

**RAPORT,**

**Privind sanatatea copilului mic  
si sanatatea reproductiva prin  
prisma indicatorilor  
demografici:**

- **Natalitate**
- **Mortalitate materna**
- **Intreruperi de sarcina**
- **Mortalitate infantila si perinatale**
- **Mortalitatea copilului mic**
- **Mortalitatea sub 5 ani**

**2019 - 2020**

**REDACTAT:**

**Dr. Alin Stanescu**

# **RAPORT,**

**Privind sanatatea copilului mic si sanatatea  
reproductiva prin prisma indicatorilor demografici:**

**Mortalitate materna**

**Intreruperi de sarcina**

**Mortalitate infantila si perinataala**

**Mortalitatea copilului mic**

**Mortalitatea sub 5 ani**

**2019 – 2020**

**Redactat; Dr. Alin Stanescu**

**MULTUMIRI:**

**Colegilor de la Centrul National de Statistica si Informatica in  
Sanatate Publica care au colectat datele au calculat si evaluat  
indicatorii utilizati in acest document.**

## CUPRINS

NATALITATE.....pag.	4
SARCINILE LA ADOLESCENTE.....pag.	8
SPOR NATURAL.....pag.	11
GREUTATEA MICA LA NASTERE...pag.	12
AVORTUL.....pag.	13
MORTALITATEA MATERNA.....pag.	18
CONSULTATIA PRENATALA.....pag.	26
MORTALITATEA INFANTILA.....pag.	29
MORTALITATEA PERINATALA.....pag.	44
MORTALITATEA 1-4 ANI.....pag.	47
CONCLUZII.....pag.	53
BIBLIOGRAFIE.....pag.	54

## **Introducere**

Redactarea prezentului document se bazeaza pe datele statistice publicate de catre Institutul National de Statistica, Centrul National de Statistica si Informatica in Sanatate Publica, din cadrul Institutului National de Sanatate Publica, pe datele Eurostat, World Bank si WHO precum si pe datele si analizele reiesite din alte lucrari de specialitate ce vor fi citate in text.

Scopul documentului este de a pune la dispozitia celor interesati, o evaluare succinta a unor componente a starii de sanatate a femeii, gravidei si copilului precum si a comportamentului reproductiv, bazat pe principalii indicatori demografici, indicatori de mortalitate si de morbiditate.

Au fost inserate in text si elemente ale mediului social si economic care pot avea o influenta puternica asupra sanatatii mamei si copilului.

## **NATALITATE**

Natalitatea a inregistrat in anul 2020 cea mai scazuta valoare din istoria Romaniei, respectiv 8,1 nascuti la 1000 locuitori, adica 178.609 nou nascuti.

In profil teritorial, pe regiuni de dezvoltare, cea mai crescuta natalitate se inregistreaza in regiunile Nord Vest (8,8‰) si Centru (8,7‰), iar cele mai scazute rate ale natalitatii in regiunile Sud Vest-Oltenia (7,0‰) si Sud Est (7,2‰).

La nivel judetean ratele mai crescute de natalitate sunt raportate in judetele Suceava, Salaj, Ilfov si in Municipiul Bucuresti (rate de 8,9-10‰) si cele mai scazute rate sunt inregistrate in judetele Caras-Severin, Braila, Teleorman si Valcea (rate de 6,1-6,3‰).

Indicatorii de natalitate pe regiuni de dezvoltare si judete, indica tendinta de schimbare a modelului cunoscut de natalitate mai crescuta in Moldova, schimbari determinate probabil in mare masura de structura pe varste a populatiei in profil teritorial, cu rate crescute ale emigrarii populatiei tinere din unele regiuni ale tarii.

Înainte de al doilea război mondial România, urma un model tradițional al fertilității înregistrând valori rescute ale indicelui de natalitate (35‰ în anul 1930). După o scădere indusă de condițiile războiului natalitatea se stabilizează în perioada 1947-1956 la valori de 24-25‰. În anul 1956 accesul la întreruperea sarcinii la cerere se liberalizează cece împreună cu noile condiții social/economice ale epocii, începerea urbanizării rapide, antrenarea femeii în producție contribuie la schimbarea naturală a comportamentului reproductiv al populației fertile determinând scăderea treptată a natalității până la valoarea de 14,3‰ în anul 1966.

În acest an guvernul epocii, interzice întreruperile de sarcină la cerere, permitându-le numai în condiții medicale și sociale foarte stricte cu pedepse privative de libertate pentru cei ce efectuau, sau pentru cele ce apelau la o întrerupere a sarcinii fără a avea aprobarea legală.

În lipsa unor cunoștințe și a disponibilității metodelor contraceptive moderne, natalitatea crește brusc, aproape dublându-se în timp de 1 an. Ulterior, populația își adaptează comportamentul reproductiv și în aceleași condiții legislative extrem de restrictive, privind avortul la cerere, natalitatea scade treptat, ajungând în anul 1985 la un nivel similar anului 1965, anul anterior interzicerii întreruperilor de sarcină.

În anul 1985, guvernul intervine din nou legislativ, ridicând vârsta la care se permite avortul de la 40 la 45 de ani și al numărului de copii de la 4 născuți vii la 5 născuții vii.

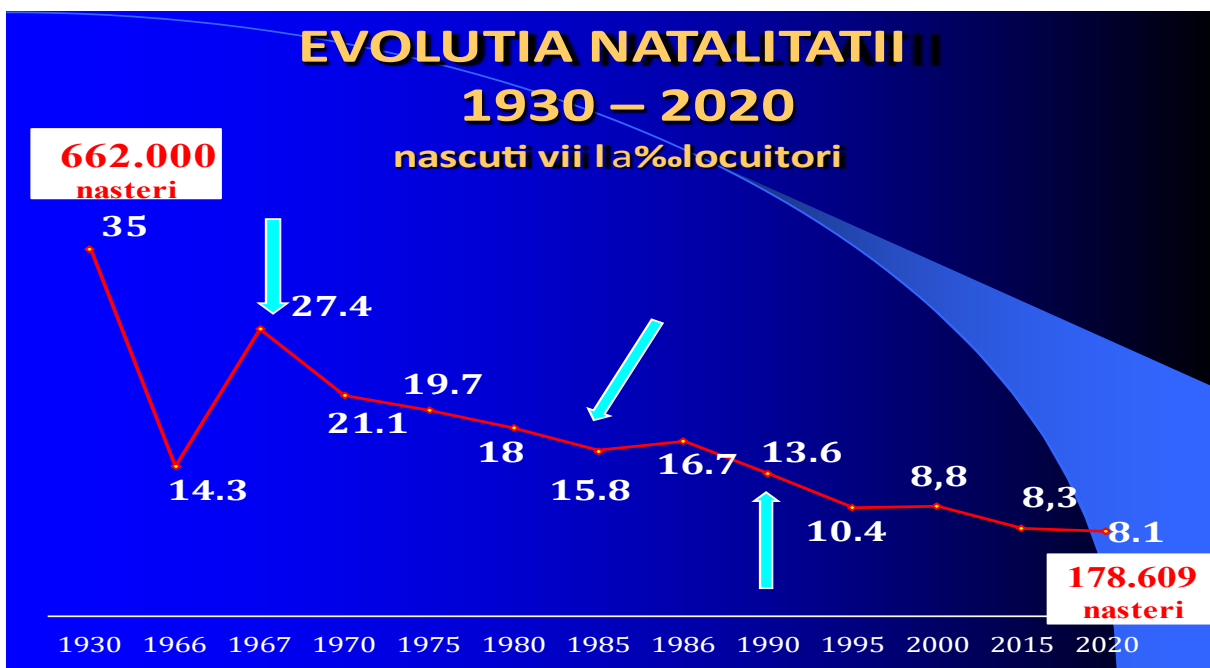
După o creștere moderată în anul 1986, natalitatea scade din nou .

În anul 1990 una din primele măsuri legislative luate de noul guvern instalat după evenimentele din decembrie 1989 a fost liberalizarea avortului la cerere. Concomitent MS a început să dezvolte în unități publice, servicii de planificare familială, pentru a permite populației să înlocuiască întreruperea cursului sarcinii, ca metodă de a planifica mărimea familiei, cu utilizarea metodelor moderne de contracepție.

După anul 1989 odată cu liberă circulație și noile realități politice, economice și sociale, în România, au patruns rapid modele ale stilului

de viața din restul Europei printre care și modificarea comportamentului reproductiv, în principal apariția mai târzie a copiilor în familie/cupluri și restringerea numărului de copii. Emigrarea unei părți importante ale populației de vârstă fertilă care are ca scop principal pe termen imediat și mediu acumularea de resurse și amânarea apariției unui copil în cuplu, a contribuit esențial la scăderea numărului de nou-născuți.

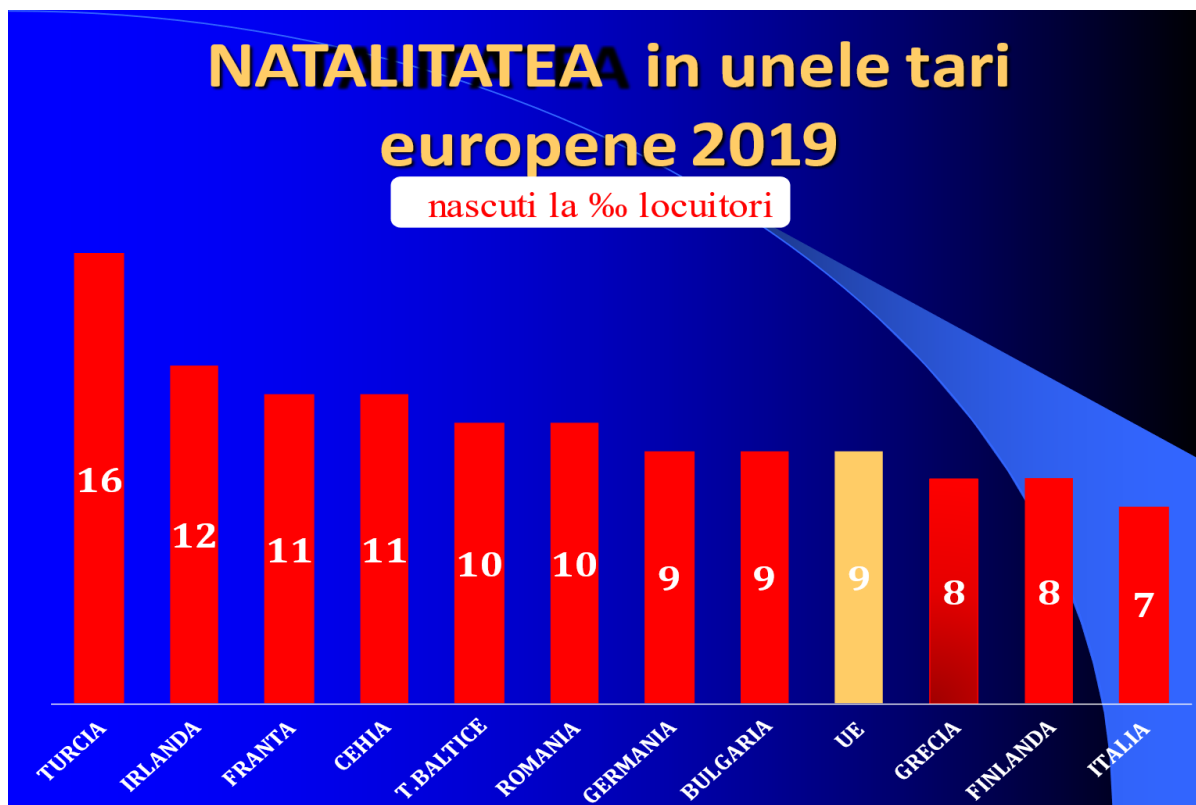
În graficul de mai jos se poate vedea evoluția „naturală” a natalității începând cu anul 1930 și evoluția indicatorului ca urmare a unor intervenții legislative.



**Sursa: CNSISP**

Conform datelor Bancii Mondiale în țările Uniunii Europene rata natalității variază în anul 2019 între 7 și 12‰ cu o medie a UE de 9‰. România a raportat în 2019 o rată de 10‰.

Din țările europene non UE rate mai crescute ale natalității se înregistrează în Turcia și Kosovo (16‰) și în Georgia (13‰)



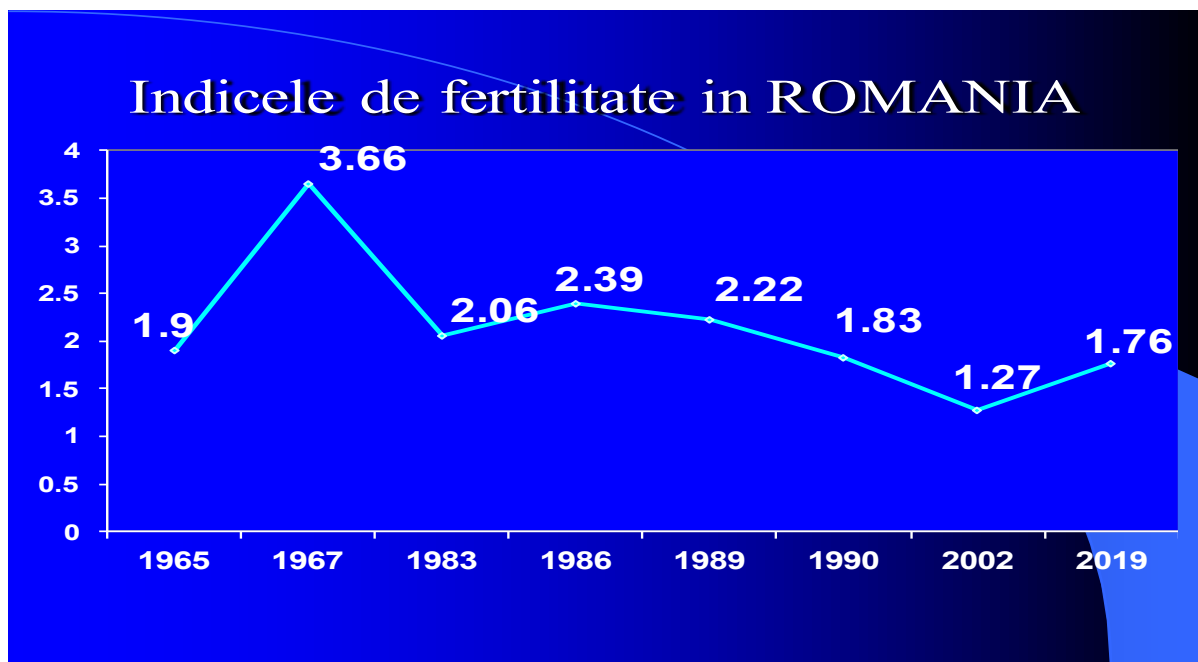
**Sursa: Eurostat**

In ceea ce priveste Indicele de fertilitate, respectiv numarul mediu de copii nascuti de catre o femeie dealungul vietii, acesta este in toate tarile din UE sub 2, ceea ce indica faptul ca genitorii nu sunt inlocuiti, cu efecte asupra structurii pe varste a populatiei si pe cale de consecinta nu ne putem astepta pe termen mediu la o crestere a natalitatii.

