tada nastupa nagli pad mortaliteta što predstavlja početak demografske tranzicije. Popisna godina 1951, nakon koje slijedi veliki skok u porastu stanovništva, druga je prijelomnica u demografskom razvoju indijskog stanovništva. Nakon 1991. stopa porasta stanovništva se počela smanjivati, te je izvjesno da će se taj trend i u budućnosti nastaviti. Indija se trenutno nalazi u fazi kad joj stopa mortaliteta još uvijek pada, ali manjom brzinom nego što pada stopa nataliteta (slika 1).

Za vrijeme vladanja Indijom engleska vlast nije poticala nikakvu vrstu kontrole rađanja. Moglo bi se čak i reći da joj se protivila. Naime, suočena sa epidemijama koje su često odnosile mnoge živote, kao i kršćanskim odbacivanjem svake vrste kontracepcije, Englezi su smatrali mudrijim ne upuštati se u nikakve antinatalitetne mjere (Chaubey, 2001).



**Sl. 1.** Kretanje stope nataliteta i mortaliteta Indije 1881. – 2008. (National Commission on Population)

No 20-ih godina 20. stoljeća kolonizatorska vlast donijela je neke zakone koji bi se mogli smatrati mjerama populacijske politike. Zabranili su „sati“ (hinduistički običaj samoubojstva udovice nakon smrti svoga muža), olakšali ponovnu udaju udovica te 1929. zabranili ulazak djece u brak.

Popis stanovništva 1931. pokazao je najveći do tada porast od 10 % tijekom posljednjeg desetljeća što je donekle uzbudilo indijsku stručnu javnost te potaklo neke rasprave. Školovana elita počela je prihvaćati metode kontrole rađanja. 1930. u Mysoreu otvorena je klinika specijalizirana za kontrolu rađanja. To čini Indiju drugom državom u svijetu (poslije SSSR-a) s klinikom takve vrste. 1935. godine osnovano je Društvo za proučavanje i promociju obiteljske higijene koje propagira program planiranja obitelji, a 1943. godine Odbor za zdravstvo i razvoj predlaže isto.

Nacionalni odbor za planiranje kojeg je osnovao Indijski Kongres 1938. donosi pet glavnih preporuka. Traže veću pozornost prema brojnosti indijske populacije smatrajući to od vitalnog interesa za državu i njeno stanovništvo. Predlažu samokontrolu te jeftine i sigurne kontracepcijske metode kao metode kontrole rađanja, podizanje dobne granice za brak te zabranu poligamije kao sredstva smanjenja brojnosti obitelji, sterilizaciju ljudi s nasljednim bolestima u sklopu eugenike te osnivanje institucija koje bi bile zadužene za vitalnu statistiku.

Veliku važnost imalo je mišljenje indijskih vođa. Nehru, glavni indijski politički borac za neovisnost te budući prvi premijer Indije, shvaćao je važnost populacijske politike te podržavao program planiranja obitelji. Duhovni vođa Gandhi je također bio svjestan problema koji prenaseljenost predstavlja

mladoj indijskoj državi, no njegovi pogledi na kontrolu rađanja bili su sasvim drugačiji. Kao jedinu metodu prihvaćao je suzdržavanje od spolnog čina.

## UVODENJE POPULACIJSKE POLITIKE

Prije službenog objavljivanja prvog petogodišnjeg plana oformljena je komisija koja je pred sebe postavila zadatke prije stvaranja populacijske politike. To su:

- a) stvoriti preciznu sliku faktora koji pridonose brzom porastu stanovništva u Indiji,
- b) otkriti odgovarajuće metode planiranja obitelji,
- c) učiniti službu savjetovanja o planiranju obitelji sastavnim dijelom državnih bolnica i ustanova javnog zdravstva (First Five Year Plan, 1952).

Indija je 1947. stekla neovisnost od britanske monarhije kao demokratska parlamentarna republika. Zbog toga, pri stvaranju populacijske politike nije bilo ni govora o ikakvim metodama prisile. Ona se morala zasnivati na demokratskom načelu slobode pojedinca da sam odlučuje o svom životu. No ipak je pri donošenju politike bilo nekih različitih mišljenja među članovima vlade. Naime, premijer Nehru bio je pobornik modernih metoda kontrole rađanja dok je ministar zdravstva Raj Kumari Amrit Kaur kao Gandhijev sljedbenik bio zagovornik socio-ekonomskih razvojnih mjera u kontroliranju rasta stanovništva (Aspalter, 2002). Dokument populacijske politike produkt je tih različitih stremljenja.