Cei mai scazuti indicii de fertilitate in anul 2019 au fost raportati in Italia (1,3), Finlanda, Grecia, Polonia si Portugalia (1,4), iar indicatori mai crescuti s-au inregistrat in Franta (1,9), Cehia, Danemarca, Estonia cu 1,7 si Romania 1,8.

In Romania cea mai scazuta rata a fertilitatii din inaintea anului 1990 s-a inregistrat in anul 1965- 1,9, crescand brusc, ca urmare a interzicerii intreruperilor de sarcina la 3,66 in anul 1997 si scazand ulterior treptat cu toata politica pronatalista impusa populatiei la 2,22 in anul 1989.

Dupa anul 1990, indicele de fertilitate scade mai rapid pana in anul 2013 (1,46) ulterior inregistrandu-se o crestere pana la 1,76 in anul 2019.



Comportamentul reproductiv al populatiei relevat de indicele de fertilitate care chiar daca a crescut in ultimii ani se situeaza sub valoarea de 2, precum si scaderea contingentului fertil prin imbatranirea populatiei si prin emigratia externa a populatiei tinere, conduc la concluzia ca numarul de nascuti vii nu va creste semnificativ in urmatoorii ani.

Apreciem ca eventualele interventii ale statului de ordin social si economic, relativ limitate dat fiind performantele modeste ale economiei romanesti, pot conduce la cresterea calitatii vietii copiilor si familiilor acestora, dar nu vor schimba estential comportamentul reproductiv al populatiei in general.

### **Sarcinile la adolescente**

O caracteristica semnificativa a comportamentului reproductiv al populatiei in Romania o reprezinta numarul foarte crescut de sarcinii la adolescente.

Astfel din cele 210.489 sarcini inregistrate in anul 2020 (respectiv 178.600 nasteri si 31.889 intreruperi de sarcina) 9,2% au reprezentat sarcinile la grupa de varsta 12-19 ani, practic 1 din 10 nasteri si unul din 10 avorturi s-au inregistrat la aceasta grupa de varsta.

Un numar de circa 500 de gravide in varsta de 16 ani au dat nastere la al doilea copil.

Aceasta situatie nu este intimplatoare, si in anii anteriori inregistraindu-se un numar similar de nasteri la grupa de varsta 12-19 ani.

Acestor copii li se rapeste dreptul la sanatate, dreptul la educatie si in fond o parte din copilarie.

In tabelul de mai jos se poate vedea situatia din anul 2020.

**In 2020 s-au nascut 178.609 copii din care :**

<b>Varsta mamei</b>	<b>Numar copii</b>		
-sub 13 ani	13		
- 13 ani	109		
- 14 ani	544		
- 15 ani	1376		
- 16 ani	2368		
- 17 ani	3233		
-18 ani	3903		
-19 ani	5018		
<b>TOTAL</b>	<b>16.564</b>		

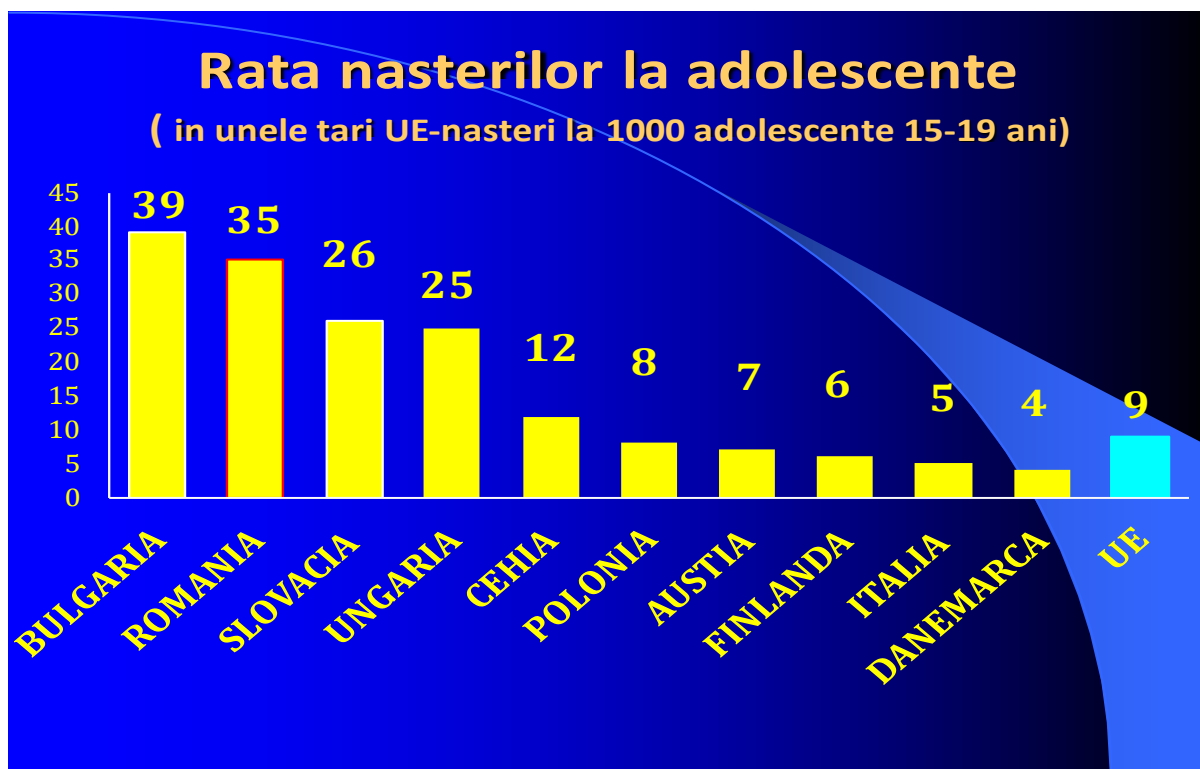
Sursa INS

Conform datelor Bancii Mondiale rata crescuta a nasterilor la adolescente in varsta de 15-19 ani singularizeaza Romania si Bulgaria in randul tarile UE.

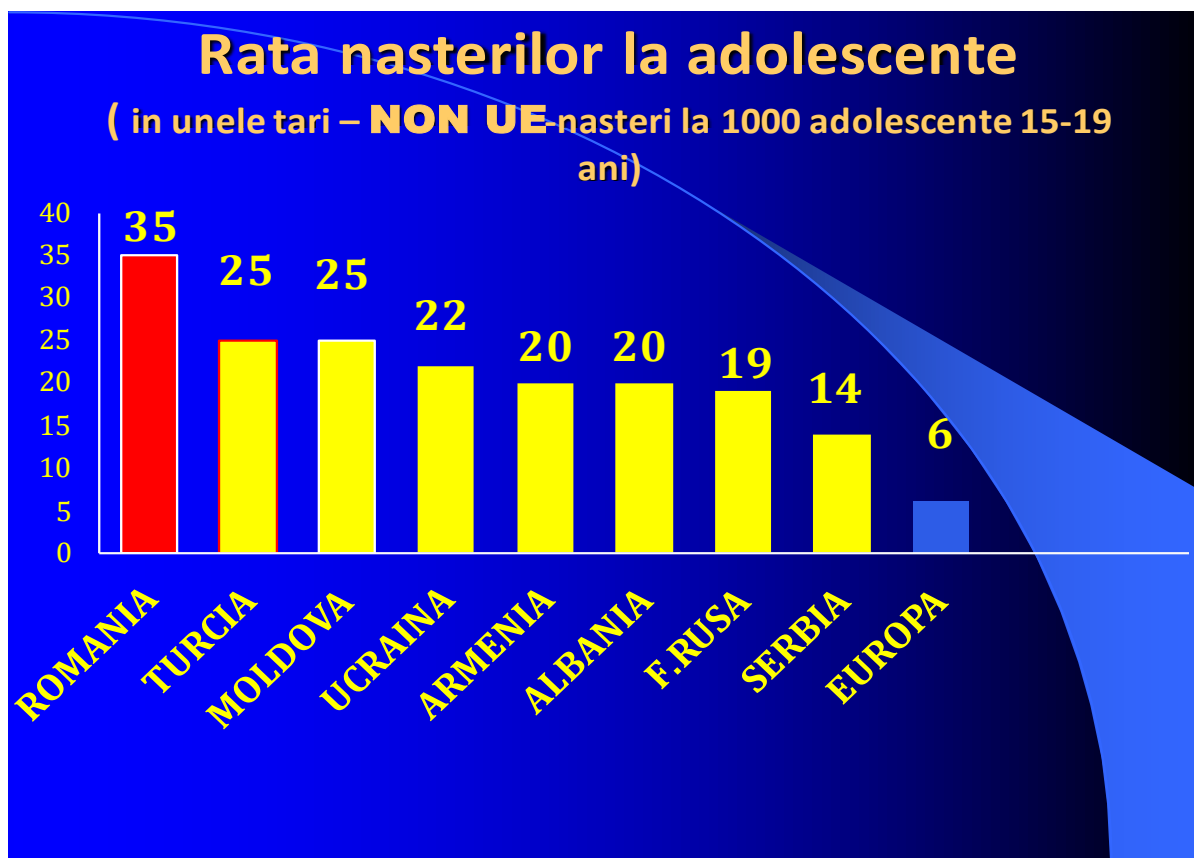
Chiar si in tari non UE din regiunea europeana, ratele nasterilor la adolescente sunt mult mai mici, desi componenta etnica, traditiile culturale si religioase ar putea sugera un altfel de comportament reproductiv.

Acesti "copii cu copii" provin de regula din familii cu abilitati parentale reduse, ceace indica efortul considerabil pe care statul prin servicii medicale si sociale comunitare, ar trebui sa-l faca pentru a asigura o dezvoltare armonioasa fizica psihica si emotionala a acestor copii. Programele de educatie pentru sanatate, inclusiv sanatate reproductiva, educatie pentru viata etc. trebuie sa tinteasca nu numai adolescentii, dar si familiile acestora, care tributari unor traditii anacronice impun adolescentilor un anumit comportament reproductiv.

Graficile de mai jos sunt sugestive (date pentru anul 2019):



Sursa:WB - Data /2019

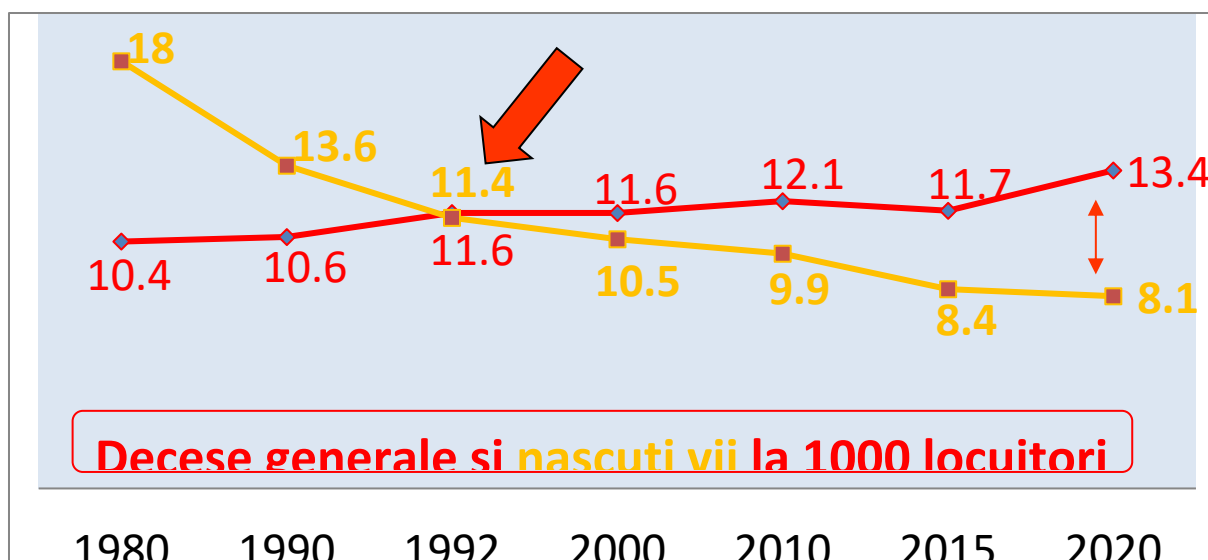


Sursa INS

## SPORUL NATURAL

Incepand cu anul 1992 mortalitatea generala a depasit natalitatea si sporul natural a devenit negativ situatie ce se mentine de aproape 30 ani. In anul 2020 mortalitatea generala a inregistrat o crestere semnificativa fata de anii precedenti, respectiv 13,4% fata de 11,7-11,9% in perioada 2015-2019. Numarul de decese generale a fost in anul 2020, mai mare cu 37.624 fata de anul precedent. Natalitatea a inregistrat in anul 2020 cea mai scazuta valoare din istoria Romaniei, respectiv 8,3 nascuti la 1000 locuitori.

In aceste conditii deficitul de populatie a fost practic dublu in anul 2020 fata de anul precedent, respectiv 118.736 persoane fata de 57.244 in anul 2019, sporul natural negativ crescand de la -2,6 la -5,4%.



Sursa: CNSISP



La nivelul UE populatia a scazut cu circa 312 mii locuitori. 10 tari copenseaza scaderea naturala prin migratie pozitiva, iar 8 au atat o crestere naturala pozitiva ( desi modesta) cat si o migratie externa pozitiva. In 4 tari scaderea populatiei este determinata atat de scaderea naturala ( numarul nascutilor mai mic decat numarul deceselor) cat si si prin emigratie :Croatia,Italia,Letonia si Romania. (1)

In anul 2020 pierderea importanta de populatie suferita de catre Romania a fost determinata in primul rand de cresterea masiva a

<sup>1</sup> V.Ghetau -Anul demografic 2020 in UE- [www/Contributors.ro](http://www/Contributors.ro)

mortalitatii generale, aceasta fiind probabil influentata si de pandemia COVID 19 ( urmeaza a fi stabilit in ce masura) cat si de natalitatea chiar mai scazuta decat in anii anteriori.

In termeni demografici situatia populatiei in tara noastra este extrem de preocupanta si studii mai aprofundate pe esantioane reprezentative vor trebui sa stabileasca care este situatia bolilor cronice, riscul de deces prin aceste boli in comparatie cu cifre de referinta din restul UE, care este accesul la servicii medicale preventive primare si secundare care sa previna sau sa stabilizeze o bola cronica si in final sa prelungeasca speranta de viata. Deasemenea astfel de studii ar trebui sa identifice asteptarile populatiei privind sprijinul pentru familie ce ar putea avea efecte asupra stabilizarii si chiar cresterii populatiei.

### **GREUTATEA MICA LA NASTERE**

Conform datelor publicate de catre Institutul National de Statistica in anul 2020 s-au nascut un numar de 12.740 copii cu o greutate sub 2500gr (2499gr. si mai putin) respectiv cu o rata a greutatii mici la nastere de 7,1%.

Din totalul de 12.740 nou nascuti cu greutate sub 2500gr. un numar de 5352, respectiv 42% au fost raportati ca provenind dintr-o sarcina cu o durata sub 36 de saptamani.

Rate mai crescute ale greutatii mici, au fost inregistrate la grupele de varsta ale mamelor 15-19 ani cu o rata de 9,9% si 40-50 de ani cu o rata de 11,6%.

Din cei nascuti cu greutate mica la nastere un numar de 3638 copii au avut o greutate sub 2000 de grame reprezentand 28,5% din cei nascuti cu greutate mica si respectiv 2,03% din totalul nou nascutilor. La nivel mondial, conform estimarilor OMS/UNICEF, frecventa greutatii mici la nastere se situeaza intre 7,2% in regiunile mai dezvoltate si 17,35 in

unele regiuni din *Asia*<sup>2</sup>, deci din acest punct de vedere Romania este plasata intre tarile dezvoltate.

In tarile componente ale UE conform datelor, World Bank – 2015 greutatea mica la nastere variaza intre 5 si 10% .

Datele privind greutatea la nastere colectate de care INS provin din mentionarea acesteia la maternitate pe CERTIFICAT MEDICAL CONSTATATOR AL NĂSCUTULUI VIU. In Studiul Sanatatii Reproduserii ROMANIA efectuat in anul 2016 la nivel national pe un esantion reprezentativ a reiesit o incidenta a greutatii mici la nastere de 8% in lotul studiat.

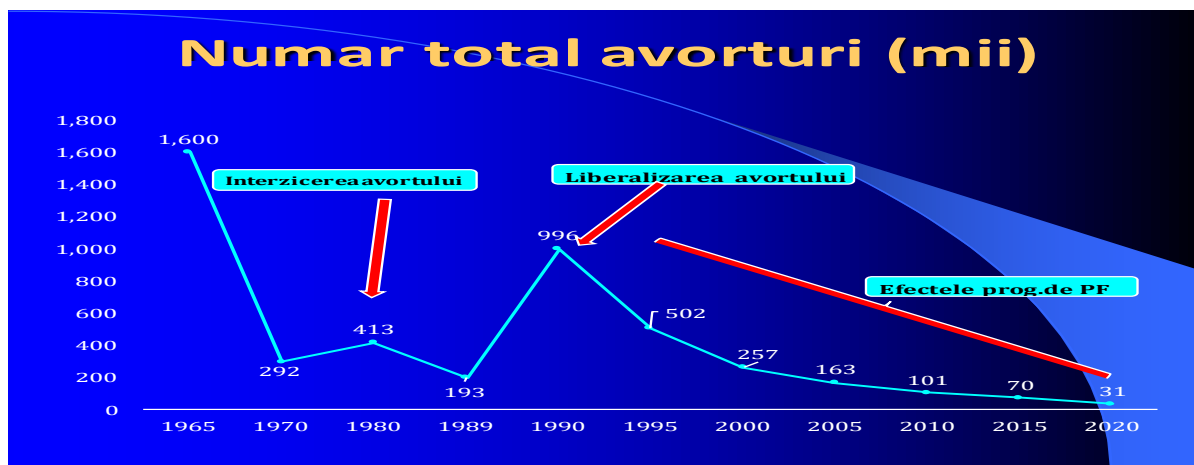
## **AVORTURI**

In anul 2020 au fost raportate catre DSP de catre spitale si cabinetele de obstetrica ginecologie publice si private un numar de 31.889 intreruperi de sarcina din care 15.594 la cerere si 16.176 avorturi spontane, continind trendul descrescator al anilor anteriori: 47.492 intreruperi de sarcina in 2019 din care 26.862 la cerere si 20.462 spontane si 70.885 in 2015 cu 41.056 la cerere si 29.820 spontane.

Imediat dupa liberalizarea avortului din anul 1990, s-au inregistrat un numar foarte mare de intreruperi de sarcina la cerere (circa 1 milion avorturi in 1990 ) ulterior numarul acestora scazand odata cu dezvoltarea serviciilor de PF si a modificarii comportamentului reproductiv al populatiei. (Sursa: CNSISP)

---

<sup>2</sup> UNICEF/WHO Low Birthweight estimates 2012-2015



Numarul de avorturi inregistrat si raportat din perioada 1966-1989 in conditiile interzicerii avortului la cerere, reprezinta numai avorturile ce erau aprobate de catre comisiile ce avizau intreruperea cursului sarcinii pentru ratiuni medicale si sociale si avorturile ce ajungeau in unitati sanitare, de obicei ca urmare a unei manevre abortive efectuate in spital de catre femeia insarcinata sau de catre persoana necalificata pentru astfel de manevre.

Dupa 1990, raportarea si inregistrarea intreruperilor de sarcina este obligatorie pentru toate institutiile sanitare atat cele publice cat si cele private. Desi trendul descrescator este evident, nu putem aprecia pe criterii obiective daca raportarea se face integral conform reglementarilor, dar se poate observa foarte clar diferente semnificative intre intreruperile de sarcina inregistrate in diferite judete, situatie neexplicata prin numarul diferit de locuitori si implicit prin populatia fertila a zonei.

Diferentele mari in raportarea avorturilor intre judete poate eventual sa fie explicata si prin numarul foarte diferit de unitati sanitare de regula din asistenta primara care ofera inca consiliere pentru PF.

In ceea ce priveste numarul de avorturi incadrate la grupa avorturi provocate, raportate si inregistrate, este dificil de acceptat cifrele raportate, atat timp cat in 2020 au fost raportate 119 cazuri numai de catre 6 judete (Cluj-19, Arad-8, Bistrita-4, Timis-3, Harghita 2 si M.

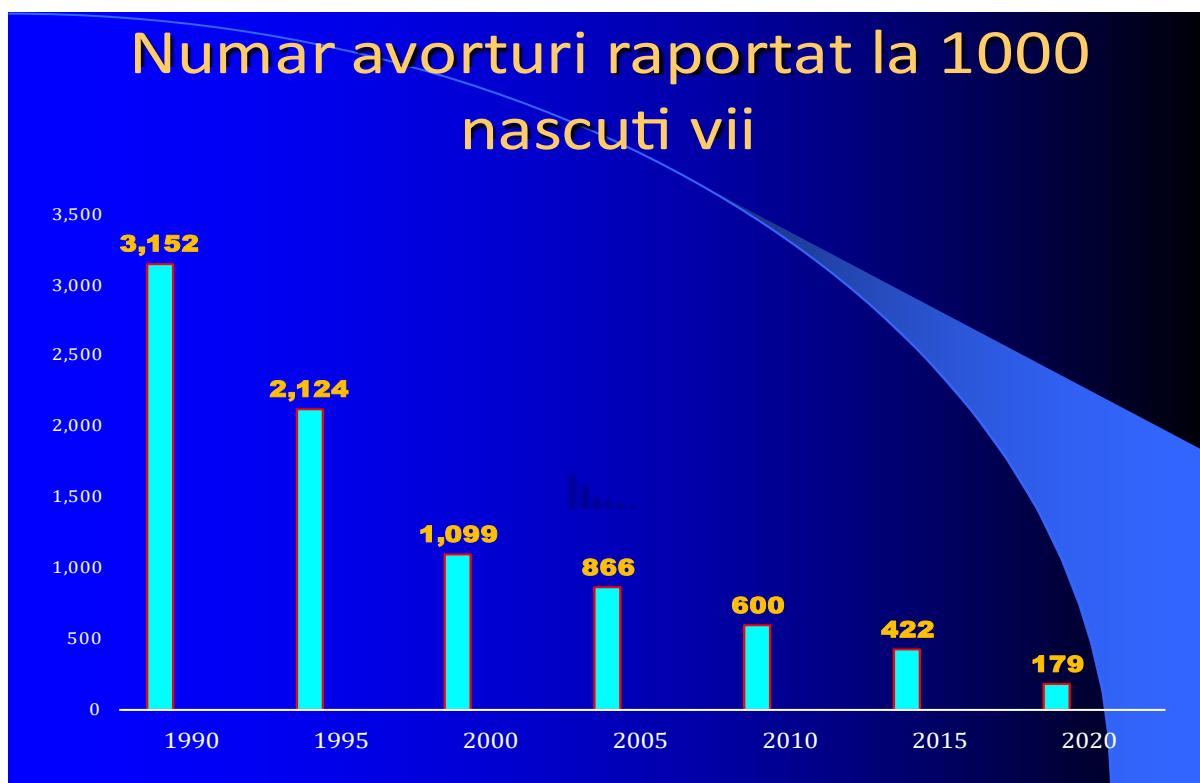
Bucuresti 83. In anul 2019 s-au raportata 204 avorturi provocate tot in judetele Timis, Cluj M. Bucuresti si Dolj)

Mentionam ca in anul 2020, 188 de intreruperi de sarcina s-au inregistrat la varsta sub 15 ani si 2747 la grupa de varsta 15-19 ani.

Dupa 1990 odata cu dezvoltarea unui program de planificare familiala bine constituit care ingloba training al persoanelor medical, descentralizarea serviciilor catre reseaua de medicina primara, campanii de informare a populatiei si totodata oferirea de metode contraceptive moderne in mod gratuit catre o categorie foarte larga de beneficiare, numarul de intreruperi de sarcina la cerere a scazut rapid.

Trendul descrescator este evident, chiar daca cifrele absolute de intreruperi de sarcina inregistrate poate nu inglobeaza toate avorturile la cere efectuate in unele institutii medicale.

A scazut si raportul avorturi/nascuti vii, de la circa 3152 avorturi la 179 avorturi la 1000 nascuti vii.



Sursa: CNSISP,

Graficele de mai sus ilustreaza in mod obiectiv, rezultatele pozitive ale unui program cu o strategie bine definita, insotita de masuri concrete de implementare si continuitate, pana la un moment dat, in management.

Rezultatele rapide obtinute au determinat ca Romania cunoscuta ca tara cu cea mai mare mortalitate prin avort si ulterior prin numarul cel mai mare de avorturi la cerere, sa fie un exemplu pozitiv al unei interventii de sanatate publica la nivelul biroului OMS/UNFPA pentru Europa.

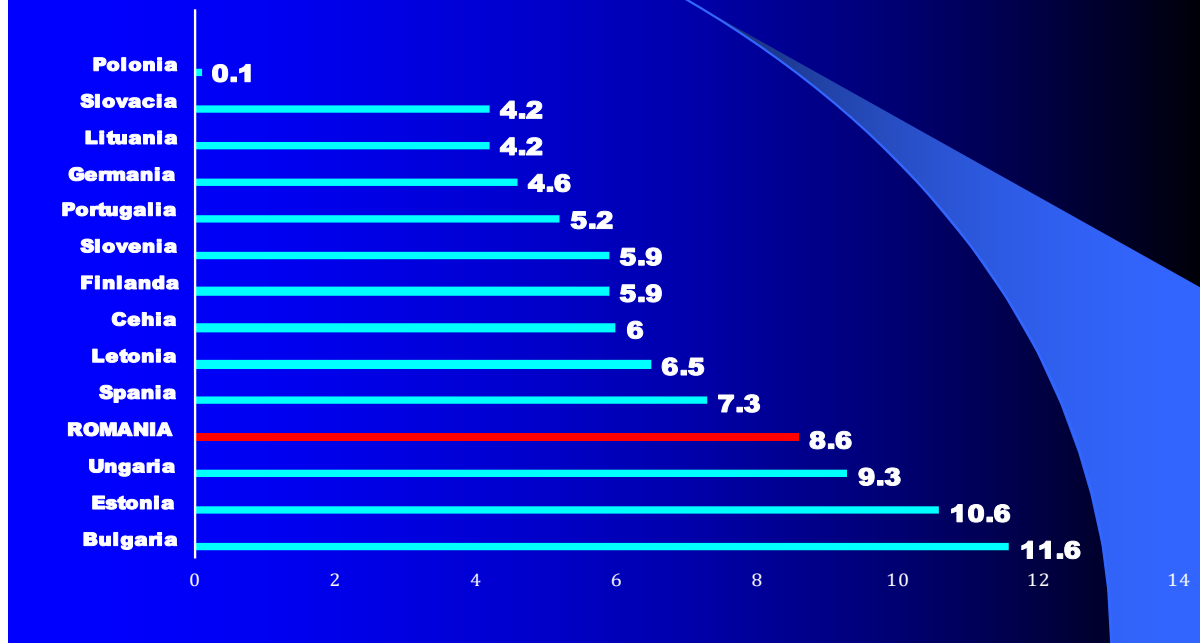
Studiul Sanatatii Reproduserii (INSMC 2016) releva faptul ca utilizarea contraceptiei si in special a contraceptiei moderne a avut un traiect ascendent. In anul 2016 un procent de 48,4% dintre femeile de vârstă fertilă foloseau metode de contracepție, dintre care 38,7 % metode moderne (23% in anul 1999) și 9,6% metode tradiționale.

In ultimii anii, desi programul de planificare familiala a constituit obiectiv al Strategiei pentru sanatate a Romaniei, acesta nu a mai fost finantat, nu au mai fost alocate resurse pentru procurarea si distributia gratuita a contraceptivelor, numarul de cabinete si de personal specializat a diminuat. Desi figureaza in programul de sanatate pentru femeie si copil intrentia nu mai este finantata de circa 2-3 ani.