U travnju 1952. parlamentu je predstavljeno prvi petogodišnji plan nazvan programom „smanjenja obitelji i kontrole stanovništva“. Pred vladina tijela stavljene su sljedeće aktivnosti kao zadaci u idućih pet godina: savjetovanje o korištenju kontracepcije, isprobavanje različitih metoda pla-

niranja obitelji da bi se utvrdila njihova podobnost u različitim dijelovima stanovništva, razvijanje podobnih načina educiranja ljudi o metodama planiranja obitelji, prikupljanje informacija o reproduktivnim obrascima, stavovima i motivaciji koji utječu na veličinu obitelji, istraživanje odnosa među ekonomskim, socijalnim i demografskim promjenama te istraživanje psiholoških i medicinskih aspekata kontrole rađanja (First Five Year Plan Plan, 1952).

Plan nije odredio konkretni cilj što se tiče stope porasta stanovništva, već je smatrano da će stanovništvo nastaviti rasti jednakom brzinom od 1,25 % godišnje, iako nisu vidjeli nikakve prepreke da se u budućnosti stopa ne spusti na 1% ili niže.

Ostvarenja prvog petogodišnjeg plana su nevelika. Otvoreno je tek 147 savjetovališta za planiranje obitelji gdje su bila dostupna kontracepcijska sredstva (dijafragme, vaginalne pjene, spermicidi i kondomi). Podvrgavanje vazektomiji bilo je moguće tek u nekoliko država indijske federacije. Sve aktivnosti financirane su iz središnje državne blagajne. Kao ilustracija ozbiljnosti provođenja prvog petogodišnjeg plana znakovito je da je od predviđenih 6,5 milijuna rupija potrošeno tek 1,4 milijuna.

Period drugog petogodišnjeg plana (1956. - 1961.) karakterizira kretanje istim putem kao i prvi plan, samo s više uspjeha. Broj savjetovališta za planiranje obitelji narastao je od 1956. do 1961. sa 147 na 4156.



foto: Boris Babajko

Sl. 2. Bazar, Mysore, Karnataka (1)



Povećana je distribucija kontracepcijskih sredstava preko centara primarne zdravstvene zaštite te državnih bolnica. Kontracepcijska sredstva davana su besplatno siromašnom stanovništvu. U državi Madras (današnji Tamil Nadu) uveden je 1956. prvi poticajni program sterilizacije. Davan je poticaj od 25 rupija (tadašnjih 5 američkih dolara) medicinskom osoblju koje je obavilo vazektomiju na muškarcu slabog imovinskog stanja. Naknadno je 1959. uveden poticaj za primatelja sterilizacije od 30 rupija (6 američkih dolara), a motivatorima od 10 – 15 rupija. U državi gdje je BDP per capita iznosio manje od 70 američkih dolara, ovi poticaju predstavljali su značajne svote novaca (Stolc, 2008). Ukupna sredstva za

petogodišnji plan povećan je na 50 milijuna rupija od kojih je potrošeno 22 milijuna (Second Five Year Plan, 1956).

Prvi i drugi petogodišnji plan karakterizira klinički pristup antinatalitetnom programu usmjeren prvenstveno na mušku populaciju i na urbane sredine. U stvarnosti ovim pristupom obuhvaćen je tek manji dio stanovništva (Chaubey, 2001).

### OD TREĆEG DO PETOG PETOGODIŠNJEG PLANA (1961. – 1976.)

Popis stanovništva 1961. donio je iznenađujuće loše vijesti za indijske demografe. Umjesto očekivanog porasta od 13 – 14 % u odnosu na prethodni popis, indijsko stanov-



foto: Boris Babajko

Sl. 3. Bazar, Mysore, Karnataka (2)

ništvo poraslo je za nevjerojatnih 21%! Rezultat je to činjenice da je natalitet u među-popisnom razdoblju 1951. – 1961. narastao za 1,8%, dok je mortalitet pao za 4,8%. Neki autori 1951. smatraju prijelomnom godinom početka demografske ekspanzije za stanovništvo Indije.

Trećim petogodišnjim planom iz 1961. vlada si je dala cilj smanjiti stopu rodosti (koja je tada iznosila 41,7%) na 25% do 1972 (Third Five Year Plan, 1961). Godine 1966. taj je cilj odgođen za 1975, a 1968. promijenjen na 23% do 1979. Sve je to bilo preambiciozno jer ta razina nataliteta dostignuta tek 2008.

Dok su prva dva plana bila pretežno usmjerena na urbanu populaciju, ovim planom obuhvaćena je i ruralna. Educirano osoblje napravilo je veliki napor širenja informacija o planiranju obitelji i kontracepciji do svakog indijskog sela. Uvedena je spirala kao kontracepcijska metoda, no ipak je najveći naglasak ostao na sterilizaciji. Organizirani su masovni kampovi sterilizacije. U jednom takvom kampu u Maharashtra je 1400 muškaraca sterilizirano u samo tri dana (Chaubey, 2001).