Acelas studiu citat mai sus arata ca nevoia potențială de contracepție este de 65% pentru femeile în vârstă de 15-45 ani și de 75% pentru femeile în cuplu. 19,3% dintre femeile căsătorite sau în uniune consensuală nu utilizează deloc contracepția și 12,0 % folosesc metode traditionale, fiind astfel expuse, riscului unei sarcini nedorite, neplanificate. În aceste condiții nevoia neacoperită pentru o metodă de contracepție modernă calculată la femeile de vârstă fertila este de 26,3 % iar la cele căsătorite 31,4%. Aceste date constituie argumente pentru continuarea programului de PF, in parametrii initiali, program care si-a dovedit eficienta atata timp cat a functionat corespunzator.

La nivel european cu toate rezultatele pozitive, Romania inregistreaza inca un numar crescut de interuperi de sarcina. (Sursa Eurostat)

## Rata avortului in unele tari din UE -2019-



### MORTALITATEA MATERNA

Rata (indicele) mortalitatii materne si cauzele mortalitatii materne, sunt considerate doi dintre cei mai importanti indicatori ai sanatatii materne. Mortalitatea materna este un important indicator al performantei sistemului de sanatate chiar si in tarile dezvoltate, unde decesele materne sunt foarte rare. In aceste tari decesele materne sunt percepute ca evenimente semnificative pentru eficacitatea si calitatea ingrijirilor pre, intra si postnatale.

Din acest motiv OMS, recomanda, atat tarilor cu numar mare cat si tarilor cu numar mic de decese, sa realizeze periodic analiza deceselor materne. In Romania, colectarea datelor si analiza mortalitatii materne este reglementata prin Ordinul Ministrului Sanatatii nr.620/2001.

Ordinul necesita o revizuire, adaptare si corelare cu alte reglementari legale ce au fost elaborate intre timp (ex. protectia datelor cu caracter

personal, modificari in organizarea sistemului de sanatate atat la nivel administrativ cat si la nivelul furnizorilor de servicii medicale etc).Deasemenea OMS recomanda tarilor membre ca pe langa analiza mortalitatii materne sa se efectueze si o analiza a cazurilor cu patologie grava.

Conform celei de-a X-a Revizuirii a OMS privind clasificarea internatională a bolilor decesul matern este definit ca: decesul unei femei în timpul sarcinii sau într-o perioada de 42 zile de la întreruperea sarcinii, indiferent de durata si de localizarea sarcinii, prin orice cauza determinanta sau agravată de sarcină sau de managementul acesteia , dar nu din cauze accidentale sau incidentale.

Decesele materne sunt sub-impartite in patru categorii:

Decesele prin risc obstetrical direct sunt cele care rezulta din complicatii obstetricale ( sarcina, nastere, lauzie), interventii, omisiuni, tratamente incorecte, sau printr-o inlantuire de evenimente rezultand din unul din factorii de mai sus.

Decesele prin risc obstetrical indirect sunt o consecință a unei boli preexistente sarcinii sau a unei boli care a coincis cu sarcina, neavând cauze obstetricale, dar care au putut fi agravate de modificările fiziologice ale sarcinii.

Decesele colaterale numite si “decesele fortuite” sunt acele decese care se produc in cursul sarcinii sau post-partum dar nu sunt corelate cu sarcina.

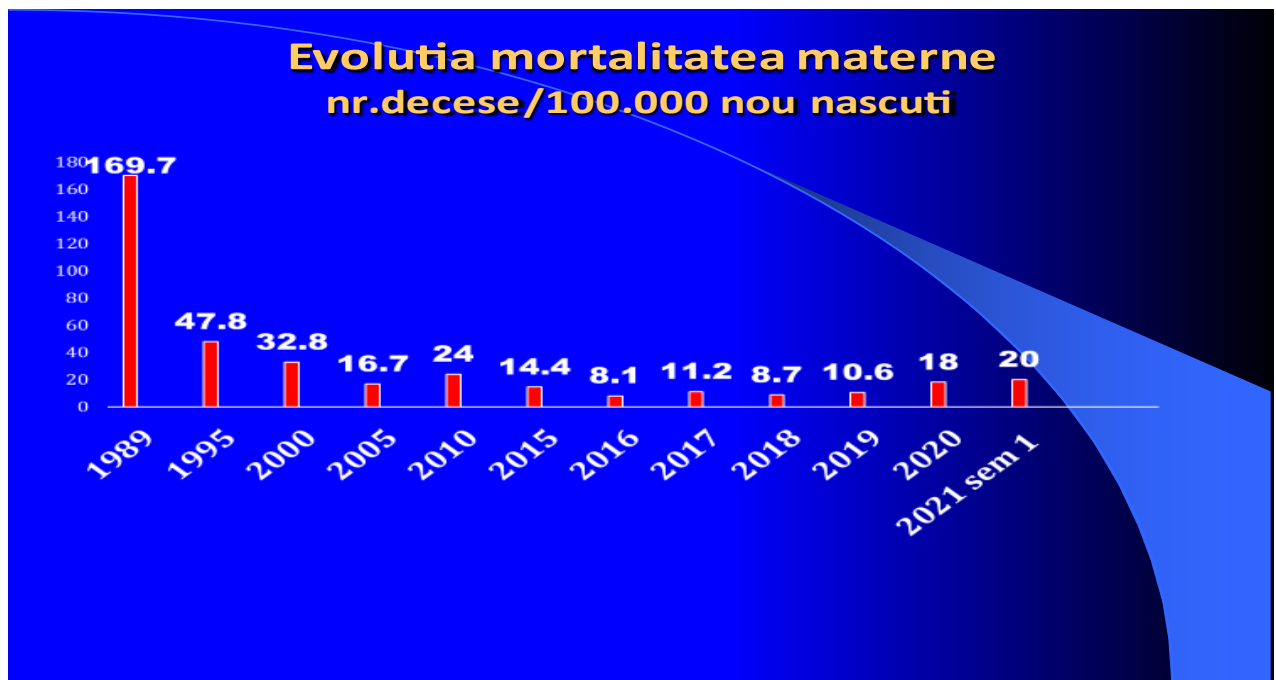
Decesele prin avort sunt un caz particular al deceselor prin risc obstetrical direct, date de varsta sarcinii la care s-a petrecut evenimentul de deces, Dat fiind faptul ca multe dintre decesele prin avort sunt prin avort autoprovocat, in tari precum Romania unde avortul provocat a constituit o problema majora sociala si de sanatate publica, aceste tipuri de decese sunt tratate inca separat, si nu in cadrul deceselor materne prin risc obstetrical direct.

In România, începând cu anul 1996, se inregistreaza toate decesele materne indiferent de cauza producerii acestora incluzand si decesele

prin cauze indirecte și colaterale. Din acest motiv, din 2009, analiza deceselor materne și implicit a mortalității materne se face după cele patru grupe mari de deces matern : *prin avort* (coduri între O00 și O08 inclusiv), *risc obstetrical direct* (coduri între O10 și O92 inclusiv), *risc obstetrical indirect* (coduri între O95 și O99 inclusiv, care până la acea data se codificau la codul de boală respectiva, de exemplu la boli ale aparatului respirator, ale aparatului circulator, etc) și *cauzele colaterale*.

Tinta 5A obiectivul 5 al Obiectivelor de Dezvoltare a Mileniului, stabilit de către Organizația Națiunilor Unite la nivel universal, respectiv scăderea cu trei sferturi a mortalității materne în 2015 față de anul 1990 a fost atinsă în România. În anul 1989 se înregistrau 169,7 decese la 100.000 nou născuți în 1995, 47,8 iar în anul 2015, 14,4 decese la 100.000 nou născuți.

Obiectivul național-concret pentru România stabilit de către MS, respectiv, 10 decese la 100.000 nașteri nu a fost atins decât în anii 2016 și 2018. În anul 2020 s-a înregistrat din nou un vârf cu 32 decese materne la un număr de 178.609 nou născuți, respectiv 17,9 la 100.000 nn.



Sursa CNSISP

Aceasta scadere marcata si rapida dupa anul 1990 s-a datorat in special legalizarii intreruperii cursului sarcinii la cerere si diminuarii drastice, chiar disparitiei, a deceselor prin avort provocat. Din acest punct de vedere Romania constituie un caz de studiat, relevand care sunt consecintele unei politici pronataliste fortate.

Concomitent cu scaderea mortalitatii prin avort a scazut si mortalitatea prin risc obstetrical direct – 43 cazuri in anul 2000 si 12 cazuri in anul 2020. Din 2009 de cand se inregistreaza in statistici se evidentiaza ponderea in mortalitatea materna a deceselor materne prin risc indirect.

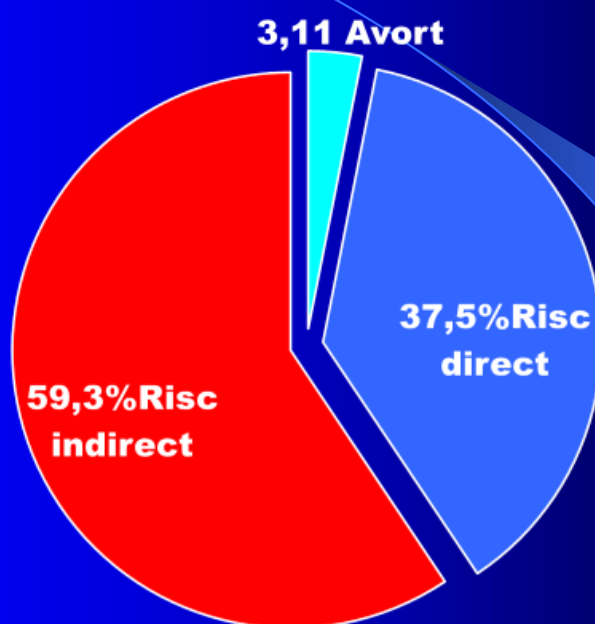
	Decese materne			Mortalitate maternă la 100000 născuți vii		
	avort	risc direct	risc indirect	avort	risc direct	risc indirect
2000	38	39		16.2	16.6	
2001	37	38		16.8	17.2	
2002	20	27		9.5	12.8	
2003	27	38		12.7	17.9	
2004	26	26		12.0	12.0	
2005	15	22		6.8	10.0	
2006	12	22		5.5	10.0	
2007	11	22		5.1	10.2	
2008	9	21		4.1	9.5	
2009	8	23	16	3.6	10.3	7.2
2010	11	22	18	5.2	10.4	8.5
2011	6	23	21	3.1	11.7	10.7
2012	3	11	9	1.5	5.5	4.5
2013	6	14	7	2.8	6.5	3.3
2014	6	11	7	3.0	5.4	3.5
2015	5	13	9	2.4	6.3	4.4
2016		10	7		4.8	3.3
2017	2	9	13	1.0	4.2	6.0
2018	1	10	7	0.5	4.8	3.4
2019	1	12	7	0.5	6.4	3.7
2020	1	12	19	0,6	6,7	10,6
2021 sem. 1		7	8		9	10

Sursa CNSISP

In anul 2020 numarul deceselor prin risc indirect a depasit 50% din numarul de decese materne:

# Mortalitatea materna/pe cauze

anul 2020



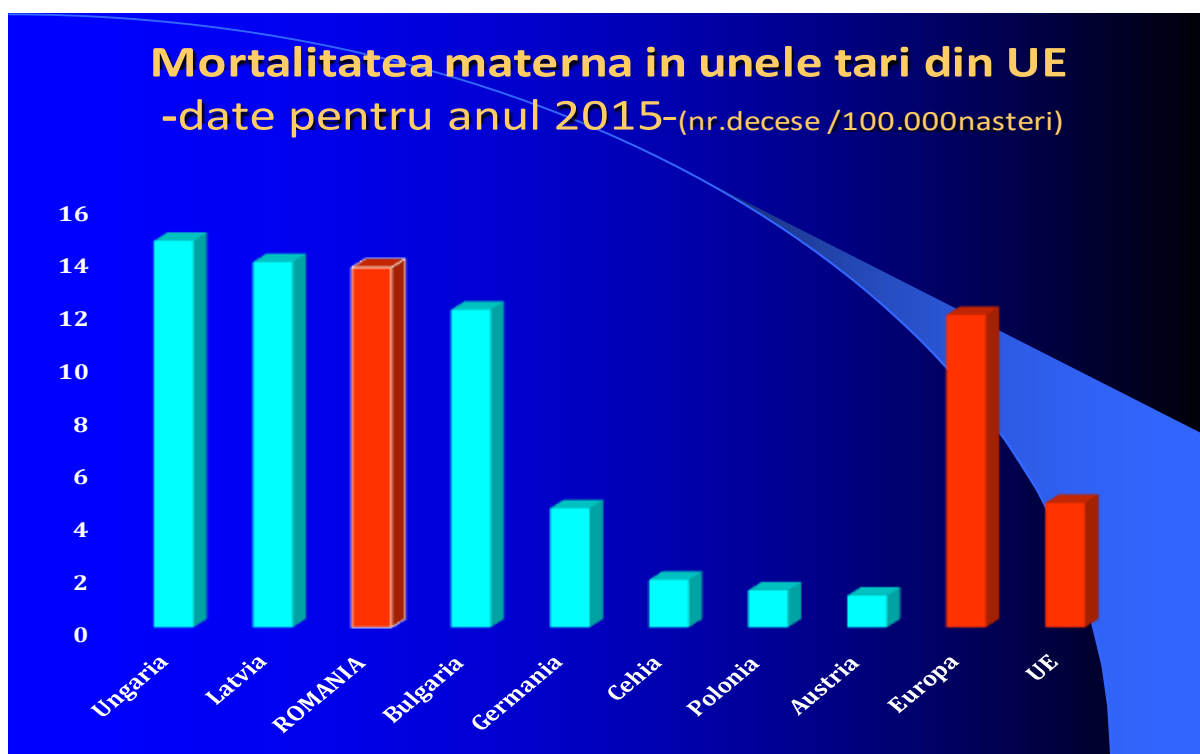
Sursa: CNSISP,

Ponderea importanta a deceselor datorate sau favorizate de afectiuni preexistente sarcinii sau concomitente cu sarcina (risc indirect) indica puternic importanta incadrarii unei sarcinii in categoria de risc si definirea riscului, medicul de familie avand un rol important, cunoscand atat istoricul starii de sanatate a gravidei cat si a familiei, precum si necesitatea supravegherii sarcinii cu risc de catre o echipa multidisciplinara, echipa in care medicul obstetrician este unul dintre specialisti.