Izostanak monsunskih kiša 1966. uzrokovao je nestašicu hrane, dovodeći 100 milijuna ljudi te godine na rub gladi. Poticaži davani primateljima spirale i sterilizacije tako su povećali svoju učinkovitost. U državi Bihar 1965. sterilizirano je 2 355 osoba, a 12 677 ih je primilo spiralu. Nakon trogodišnje suše 1967. ti su brojevi narasli na 97 409 i 185 605 osoba (Stolc, 2008)!

Četvrti petogodišnji plan obuhvaća period od 1969. do 1974. godine. Komisija za planiranje populacijske politike bila je suočena s porastom stanovništva od 2,4% godišnje, s tim da se očekivao još i veći porast u sljedećih pet godina (Fourth Five Year Plan,

1968). Nastavljeno je s organizacijom masovnih kampova za sterilizaciju, pa je tako u kampu u Ernakulamu u državi Kerala u samo dva tjedna obavljeno 65 000 vazektomija (Srinivasan, 2006). Zbog mnogih postoperativnih problema koji su se javljali kod muškaraca iz ovakvih kampova, sredinom 70-ih odustalo se od tog masovnog pristupa sterilizaciji.

### RAZDOBLJE PRISILE (1975. – 1977.)

Rezultati popisa stanovništva 1971. nisu bili nimalo ohrabrujući. Broj stanovnika tijekom 60-ih porastao je gotovo za 25%. Razloge neuspjeha demografiji su vidjeli u neučinkovitosti medicinskog osoblja, točnije u njihovoj premaloj brojnosti te slaboj educiranosti, i siromašnoj infrastrukturi (Chaubey, 2001). Odgovor na to bilo je postavljanje većih ciljeva u petom petogodišnjem planu (1974. - 1979.). Ciljevi za sterilizaciju, spiralu i kondome postavljeni su na 18 milijuna, 5,9 milijuna i 8,8 milijuna, sveukupno 33 milijuna osoba. Ovo su bile hitne mjere krajnje uznemirene vlade. Povećani su poticaji za parove koji se podvrgnu sterilizaciji (s time da je veličina poticaja sad ovisila i o tome koliko je par već imao djece), ali i za osoblje uključeno u program planiranja obitelji. Nadalje, središnja vlada politički i financijski nagrađivala je pokrajinske vlade koje su poduzimale značajnije korake u provođenju svoje populacijske politike. Uveden je zakon po kojem se zamrzava broj predstavnika svake države u indijskom parlamentu prema popisu iz 1971, što je trebalo učiniti politički neatraktivnim pokrajinskim vladama da povećanjem broja svojih stanovnika povećaju svoj utjecaj u središnjoj vlasti. Rezultat toga je da je od travnja 1976. do svibnja 1977. obavljeno 8,26 milijuna sterilizacija,

više nego što je obavljeno u prethodnih pet godina i više nego što je obavljeno u bilo kojoj državi do tada (Srinivasan, 2006). Indijska vlada je u ovom kratkom razdoblju prešla sa koncepta poticanja na koncept pritiska, pa čak i prisile.

### OD OPORAVKA DO NOVE POPULACIJSKE POLITIKE (1977. – 2000.)

Nakon razdoblja uzbune, 1977. slijedi faza oporavka i vraćanja konceptu prijašnje politike. Nova vlada Indire Gandhi 1980. donosi novi dokument populacijske politike. Politika prisile se potpuno napušta, a pristupa se politici motivacije i edukacije. Među glavnim razlozima što se indijski parovi odlučuju za brojno potomstvo, osim kulturoloških i vjerskih tradicija, je i velika smrtnost djece kao i nepostojanje institucionalne brige za starije. Većim brojem potomaka, roditelji povećavaju šanse da će se netko brinuti za njih kad ostare. Zbog toga je u novoj populacijskoj politici stavljen naglasak na zdravlje roditelja i novorođenčadi i brigu za starije, kao i na higijenske uvjete i opskrbu vodom.

Tvorci populacijske politike postaju svjesni da udvostručavanje stanovništva od 1947. do 1981. nije samo rezultat velikog fertiliteta i nekorištenja kontracepcije, već da se taj rast izravno može povezati s obrazovanošću ženske populacije, dobi stupanja u brak, smrtnosti dojenčadi kao i kvalitetom zdravstvene skrbi.