Constituirea acestei echipe de specialisti care ar trebui să își asume responsabilitatea pentru îngrijirea și managementul general al sarcinii și lăuziei, în special la gravidele/lehuzele cu bolile cronice preexistente sarcinii constituie, o provocare a administratiei sistemului de sanatate prin prisma numarului limitat de specialisti, altii decat obstetricienii, care doresc si pot sa se implice efectiv in monitorizarea

unei sarcini cu risc. Problema devine foarte actuală, în condițiile în care există dovezi că rata deceselor indirecte este în continuă creștere datorită bolilor preexistente sarcinii (favorizată și de întârzierea aducerii pe lume a primului copil). Evitarea și reducerea mortalității materne va fi în responsabilitatea și a altor specialiști nu numai a medicilor obstetricieni. De aceste realități administrația serviciilor medicale trebuie să țină seama și să elaboreze reglementările aferente.

Cu toată scăderea importantă a mortalității materne, scădere datorată atât reducerii deceselor prin risc obstetrical direct dar mai ales prin diminuarea impresionantă a deceselor prin avort, România se clasează încă printre țările cu mortalitate maternă crescută din Europa.



Sursa: CNSISP,

Din datele evidențiate mai sus, reiese scăderea importantă a mortalității materne în ultimii 30 de ani, scădere mai evidentă în perioada 1990-2015. Ulterior numărul de decese și implicit indicatorul mortalității fiind relativ staționar cu unele variații anuale. Observăm de asemenea contribuția în mortalitate a deceselor prin cauze indirecte.

Analiza in curs a deceselor inregistrate in anul 2020 v-a evidentia cauzele cresterii brutale a indicatorului in acest an.

Numarul relativ mic de decese inregistrate anual fac irelevanta prelucrarea statistica anuala pe cauze determinante si favorizante.

In analiza datelor colectate pe perioada 2000-2019 efectuata de catre INSP/CNSISP (<sup>3</sup>) reies urmatoarele :

### **Decesele prin risc obstetrical direct**

In perioada 2000-2019 au fost inregistrate 413 cazuri care au avut ca diagnostic :

complicațiile travaliului și nașterii (146 cazuri),

complicațiile legate în principal de lăuzie (119 cazuri),

îngrijiri acordate mamei legate de făt, cavitatea amniotică și eventuale distocii (73 cazuri),

edem, proteinurie și hipertensiune în cursul sarcinii, nașterii și lăuziei (67 cazuri)

alte tulburări materne legate în special de sarcină (8 cazuri).

Cele mai frecvente complicatii care au condus la deces au fost hemoragia, preeclampsia/eclampsia si septicemia. Pe plan international este unanim admis ca hemoragiile intra si postpartum precum si eclampsia sunt afectiuni care pot fi controlate printr-un management corespunzator in unitati care pot satisface riscului prezentat de catre gravida.

Intr-un studiu efectuat de catre INSMC asupra deceselor materne din anul 2014 si 2015 (<sup>4</sup>) a reiesit ca la gravidele care au decedat, la 12 ore de la internarea in maternitate, in 41,7% din cazuri se inregistrau fenomene clinice si biologice de septicemie, in 36,1% hemoragie

---

<sup>3</sup> Mortalitatea Materna 2019 - *Cristina Cîrtog, Gabriela Ghenea, Dan Pîrvu*

<sup>4</sup> *Studiul mortalitatii materne si infantile-2016 Stativa, Mihailescu Stanescu*

severa 25% semne clinice de preeclampsie/eclampsie, 8,5% fisura/ruptura uterina.

### **Decesele prin risc obstetrical indirect,**

In perioada analizata s-au inregistrat 121 cazuri clasificate ca diagnostic la:

alte boli ale mamei, clasate la alte locuri, dar complicând sarcina, nașterea și lăuzia (106 cazuri). In aceasta categorie majoritateta cauzelor de deces au fost clasificate la Boli ale aparatului circulator complicand sarcina si lehuzia

boli infecțioase și parazitare ale mamei, clasate la alte locuri, dar complicând sarcina, nașterea și lăuzia

deces de origine obstetricala, survenind peste 42 zile dar mai puțin de un an după naștere (1 caz),

deces de origine obstetricală de cauză neprecizată (1 caz).

### **Decesele prin avort**

In perioada 2000-2019 s-au inregistrat 250 de decese prin avort. Mentionam ca mortalitatea prin avort a scazut semnificativ in ultimii ani, de la 16,2 in anul 2000 la 0,5 decese la 100.000 nasteri in anul 2019. Din anul 2016 nu s-a mai inregistrat anual decat 1-2 cazuri de deces prin avort.

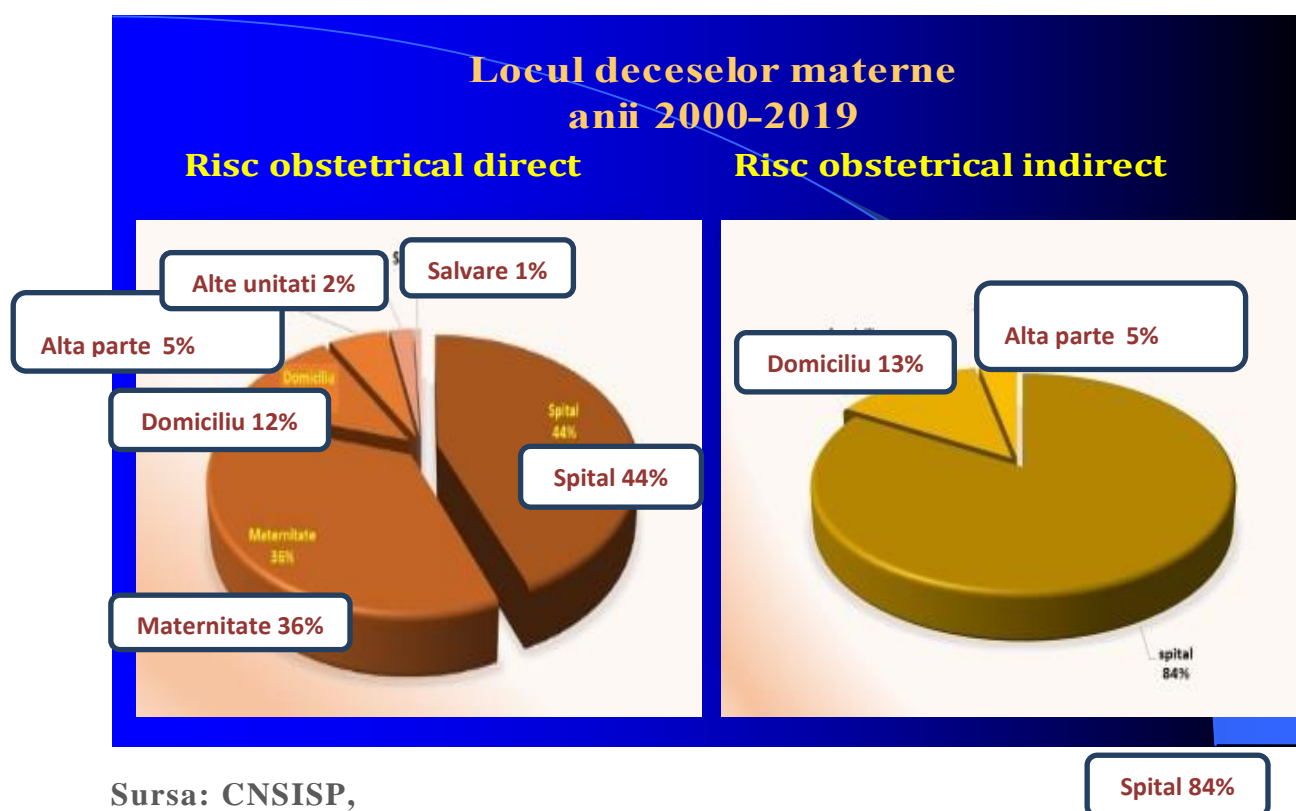
In perioada 2014-2019 nu s-au mai inregistrat decese ca urmare a unui avort medical. In anul 2020 este inregistrat un deces cu codul O 04 – avort medical

Majoritatea deceselor prin avort au fost clasificate la categoria avort, alte forme de avort, avort spontan. Diminuarea pana la disparitie a deceselor prin avort probeaza inca odata ca un program de sanatate cu multe valente sociale, respectiv programul de PF, a putut obtine rezultate foarte bune intr-un timp istoric relativ scurt.

## Locul decesului:

Marea majoritatea a deceselor materne s-au înregistrat în maternități (adică în secții/compartimente de obstetrică ginecologie) sau în spitale (de regulă în secții/compartimente de ATI).

Totuși în perioada analizată (2000-2019) din totalul de 731 decese materne (avort, risc direct și indirect) un număr semnificativ respectiv 140 cazuri (17,9%) s-au înregistrat în afara unor unități sanitare și anume: 94 la domiciliul gravidei/lehuzei, 42 în alte părți și 4 în ambulanță. Deși în scădere în comparație cu prima perioadă a intervalului evaluat, decese la domiciliu se înregistrează în continuare și în ultimii 5 ani. Aceste cifre ridică probleme serioase privind adresabilitatea și accesul la servicii medicale capabile să stăpânească riscul prezentat de către gravida în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile, dar nu numai.



**Decese materne la domiciliu in anii 2014-2015, cazuri evaluate:**

**Decese prin ROD:**- 4 decese la domiciliu prin risc obstetrical direct

-Doua decese:gravide neluate in evidenta,fara consultatie prenatala ,nastere la domiciliu neasistata -soc hemoragic in postpartum imediat

-Un deces -Gravida cu sarcina extrauterine rupta ,soc hemoragic deces la domiciliu

-Un deces -Gravidă de 34 de ani, primipară luată în evidență la 6 săpt, cu 4 consultații la MF.Eclampsie,hemoragie subarahnoidiana.A neglijat tratamentul,nemonitorizata pentru HTA

**Decese prin ROI:**-4 decese la domiciliu prin risc obstetrical indirect

-doua decese-gravide ce nu au fost luate in evidenta medicala

-doua decese-gravidele au fost luate in evidenta medicala, dar au neglijat efectuarea investigatiilor sau tratamentului recomandat

De ce nu s-au prezentat la un medic pentru servicii prenatale ? Ce bariere sociale,culturale,organizatorice sau financiare le-a impiedecat să le utilizeze?Este necesar ca sistemul de sanatate sa ofere un suprt comunitar pentru astfel de cazuri?(*Analiza mortalitatii materne si infantile pentru anul 2014-2015-INSMC Stativa,Mihailescu,Stanescu*)

*E.Stativa,Gh.Mihailescu,A. Stanescu/ INSMC 2016)*

Chiar si in anul 2020 s-au inregistrat doua decese la domiciliu si unul inregistrat in alte parti.

In anul 2020 s-au inregistrat 32 de decese materne, majoritatea (19) prin risc indirect,din acestea 10 sunt asociate infectiei cu COVID 19 fiind codificate cu diagnosticul O99.5 (bolile aparatului respirator complicând sarcina, nașterea și lăuzia).

## Consultatia prenatala,

Supravegherea medicala a sarcinii atat de catre medicul de familie, de catre obstetriceni si alti specialisti in functie de riscul prezentat de catre gravida este o cale sigura si eficienta de prevenire si/sau tratament precoce a unor complicatii ale graviditatii.

Specialistii din sistemul de sanatate, in special cei din maternitati, apreciaza ca o proportie mare dintre gravide nu se prezinta la medic in timpul sarcinii sau realizeaza numai 1-2 vizite – eventual ca sa faca unele analize.

Raportarile INS indica pentru anul 2019 ca un numar foarte mare de gravide fara consultatie prenatala, respectiv 50.912 de gravide din totalul de 188.135 nasteri respectiv 27% .

INS colecteaza aceste date din *Certificatul constatator al nascutului viu*, in cuprinsul caruia exista o rubrica privind controalele prenatale. Acest document desi semnat de catre un medic este completat de regula de catre un registrator/statistician medical si este posibil ca rubrica privind controalele prenatale sa nu fie completata si deci datele raportate de catre INS sa nu aiba un fundament solid.

Aceasta ipoteza poate fi eventual sustinuta si de faptul ca multe *Fise ale decesului prin complicatiile nasterii si leuziei* nu au completate toate rubricile sub motivul ca datele nu exista in documentele medicale primare- respectiv in foile de observatie. Pentru anul 2019, 7 din cele 16 decese materne nu aveau completata rubrica-consultatie prenatala- motiv pentru care prelucrarea statistica nu este valida.

Date mai fiabile reies din unele cercetari epidemiologice efectuate prin interviuri cu gravidele:

-7,1% din gravide fara consultatie prenatala si circa 8% numai cu 1-3 consultatii –<sup>(5)</sup>,

-5% gravide fara consultatie prenatala si 18%(!) sub 3 consultatii <sup>(6)</sup>

---

<sup>5</sup> Studiul Sanatatii Reproductivei INSMC - 2016 -N.Suciu si colab.),

-37% din decesele materne din anii 2014 si 2015( Analiza mortalitatii materne si infantile 2014/2015-INSMC 2016 <sup>(7)</sup>nu efectuaseră nicio consultatie prenatala ( date culese din documentele medicale de la maternitati si de la medicul de familie).

Indiferent de sursa datelor si de diferentele între ele, reiese foarte clar ca un numar semnificativ de gravide nu isi ingrijesc sarcina si acest lucru in special printre cele ce apartin grupurilor vulnerabile, cu consecinte asupra sanatatii lor, nou nascutilor si totodata cu costuri suplimentare pentru sistem.

Unele cauze ce determina aceasta situatie, au fost identificate prin studii epidemiologice, dar nu au fost luate masurile organizatorice care sa asigure accesul si sa creasca adresabilitatea la servicii medicale prenatale desi masurile propuse nu presupuneau costuri excesive pentru sistemul de sanatate.

## **MORTALITATEA INFANTILA SI A COPILULUI SUB 5 ANI**

Mortalitatea Infantilă (MI)/Rata mortalității infantile definește numărul anual de decese sub vârsta de un an raportat la 1000 născuți vii din aceeași perioadă și teritoriu.