Kao cilj 1980. je postavljeno postizanje neto reprodukcijske stope od 1,0 do 1996. godine u državi kao cjelini, te do 2001. u svakoj pojedinoj pokrajini. Ti ciljevi do danas nisu ostvareni. Ovim se htjelo postići snižavanjem stope nataliteta i mortaliteta na 21‰ i 9‰, stope smrtnosti dojenčadi na

60‰ kao i povećanjem očekivane životne dobi na 64 godine te postotka parova zaštićenih bilo kakvom metodom kontracepcije na 60% (Sixth Five Year Plan, 1980).

Šteta učinjena masovnim kampovima za sterilizaciju pokazala se nepopravljivom. Muškarci se nerado podvrgavaju vazektomiji. No kako raste svijest i motivacija za planiranje obitelji, a metode koje omogućuju odgađanje roditeljstva i vremenske razmake između poroda (kao npr. kontracepcijska pilula) su još uvijek teško dostupne, sve učestalija je postala metoda podvezivanja jajovoda koja je polako postala najprimijenija metoda kontrole rađanja.

### UVOĐENJE POPULACIJSKE POLITIKE 2000.

Unatoč ogromnom porastu indijskog stanovništva u 20. stoljeću, od uvođenja populacijske politike 1952. neki su se statistički pokazatelji značajno promijenili:

- stopa nataliteta pala je sa 40,8‰ (1951.) na 22,8‰ (2008.)
- stopa mortaliteta pala je sa 25‰ (1951.) na 7,4‰ (2008.)
- stopa smrtnosti dojenčadi pala je sa 146‰ (1951.) na 53‰ (2008.)
- očekivana životna dob narasla je sa 37 (1951.) na 67 (2006.) godina
- pad ukupne stope fertiliteta (TFR) sa 6,0 (1951.) na 2,7 (2006.)
- porast parova zaštićenih nekom kontracepcijskom metodom (CPR) sa 10,4% (1951.) na 48,5% (2006.)

Ove se promjene dijelom mogu smatrati postignućem populacijske politike.

Aktualna populacijska politika utemeljena je na dokumentu izdanom 2000. godine., a spremanom 6 godina prije toga. *Nacionalna populacijska politika 2000.* potvrđena je u parlamentu 2001. godine. Parlamentarna

potvrda bila je potrebna zbog toga što je NPP 2000 sadržavala preporuku da se zamrzavanje broja zastupnika u indijskom parlamentu na osnovi popisa 1971, izglasano 1976, produži do 2026.

Populacijska politika iz 2000. godine postavila je tri cilja: kratkoročni, srednjoročni i dugoročni. Kratkoročni je zadovoljiti sve potrebe za kontracepcijom, medicinskom infrastrukturom i osobljem. Srednjoročni je dovesti TFR na razinu jednostavne reprodukcije (2,1) do 2010. Dugoročni je do 2045. stvoriti stabilno stanovništvo potrebno za održivi ekonomski rast, socijalni razvoj te očuvanje okoliša (National Population Policy, 2000). Među srednjoročne ciljeve možemo ubrojiti 15 kvantitativnih ciljeva koji su trebali biti postignuti do 2010. Mada je bilo sasvim jasno da se većina njih ne može ostvariti u 10 godina oni su se ipak našli u konačnom dokumentu. Npr. stopa smrtnosti dojenčadi od 30‰ i stopa smrtnosti majki pri porodu od 1‰. Jedanaesti petogodišnji plan usvojen 2007. navodi brojne ciljeve koje se žele ostvariti. On opisuje žensku populaciju kao „čimbenik ekonomskog i socijalnog rasta“ kojoj treba među ostalim omogućiti ekonomsko jačanje, zaštitu od nasilja i sudjelovanje u politici. Plan uključuje udomljavanje beskućnika, dostupnost pitke vode i zapošljavanje svih u potrazi za poslom. Predlaže se posebni program za obitelji sa ženskom djecom. One obitelji koje prijave tu djecu nakon rođenja, daju je cijepiti, upišu je u školu ili je ne udaju prije osamnaeste godine mogle bi dobiti neki novčani poticaj (Eleventh Five Year Plan, 2007). Čini se da su indijske vlasti žarište svog interesa prebacile na socijalno-ekonomski status svojeg stanovništva, no još uvijek se inzistira na specifičnim kvantitativnim ciljevima koji se tiču plodnosti stanovništva.

## RAZLIKE MEĐU POKRAJINAMA

U Indiji, kao i svugdje u svijetu, stanovništvo nije ravnomjerno raspoređeno. Razlike u gustoći naseljenosti su velike. ne samo među indijskim državama, već unutar samih država. Uspoređivati Uttar Pradesh sa Keralom ili čak Nagalandom (zbog velike razlike u površini) pomalo je nezahvalno. No činjenica je da se planovi i programi razvoja donose na razini država. Međusobne usporedbe država osnova su za mnoge političke i ekonomske odluke.