MI este acceptată universal ca cel mai fidel indicator al stării de sănătate și bunăstare a copiilor la nivel global și în acelaș timp a nivelului de dezvoltare economică și socială a unei comunități.

Mediul socio - economic influențează direct starea de sănătate, morbiditatea și mortalitatea copiilor în special a celor sub 1 an.

Diferențele MI în raport cu vârsta, mediul de rezidență, statutul socioeconomic au un rol foarte important în a diagnostica diferențele în accesul la servicii medicale calificate.

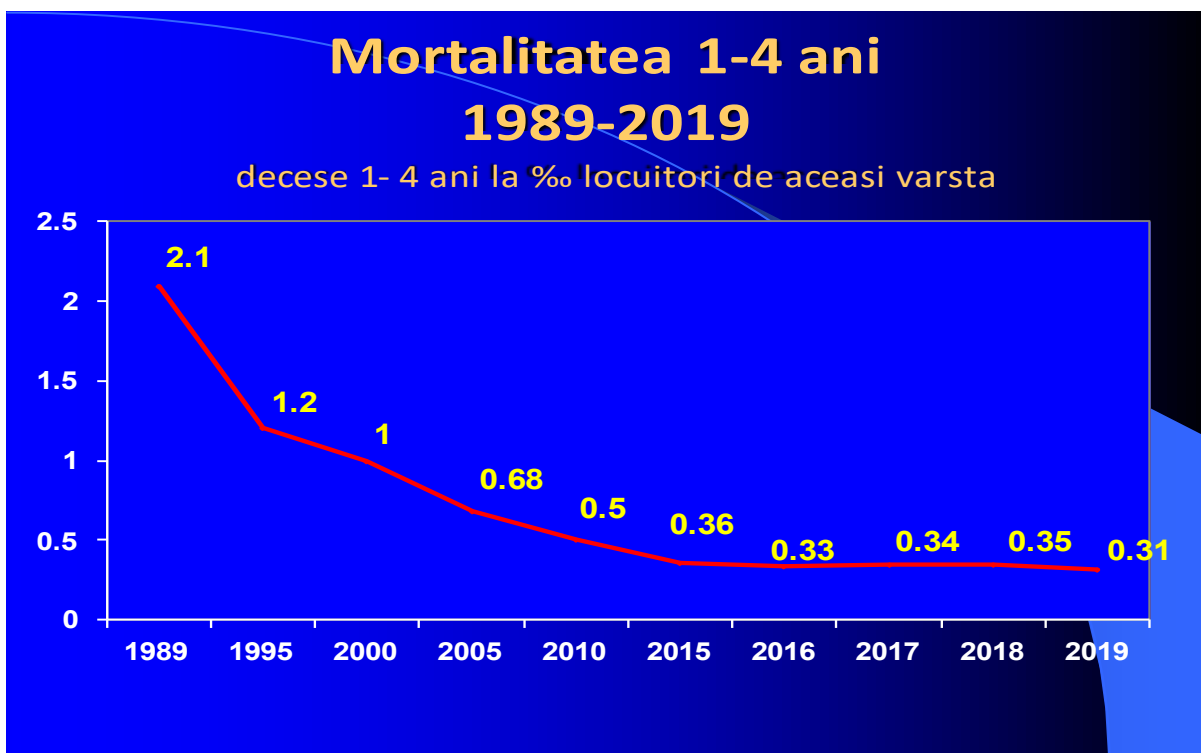
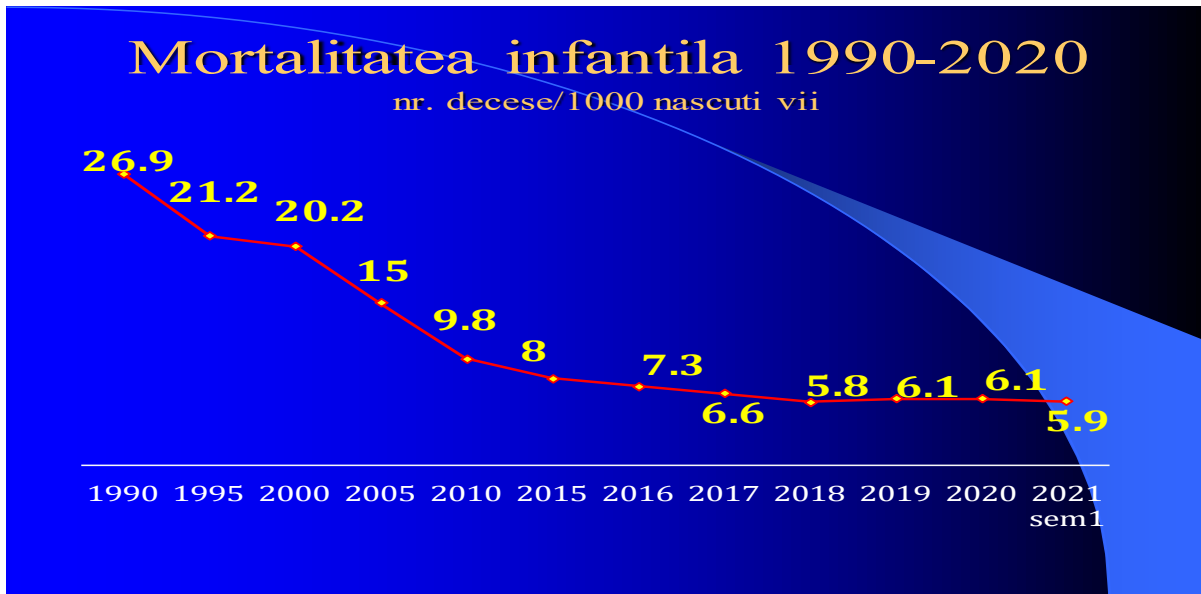
---

<sup>6</sup> Acompanierea nasterii FONCP 2011- *M.Gheorghe si colab*

<sup>7</sup> Analiza mortalitatii materne si infantile-*E.Stativa, Gh Mihailescu.A.Stanescu*)

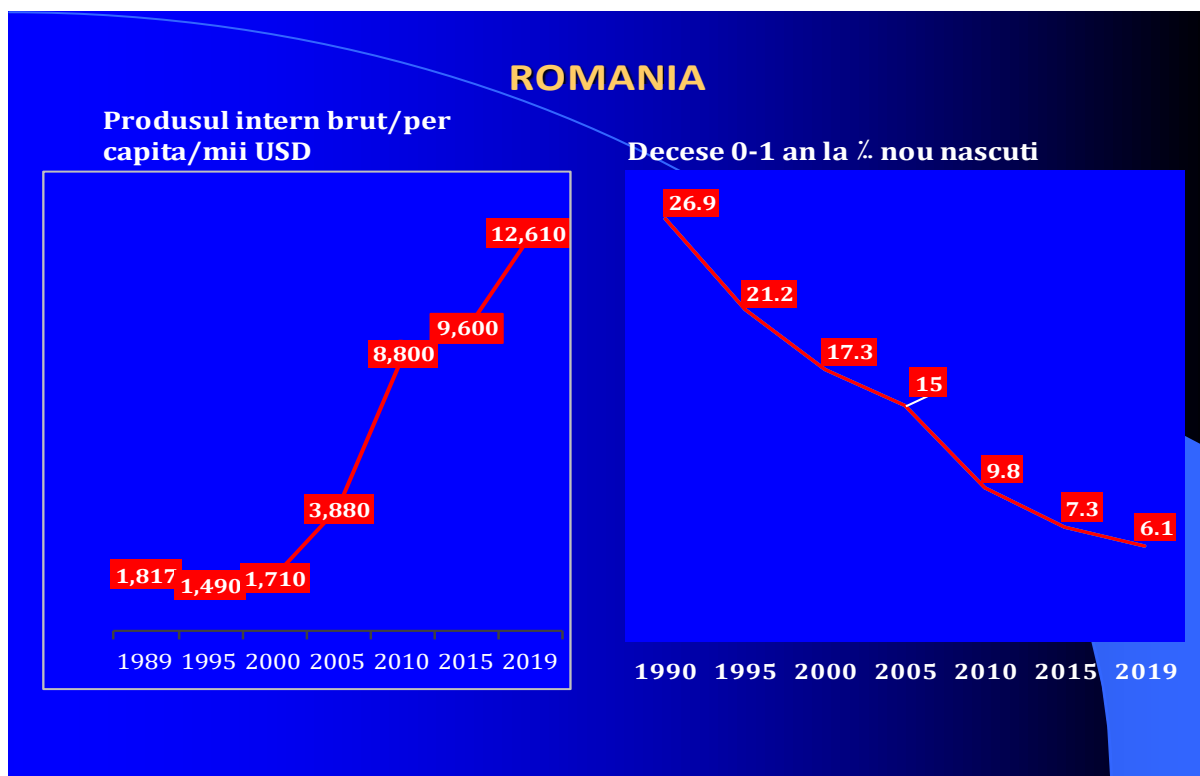
Serviciile medicale pot contribui la ameliorarea stării de sănătate în măsura în care ele sunt accesibile, de calitate și adaptate populației pe care o servesc.

În România atât mortalitatea infantilă cât și mortalitatea 1-4 ani au scăzut semnificativ în ultimii ani (sursa datelor CNSISP)



Evolutia favorabila a mortalitatii infantile si 1-4 ani (in speta a mortalitatii copilului sub 5 ani) a fost determinata de modificarile in structura familiei, cu diminuarea numarului de copii in familie, de investitiile facute in programe de re tehnologizarea a maternitatilor si sectiilor de nou nascuti, regionalizarea ingrijirilor perinatale, precum si in evolutia generala pozitiva a societatii romanesti.

Conditionalitatea sanatatii copiilor de sanatatea generala a societatii este sustinuta si de faptul ca cresterea PIB/persoana este concomitenta si contribuie pe langa alti factori la scaderea mortalitatii infantile.

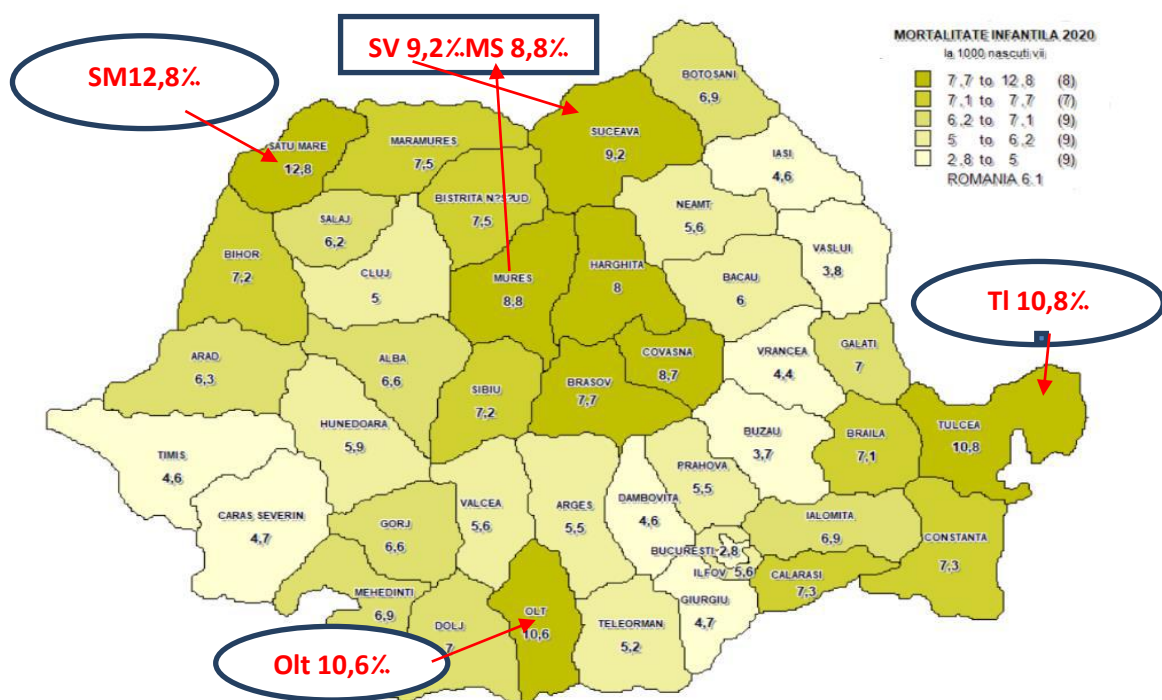


Sursa Eurostat/CNSISP

In profil territorial in anul 2020 observam in continuare o situatie neomogena la nivelul tarii. Sunt judete cu MI ce depaseste cu 30% valoarea medie a tarii ( Tulcea, SatuMare, Suceava, Olt) Observam deaseamenea o crestere a MI in judete care traditional se plasau la nivelul sau sub nivelul mediei tarii ( Satu Mare, Mures, Covasna, Harghita). Aceasta concomitent cu judete care au iesit din

coada clasamentului desi structura sociala si economica a populatiei si judetului le situau cu multe decese sub 1 an (Vaslui, Iasi, Vrancea).

Aceasta situatie neasteptata si in neconcordanza cu relatia dezvoltare sociala/structura si MI ar trebui analizata mai in detaliu. Este posibil ca datele pentru un singur an sa nu fie suficient de obiective si ar trebui calculat trendul indicatorului. In orice caz diferentele mari de mortalitate trebuie sa constituie o preocupare pentru administratorii sistemului.

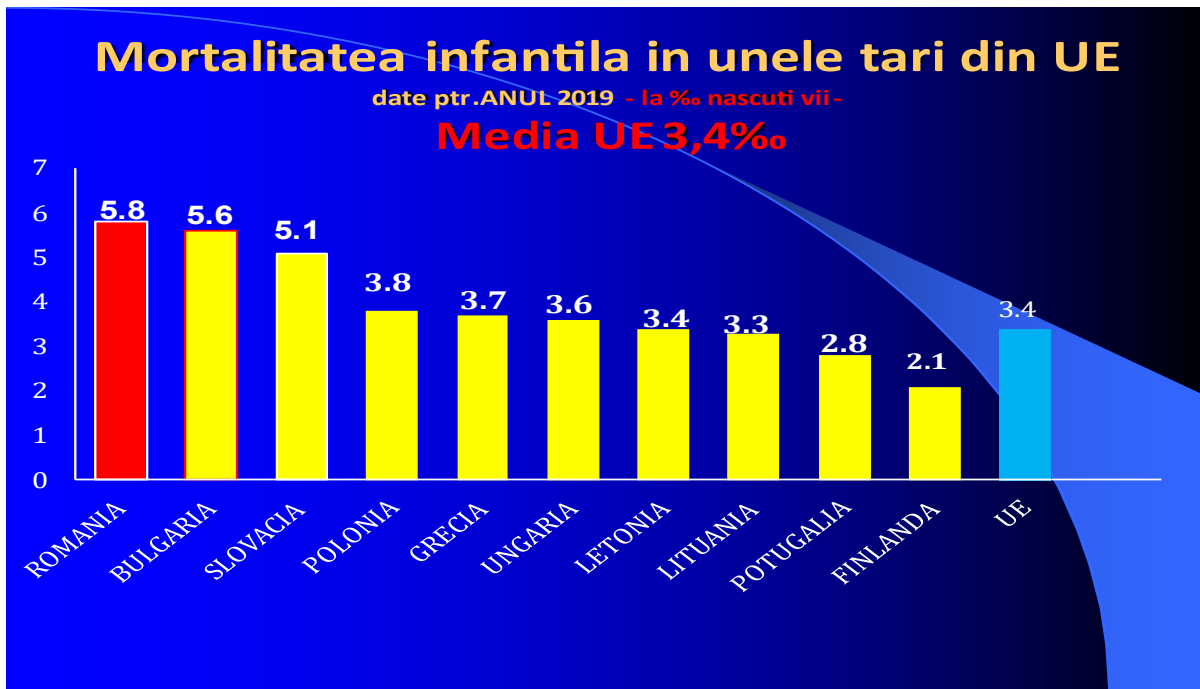


### Sursa CNSISP

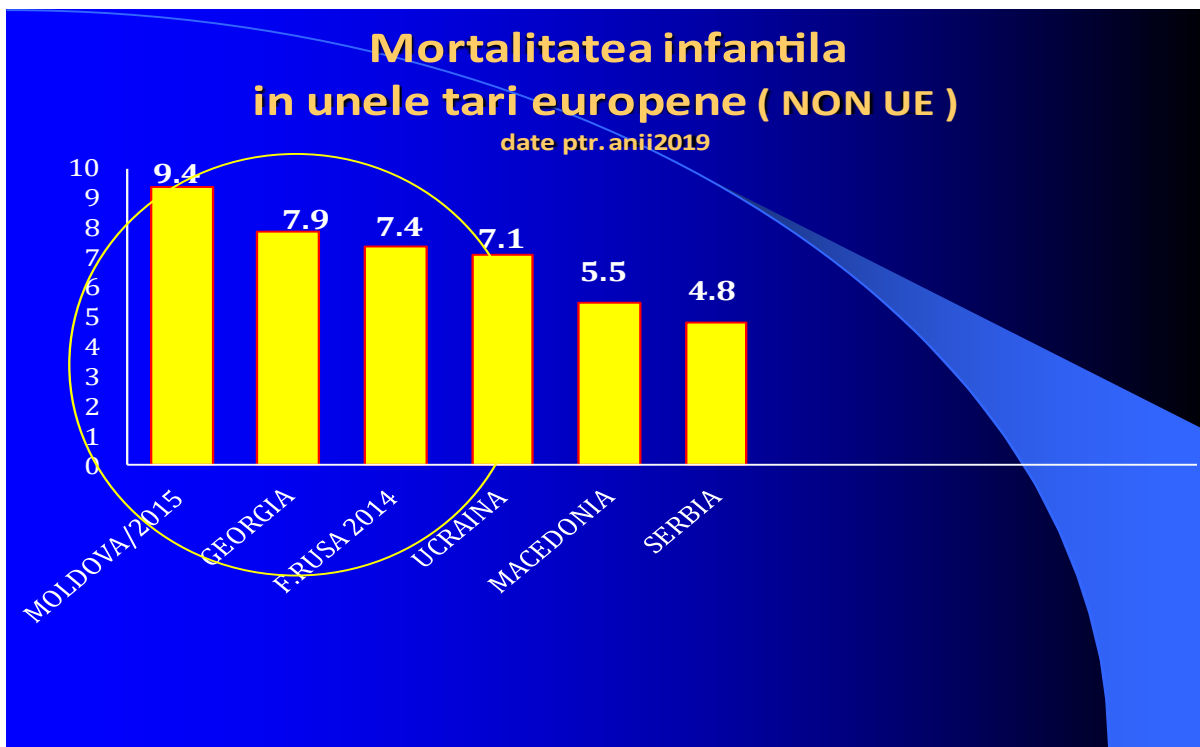
Cu toata scaderere remarcabila a indicatorului de MI Romania continua sa inregistreze cea mai mare mortalitate infantila din UE si una din cele mai crescute din Europa ( Eurostat).

Se poate observa deasemenea ca tarii NON UE din vecinatate, au rate ale mortalitatii infantile mai scazute decat Romania (Serbia si Macedonia de Nord). Deasemenea dintre tarile UE Portugalia care in urma cu 40 de ani avea un indicator al MI in epoca, chiar mai mare

decat al Romaniei a reusit preformanta de a avea una din cele mai scazute MI sin Europa.



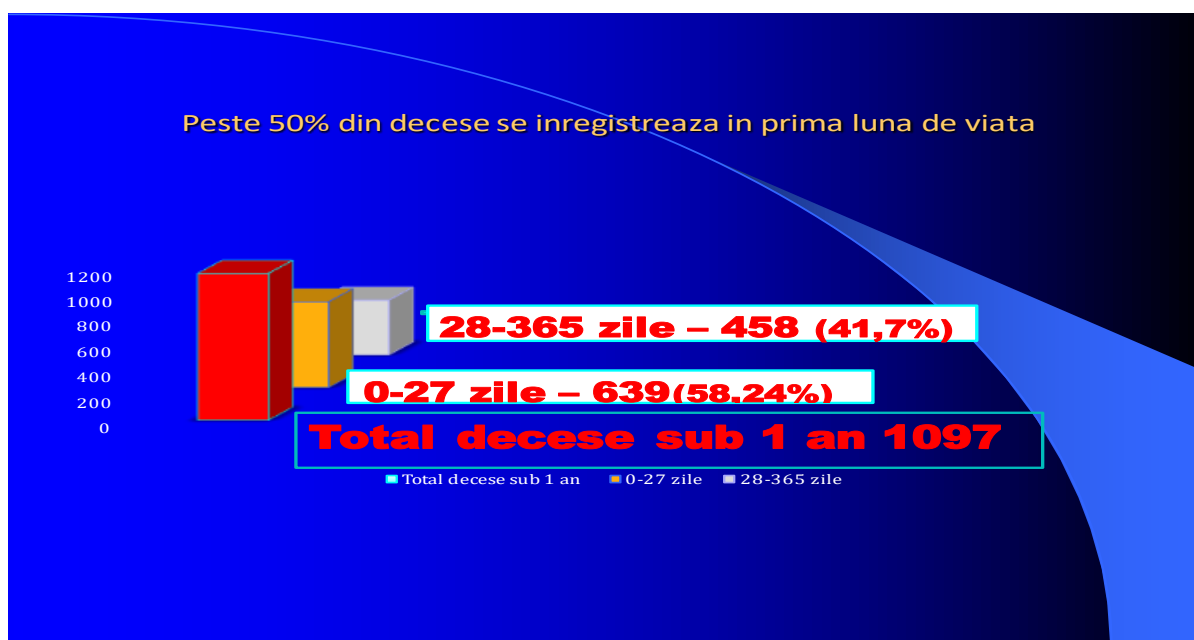
Sursa Eurostat



Din anul 2018 mortalitatea infantila are o valoare fluctuanta si o rata de scadere mult mai mica decat in perioadele anterioare desi numarul de nou nascuti este scazut si indicatorii economicii ai tarii sunt ascendenti. Daca se doreste ca mortalitatea infantila sa nu aiba numai o scadere naturala sunt necesare noi seturi de interventii de sanatate publica tintite in mod special pe grupele de risc, si ca interventiile in fara sistemului medical trebuie sa cuprinda intreg sistemul social al tarii.

### **Mortalitatea neonatala**

Mortalitatea inregistrata in perioada definita neonatala – 0-27 de zile depaseste 50% din decese inregistrate in cursul unui an calendaristic:



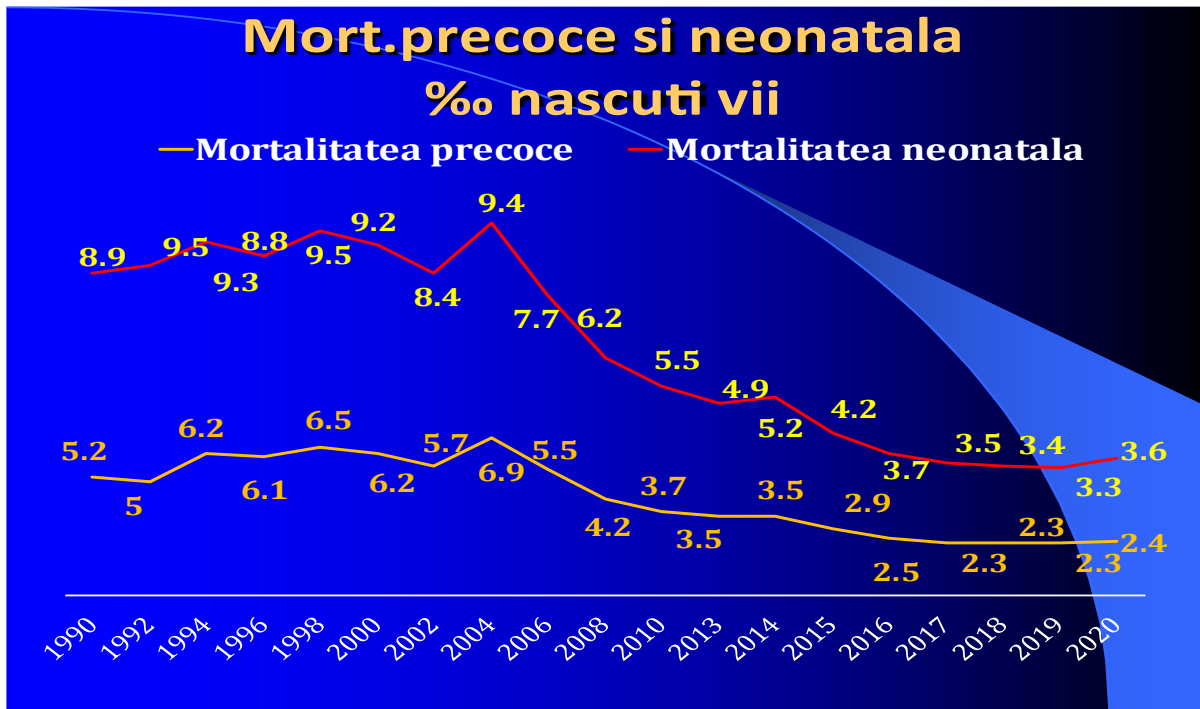
Sursa CNSISP

Pentru anul 2020:

-639 de decese – respectiv 58,24% in perioada neonatala si

-458 -respectiv 41,7% in perioada postneonatala (28-365 de zile)

In perioada neonatala segmentul primelor 6 zile- decese din perioada precoce- este analizat , cauzalitatea deceselor in aceasta perioada avand motivatii-0 -6 zile specifice:



Se poate observa ca in perioada precoce se inregistreaza mare majoritate a deceselor din perioada neonatala. Decesele din aceasta perioada sunt influentate puternic de greutatea mica la nastere, determinata de prematuritate si nu numai, si de malformatii congenitale incompatibile cu viata.

Astfel luind in calcul datele pentru anul 2020

(1097 decese sub 1 an pentru 907 se cunoaste greutatea la deces).

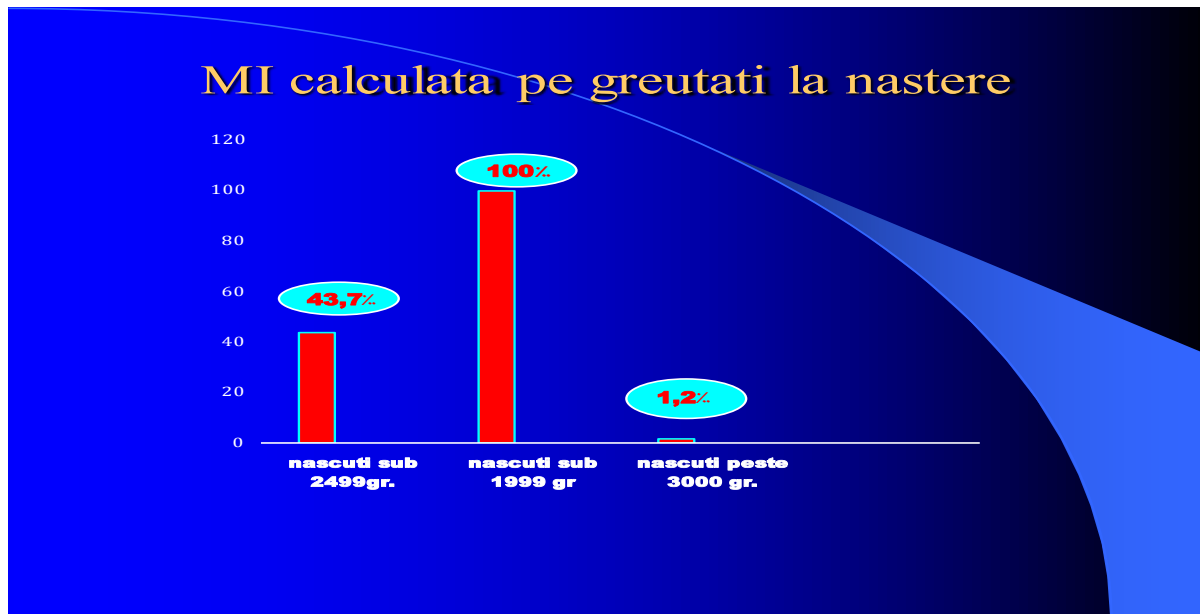
Reamintind ca MI a inregistrat in anul 2020 luind in calculul totii copii nascuti in acel an indicatorul de 6,1%.