Odnos ruralnog i urbanog stanovništva u Indiji je 72,2 % naprema 27,8 %. Velike su razlike u tome kako se oni odnose prema potomstvu. Dok su djeca u gradu prvenstveno potrošači, na selu se na djecu gleda kao na radnike i proizvođače. U poljoprivrednom gospodarstvu više radnih ruku znači veću sigurnost za obitelj. Rezultat toga je da ukupna stopa fertiliteta (TFR) za urbanu populaciju u Indiji iznosi 2,06, dok za ruralnu on iznosi čak 2,98. Roditelje u gradu lakše je uvjeriti u dobrobiti planiranja obitelji nego roditelje na selu. Mala svota novaca dana za sterilizaciju koja je dovoljni poticaj za urbanu obitelj, za ruralnu obitelj nije dovoljna. Populacijske politike koje imaju cilj reducirati fertilitet u ruralnim područjima stoga trebaju osigurati dugoročnu ekonomsku sigurnost obiteljima kojima smanjena obitelj upravo to i ugrožava (Stolc, 2008).

Indijska federacija sastoji se od 28 država (eng: states), 6 saveznih teritorija (union territories) i glavnog grada New Delhija koji ima posebni status. Federalne jedinice se po površini i brojnosti stanovništva uvelike razlikuju.

Analizirajući tablicu 2 vidimo da su ukupne stope fertiliteta (TFR) u šest država iznad 3,5 – to su sjeverne indijske države



**Tab. 2.** Broj stanovnika (u 1000) 2011, postotak pismenih žena 2001, postotak stanovništva ispod granice siromaštva 2004. – 2005. i ukupna stopa fertiliteta 2005. – 2006. indijskih država

Država/S. T.	Broj stanovnika	% stanovništva ispod granice siromaštva	% pismenih žena	Ukupna stopa fertiliteta
Bihar	101 024	41,8	33,57	4,0
Uttar Pradesh	203 990	32,8	42,98	3,8
Meghalaya	2 877	18,5	60,41	3,8
Nagaland	2 426	19,0	61,92	3,7
Rajasthan	69 277	22,1	44,34	3,6
Madhya Pradesh	71 982	38,3	50,38	3,5
Jharkhand	32 725	40,3	39,38	3,3
Arunachal Pradesh	1 375	17,6	44,24	3,0
Mizoram	1 040	12,6	86,13	2,9
Manipur	2 407	17,3	59,70	2,8
Haryana	25 858	14,0	56,31	2,7
Uttarkhand	9 913	39,6	60,26	2,6
Chhattisgarh	24 379	14,0	52,40	2,6
Orissa	41 038	46,4	50,97	2,4
Jammu & Kashmir	11 545	5,4	41,82	2,4
Gujarat	58 894	16,8	58,60	2,4
Assam	31 042	19,7	56,03	2,4
Zapadni Bengal	89 864	24,7	60,22	2,3
Tripura	3 583	18,9	65,41	2,2
Maharashtra	112 361	30,7	67,51	2,1
Delhi	17 057	14,7	75,00	2,1
Karnataka	59 877	25,0	57,45	2,1
Sikkim	642	20,1	61,46	2,0
Punjab	27 651	8,4	63,55	2,0
Kerala	34 705	15,0	87,86	1,9
Himachal Pradesh	6 809	10,0	68,08	1,9
Tamil Nadu	67 209	22,5	64,55	1,8
Goa	1 559	13,8	75,51	1,8
Andhra Pradesh	85 081	15,8	51,17	1,8
<b>INDIJA</b>	<b>1 203 711</b>	<b>27,5</b>	<b>54,16</b>	<b>2,7</b>

Izvor: Census of India, National Commission on Population i National Family Health Survey

**Tab. 3.** Stanovništvo indijskih država prema vjerskoj pripadnosti (u %) 2001. i ukupnoj stopi fertiliteta 2005 - 2006.

Država/S. T.	Broj stanovnika	% stanovništva ispod granice siromaštva	% pismenih žena	Ukupna stopa fertiliteta
Bihar	83,2	16,5	0,2	4,0
Uttar Pradesh	80,6	18,5	0,8	3,8
Meghalaya	13,3	4,3	82,1	3,8
Nagaland	7,7	1,8	90,5	3,7
Rajasthan	88,8	8,5	2,8	3,6
Madhya Pradesh	91,1	6,7	2,5	3,5
Jharkhand	68,6	13,8	17,5	3,3
Arunachal Pradesh	34,6	1,9	62,7	3,0
Mizoram	3,6	1,1	95,1	2,9
Manipur	46,0	8,8	45,1	2,8
Haryana	88,2	5,8	6,0	2,7
Uttarkhand	85,0	11,9	3,1	2,6
Chhattisgarh	94,7	2,0	3,3	2,6
Orissa	94,3	2,1	3,5	2,4
Jammu & Kashmir	29,6	67,0	2,4	2,4
Gujarat	89,1	9,1	1,8	2,4
Assam	64,9	30,9	4,2	2,4
Zapadni Bengal	72,5	25,2	2,2	2,3
Tripura	85,6	7,9	6,3	2,2
Maharashtra	80,4	10,6	8,9	2,1
Delhi	82,0	11,7	6,3	2,1
Karnataka	83,9	12,2	3,7	2,1
Sikkim	61,0	1,5	37,3	2,0
Punjab	36,9	1,6	61,5	2,0
Kerala	56,2	24,7	19,1	1,9
Himachal Pradesh	95,4	2,0	2,6	1,9
Tamil Nadu	88,1	5,6	6,2	1,8
Goa	65,7	6,8	26,9	1,8
Andhra Pradesh	89,0	9,2	1,7	1,8
<b>INDIJA</b>	<b>80,5</b>	<b>13,4</b>	<b>6,0</b>	<b>2,7</b>

Izvor: Census of India i National Family Health Survey

Bihar, Uttar Pradesh, Rajastan i Madhya Pradesh i sjevero-istočne Meghalaya i Nagaland. Četiri veće države iz ove skupine Bihar, Uttar Pradesh, Rajastan i Madhya Pradesh zajednički čine gotovo 37 % indijskog stanovništva. Rajastan, Meghalaya i Nagaland ne spadaju u najsiromašnije indijske pokrajine, no imaju veliki udio ruralnog stanovništva (77 %, 80 % i 83 %). U državama Orissa, Chattisgarh i Uttarkhand, koje također spadaju u grupu siromašnijih pokrajina, TFR je malo niži, no ipak vrlo visok.

Na jugu i zapadu fertilitet je manji. Sve države u tim regijama (osim Gujarata sa TFR-om od 2,4) imaju TFR jednak ili manji od 2,1 (fertiliteta potrebnog za jednostavnu reprodukciju). Osim ovih država tu spadaju još i

tri sjeverne države Delhi, Himachal Pradesh i Punjab, sjeveroistočna Sikkim. Sve su to ispodprosječno siromašne države.

Daljnjom analizom tablice 2 uviđamo da najsiromašnije pokrajine karakterizira i niska stopa pismenosti žena. Ističu se sjeverne države Bihar, Uttar Pradesh, Rajastan, Jammu & Kashmir. Očigledna je i veza između niske stope pismenosti žena i visoke stope fertiliteta, kao i obratno - između visoke stope pismenosti žena i niskog fertiliteta (Kerala, Goa, Delhi).

Uzimajući u obzir vjersku pripadnost stanovništva, čini se da i religioznost kao važan faktor pridonosi TFR-u. Već je dokazana korelacija između religioznosti i plodno-



foto: Boris Babajko

Sl. 4. Bazar, Mysore, Karnataka (3)

sti: muslimansko stanovništvo ima znatno veću stopu plodnosti od hinduističkog, dok hinduističko ima znatno veću od stanovništva drugih vjeroispovijesti (kršćani, sikhi i dr.) (Borooah, 2004). Tablica 3 prikazuje razlike u religioznoj pripadnosti i općoj stopi fertiliteta među pokrajinama. Veći postotak muslimanskog stanovništva (18,5 % i 16,5 %) u pokrajinama Uttar Pradesh i Bihar može objasniti relativno veći TFR u odnosu na Rajastan i Madhyu Pradesh koje imaju manji postotak muslimanskog stanovništva (8,5 % i 6,7 %). Ostale pokrajine sa znatnijim udjelom muslimanskog stanovništva su Jammu i Kashmir, Assam, Kerala i Zapadni Bengal. Assam i Zapadni Bengal se usprkos relativno visokom udjelu muslimana ne

nalazi u skupini pokrajina s najvišim TFR-om. To se može objasniti time da usprkos činjenici da se Assam i Zapadni Bengal nalaze u skupini siromašnih pokrajina, one imaju znatno veću stopu pismenosti ženske populacije u usporedbi s pokrajinama s najvišim TFR-om. Kerala se s 24,7 % muslimana nalazi u samom vrhu pokrajina s niskim TFR. Mada Kerala ne spada ni u siromašne ni u bogate indijske pokrajine, ona je postigla iznimno visoku stopu ženske pismenosti. Jammu i Kashmir s najvišim postotkom muslimana ima i najmanji postotak siromašnog stanovništva.

### ZANIMLJIV SLUČAJ KERALE

Južna indijska pokrajina Kerala ističe se



foto: Boris Babajko

Sl. 5. Ispred džamije Jama Masjid, Old Delhi



kao savezna država gdje je populacijska politika u Indiji imala najviše rezultata. Zanimljivo je da su mnogi ciljevi postavljeni u populacijskom politikama i petogodišnjim planovima za Indiju kao cjelinu, u ovoj saveznoj državi već bili ostvarivani.

Stopa nataliteta koja je u Kerali 1966. iznosila 37‰, pala je do 1976. na 26‰, a do 1988. na 20,3‰ – ispod 21‰, vrijednosti postavljenoj u šestom petogodišnjem planu kao cilj za 2000. godinu. Danas ona iznosi 14,6‰.

Stopa smrtnosti dojenčadi iznosila je 1986. godine 27‰, mnogo ispod granice od 60‰ preporučene za 2000. godinu. Danas ona iznosi 12‰. Očekivana životna dob 1994. iznosila je 70 godina, čak 14 više od

državnog prosjeka. I danas je očekivana životna dob najviša u Kerali – 72,0 za muškarce i 76,8 za žene, dok u Indiji ona iznosi 65,8 i 68,1. Slična je situacija u susjednoj saveznoj državi Tamil Nadu, gdje je stopa nataliteta (16‰) i TFR (1,8) također niska, no stopa smrtnosti dojenčadi (31‰) ipak je prilično viša nego u Kerali.

Teško je objasniti razloge (kojih je sigurno više) ove „uznapredovale“ demografske tranzicije u Kerali (donekle i u Tamil Nadu). U sklopu populacijske politike u ovoj jugozapadnoj pokrajini donijeti su brojni zakoni vezani uz ženska prava, obrazovanje, agrarnu reformu, zdravstvenu njegu te opskrbu hranom (Purohit, 2006). Možda je znakovito da su te populacijske politike uvijek donosi-



Sl. 6. Školško dvorište, Munnar, Kerala

le ljevičarske vlade. Kerala je jedina indijska država u kojoj su na izborima uvijek pobjeđivali ljevičari – ili komunisti ili socijaldemokrati. Važno je i reći da otprije u Kerali postoji tradicija vrednovanja žena, tj. njihovog rada i obrazovanja. I u drugim državama koje su na sličan način poboljšale status ženske populacije, kao Goa, Tamil Nadu i Himachal Pradesh, također je zabilježen znatan pad plodnosti.

Kerala je klasičan primjer kako edukacija žena, odnosno jačanje njenog položaja u društvu, izravno utječe na smanjenu plodnost. Štoviše, čini se da je jačanje ženskog položaja u društvu efektivnije u tom smislu od općeg ekonomskog napretka. Dokaz su Punjab i Harayana, koje kao relativno bogatije pokrajine, imaju viši TFR od Kerale i nekoliko drugih ekonomski slabijih pokrajina koje zato imaju veću stopu pismenosti žena.

## ZAKLJUČAK

Indija je u svibnju 2000. postala druga država na svijetu sa više od milijardu stanovnika. Danas ovu zemlju nastanjuje čak 1,156 milijardi ljudi, što je stavlja na drugo mjesto najmnogoljudnijih država iza Kine sa 1,338 milijardi stanovnika. Danas se u Indiji godišnje rodi 26 milijuna djece, umre 8 milijuna ljudi, od toga čak 1,4 milijuna dojenčadi. Porast stanovništva odavna je prepoznat kao ozbiljni problem. Već se 1947. godine, kad Indija stječe neovisnost, počelo raspravljati o uvođenju restriktivne populacijske politike. Plodnost je bila izrazito visoka sa prosječno šest djece po obitelji, dok je kvaliteta zdravstvene skrbi vidljiva iz činjenice da prosječna životna dob nije prelazila 40 godina. Bilo je jasno da će poboljšanje kvalitete života i napredak javnog zdravstva biti u najmanju ruku težak zadatak s obzirom na brzi porast stanovništva. Indija je prva država na svijetu koja je 1952. uvela restriktivnu populacijsku politiku. Imajući u vidu gore navedene brojke može nam se činiti da je ona bila izrazito neuspješna. No to nije istina. Danas indijske žene rađaju upola manje djece, a očekivana životna dob porasla je na 67 godina. Naravno, nemoguće je odrediti u kojoj je mjeri za takav razvoj zaslužna populacijska politika, odnosno kako bi se ovi pokazatelji razvijali da nije bilo populacijske politike ili da je ona bila drugačija.

Stanovništvo Indije karakterizira mnoštvo jezika, vjera i socijalnih kategorija. U tako raznovrsnom stanovništvu teško je donijeti jedinstvenu populacijsku politiku koja bi imala uspjeha kod svih kategorija društva. Kad se tome još doda činjenica da je Indija federalna republika sastavljena od 35 federalnih jedinica sa svojim zakonima, parlamentom i vladom, jasno je kakav je težak zadatak pred tvorcima populacijske politike.

## LITERATURA

ASPALTER, C., 2002: Population Policy in India, International Journal of Sociology and Social Policy, vol. 22, no. 11/12, [www.emeraldinsight.com/10.1108/01443330210790193](http://www.emeraldinsight.com/10.1108/01443330210790193) (20.11. 2009.)

BOROOAH, V. K., 2004: The politics of demography: a study of inter-community fertility differences in India, European Journal of Political Economy vol. 20, 551–578, [www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6V97-4BGHJFV-1&\\_user=4761467&\\_coverDate=09%2F30%2F2004&\\_rdoc=3&\\_fmt=high&\\_orig=browse&\\_srch=docinfo%28%23toc%235891%232004%23999799996%23514774%23FLA%23display%23Volume%29&\\_cdi=5891&\\_sort=d&\\_docanchor=&\\_ct=24&\\_acct=C000050661&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=4761467&md5=fb5efcf0ff0fa95e50dab1c8c72e797d](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V97-4BGHJFV-1&_user=4761467&_coverDate=09%2F30%2F2004&_rdoc=3&_fmt=high&_orig=browse&_srch=docinfo%28%23toc%235891%232004%23999799996%23514774%23FLA%23display%23Volume%29&_cdi=5891&_sort=d&_docanchor=&_ct=24&_acct=C000050661&_version=1&_urlVersion=0&_userid=4761467&md5=fb5efcf0ff0fa95e50dab1c8c72e797d)(23. 11. 2009.)

CHAUBEY, P. K., 2001: *Population Policy for India: Perspectives, Issues and Challenges*, Kanishka Publishers, New Delhi

Eleventh Five Year Plan, 2007, Government of India [www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html](http://www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html) (27. 11. 2009.)

First Five Year Plan, 1952, Government of India, [www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html](http://www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html) (27. 11. 2009.)

Fourth Five Year Plan, 1968, Government of India, [www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html](http://www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html) (27. 11. 2009.)

National Population Policy, 2000, Government of India, [populationcommission.nic.in/npp.htm](http://populationcommission.nic.in/npp.htm), (13. 01. 2010.)

PUROHIT, B. C., 2006: Population Stabilization in India: A Sub-State level Analysis, *Online Journal of Health and Allied Sciences*, 4:1, [openmed.nic.in/2059/01/2006-4-1.pdf](http://openmed.nic.in/2059/01/2006-4-1.pdf) (13.01. 2010.)

Second Five Year Plan, 1956, Government of India, [www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html](http://www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html) (27. 11. 2009.)

Sixth Five Year Plan, 1980, Government of India, [www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html](http://www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html) (27. 11. 2009.)

SRINIVASAN, K., 2006: Population Policies and Family Planning programmes in India: A Review and Recommendations, *IIPS Newsletter*, [www.iipsindia.org/newsletter\\_v47\\_n12.htm](http://www.iipsindia.org/newsletter_v47_n12.htm) (13. 01. 2010.)

STOLC, P. E. W., 2008: Seeking Zero Growth: Population Policy in China and India, *Graduate Journal of Asia-Pacific Studies*, 6:2, 10-32, [www.arts.auckland.ac.nz/media/gjaps/vol6no2/Stolc.pdf](http://www.arts.auckland.ac.nz/media/gjaps/vol6no2/Stolc.pdf) (23. 11. 2009.)

Third Five Year Plan, 1961, Government of India [www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html](http://www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html) (27. 11. 2009.)

## IZVORI

Census of India, [www.censusindia.gov.in](http://www.censusindia.gov.in) (13. 11. 2009.)

Future population of India, 2007, Population fondation of India, Population Reference Bureau, Delhi, [www.prb.org/pdf07/FuturePopulationofIndia.pdf](http://www.prb.org/pdf07/FuturePopulationofIndia.pdf) (23. 02. 2010.)

National Commission on Population, [www.populationcommission.nic.in](http://www.populationcommission.nic.in) (26. 11. 2009.)

National Family Health Survey, [www.nfhsindia.org/nfhs3.htm](http://www.nfhsindia.org/nfhs3.htm) (29. 11. 2009.)