Daca calculam decedatii pe grupe de greutate ( si implicit prin extensie pe grupe de prematuritate) reis urmatoarele date care indica clar care este varful de mortalitate:

-din 12.740 copii nascuti cu greutate de si sub 2499 gr. au decedat 555 copii, ( din care 470 cu o varsta de gestatie sub 37 sapatamani) rezultand un indicator de MI specific pentru acestea greutati de 43,7%

-din 3638 copii nascuti cu greutate de si sub 1999 gr. au decedat 364 nn, rezultind un indicator specific al MI de 100%

-din 165.269 nou nascuti cu greutate de 3000 gr. si peste au decedat 209 copii rezultand un indicator de Mi de 1,2%

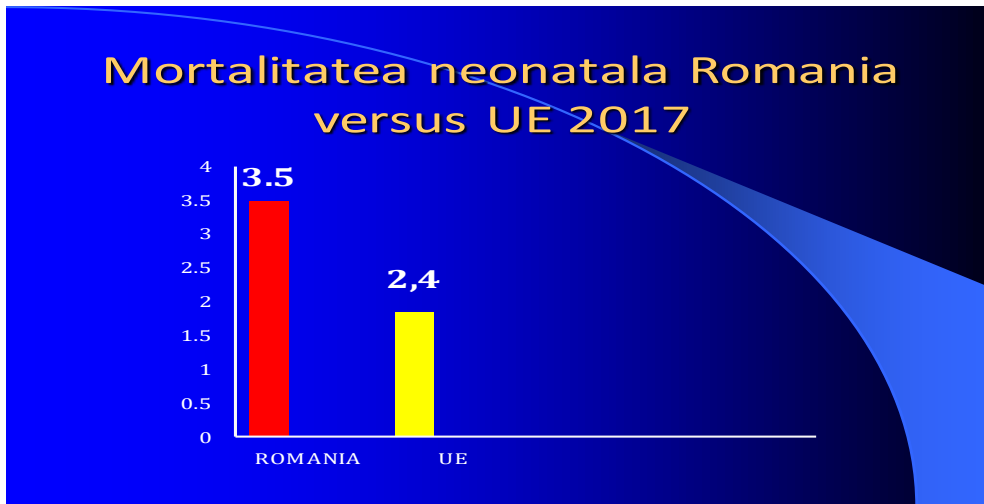


Exista deasemenea diferente semnificative intre mortalitatea neonatala precoce inregistrata in diferite judete;in unele mortalitate precoce nefiresc de mica, (Buzau 0,6, Vrancea 1,1, Dambovita 1,2, Vaslui 1,5 decedati 0-6 zile raportat la 1000 nascuti vii), in altele cu mult peste media tarii(Satu Mare 5,2%, Gorj5%) Aceasta situatie ar trebuii analizata impreuna cu specialisti din centrele regionale pentru a identifica cauzele organizatorice sau de alta natura care determina indicatorii atat de diferiti intre judete, acesta analize fiind unul din rolurile metdologice ale centrelor regionale.

Putem constata ca in perioada 2004 – 2015 s-a inregistrat o scadere importanta a mortalitatii neonatale.Nu putem sa nu facem o corelatie cu programele de restructurare, dotare tehnica si traning intensiv pe care MS a desfasurat- o in sectiile de nou nascuti, si in special

regionalizarea ingrijirilor perinatale pe grade de competenta cu concentrarea patologie grave in centre puternice cu capacitate de a face fata tehnic si cu resursele umane patologiei gava.

Totusi in continuare se mentine o diferenta importanta intre indicatrul mortalitatii neonatale in Romania si cel din UE:



**Sursa: Eurostat**

Trebuie precizat ca la valoarea indicatorului mediu din UE contribuie si Malta cu 4,2, Bulgaria cu 3,8 si Romania cu 3,6 decese in perioada neonatala raportat la 1000 nou nascuti, restul tarilor din UE raportand indicatori sub 2-2,2%.

O reevaluare a situatiei din sectiile de neonatologie si o evaluare a functionarii regionalizari, cu tinta pe capacitatile profesionale ale maternitatilor de nivel II de a ingriji patologie gava si a celor de nivel III de a primii fara conditonalitati transferurile solicitate de catre centrele din regiune este o situatie relativ urgenta. Concluziile ar putea explica de ce mortalitatea neonatala si in special mortalitatea precoce stagneaza in ultimii ani. Pot intra in discutie, functionarea regionalizarii serviciilor de TI pentru nou nascuti, subechiparea maternitatilor regionale, iesirea din uz a echipamentele procurate in programe finantate de catre Banca Mondiala, precum si fluctuatia importanta a personalului de specialitate.

## **Mortalitatea postneonatala,**

Decesele inregistrate dupa 27 zile de viata, sunt acceptate la nivel international ca fiind mai puternic influentate de catre calitatea ingrijirilor in comunitate si familie, de capacitatea sectorului de sanatate primara de a raspunde nevoilor si de accesul populatiei la aceste nevoi inclusiv de supravegherea medicala activa preventiva a starii de sanatate. In acelasi timp mortalitatea postneonatala este puternic influentata de capacitatile parentale ale unor grupuri vulnerabile in a participa la ingrijirea propriei sanatati si a sanatati copiilor.

Media tarii pentru anul 2020 a fost de 2,6 decese la 1000 nascuti vii.

Sunt judete in care media tarii este cu mult depasita, unele avand explicatii de ordin social si de dezvoltarea economica, altele mai putin:

Tulcea 6,3, Mures 6,1, Satu Mare 5,9, Covasna 4,8, Suceva 4 decese la 1000 nascuti vii practic valoarea indicatorului fiind dubla fata de media tarii.

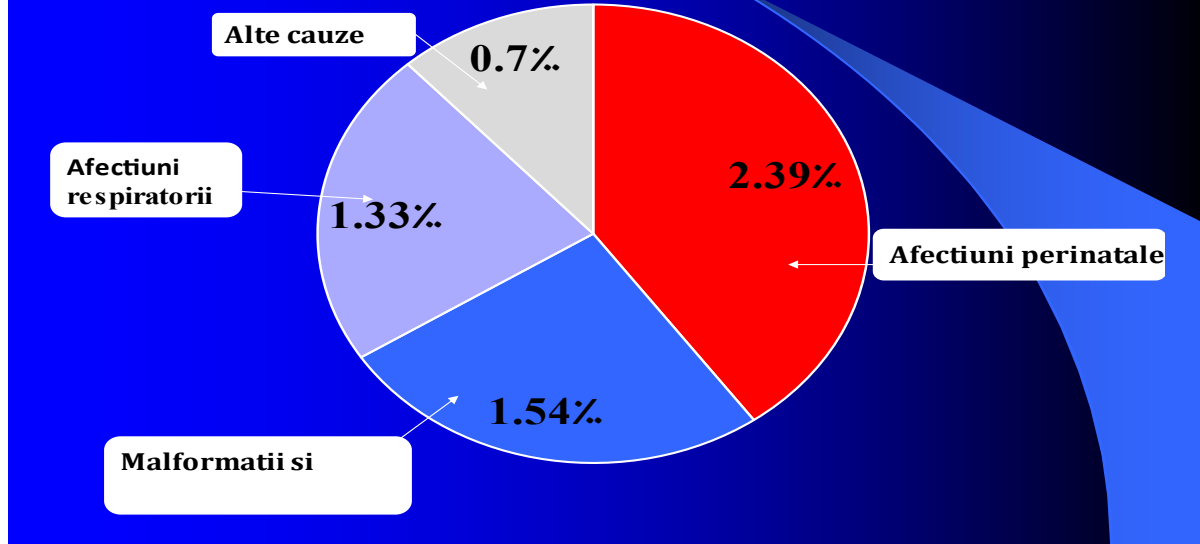
## **Cauzele medicale ale mortalitatii infantile**

În anul 2020 mortalitatea pe clase de boli indică:

- *afecțiunile a căror origine se situează în perioada perinatală* clasa cu cele mai multe decese, respectiv 2,49 ‰ ( 426 decese), urmata de *mortalitatea prin, malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale*, 1,54 ‰ (275 decese) si *decesele prin afecțiuni respiratorii* 1,38 ‰ (247 cazuri).

Este primul an cand malformatiile si aberatiile cromozomiale constituie a doua cauza de deces devansand afecțiunile respiratorii. Nu exista o evidenta din care sa reiasa cate cazuri cu malformatii erau in afara resurselor terapeutice si cate nu au avut acces la aceste resurse. Lipsesc date bazate pe dovezi privind structurile medicale ce pot rezolva aceste malformatii, care este necesarul de paturi la nivel national, cati specialisti avem si de cati am avea nevoie, care este necesarul de resurse materiale pentru a face fata acestei patologii.

## MI pe clase de boli- decese la % nou nascuti -2020



“73% din decesele 0-6 zile în anul 2020 au fost cauzate de afecțiuni din perioada perinatală, 20,6% din decese au avut drept cauză malformații, deformații și anomalii cromosomiale, 2,8% au avut drept cauza boli ale sistemului respirator. 17,5% din decesele neonatale precoce cauzate de afecțiuni din perioada perinatală sunt decese rezultate în urma hemoragiei intracraniene netraumatice a fatului și nou-născutului. La grupa de vârstă 28-365 de zile cele mai multe decese sunt cauzate de boli ale aparatului respirator (42,4%), 28,6% decese au fost cauzate de malformații, 3,7% au suferit de boli infecțioase și parazitare. Pneumoniile cu micro-organisme neprecizate au dominat decesele din clasa 28-365 zile (154 decese). Două cazuri de COVID-19 au avut ca diagnostic asociat boli ale aparatului respirator (*brohopneumonia fără precizare* și *alte pneumonii virale*) iar cel de-al treilea caz o boala din clasa malformații congenitale (*malformația congenitală cardiacă, fără precizare*)<sup>(8)</sup>

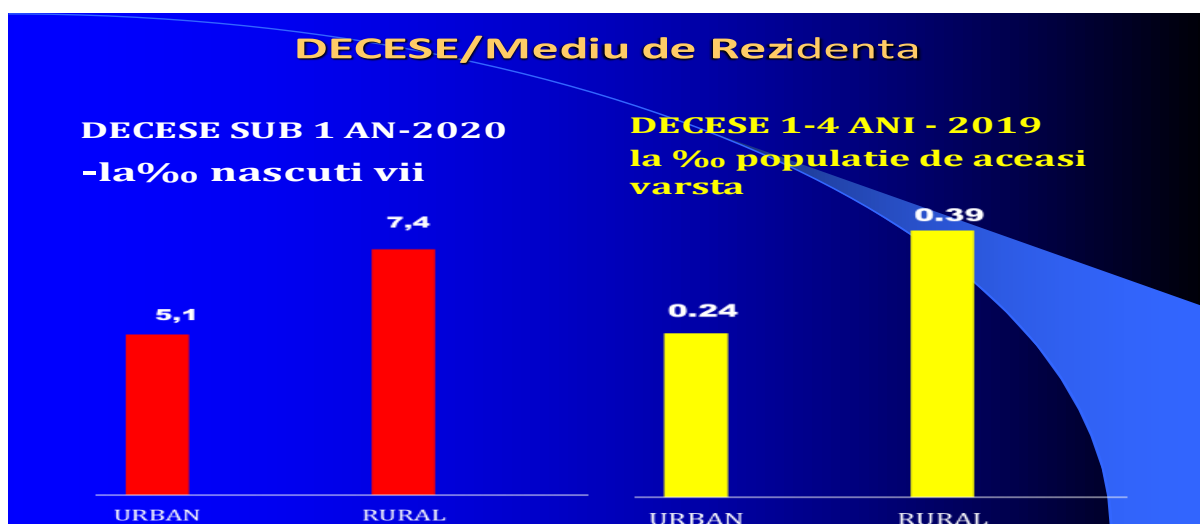
<sup>8</sup> *Mortalitatea infantila 2020 INSP/CNSISP) Cristina Cîrtog, Gabriela Ghenea, Dan Pîrvu*

Data fiind numărul mare de decese sub vârsta de un an, MI constituie o problemă de sănătate publică în România. Pentru acest motiv pentru fiecare deces se întocmește o Fișă a decesului cu scopul de a colecta date care să identifice la nivel individual și colectiv care sunt cauzele determinante și mai ales favorizante. Fișa este completată de către medicul care a îngrijit/constatat decesul și prin intermediul DSP datele sunt centralizate de către Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică unde specialiștii de profil calculează și interpretează indicatorii specifici.

Din păcate aceste Fișe sunt incomplete, multe informații esențiale lipsesc și pentru anumiți itemi nu se pot calcula indicatori statistici fiabili.

Din datele care au putut fi evidențiate cu semnificație, și care indică informații importante în special despre influența factorilor medicosociale în mortalitatea infantilă, cităm următoarele:

-numărul de decese din rural este mai crescut decât cel înregistrat în urban, respectiv 55,8% față de 44,2%, situație ce se întâlnește și la grupa de vârstă 1-4 ani. Aceasta poate presupune atât un acces mai dificil la servicii, dar și o structură a populației care nu înțelege în suficientă măsură și în timp util adresarea la serviciile medicale:



Sursa CNSISP

## **Supravegherea medicala a sarcinii**

33,2% din mamele copiilor decedati sub varsta de 1 an nu au efectuat nicio vizita medicala in timpul graviditatii ,iar18,9% au efectuat numai 1-4 examene medicale.

## **Distribuția după nivelul de instruire al mamei**

Din Fisele in care erau consemnate nivelul studiilor a reiesit ca 16% din mamele copiilor decedati sub varsta de 1 an erau fie analfabete fie frecventasera complet sau incomplet numai scoala primara

Nivelul de instruire al mamei este o variabilă importantă cu influență potențială severă asupra stării de sănătate a copilului și a calității îngrijirii acordat acestuia. Lipsa de educație determină accesul mai dificil la informații generale privind stilul de viață, înțelegerea dificilă a recomandărilor personalului medical cât și înțelegerea dificilă a importanței aplicării în prctică a recomandărilor. O persoană cu lacune a cunoștințelor de bază, multe din acestea fiind transmise prin intermediul scolii, rămâne captivă unor tradiții și modele culturale nefavorabile unei dezvoltări corespunzătoare a copilului. De regulă la o persoană neinstruită se cumulează și alte riscuri ca cel de excluziune socială prin comportament neadecvat și resurse economice insuficiente.

## **Ocupatia mamei:**

48,68% din mame nu erau incadrate intr-un sistem institutional de munca ( erau casnice sau fara ocupatie) ceace ar fi trebuit sa aiba timpul necesar pentru ingrijirea propriei sanatatii si a sanatatii copiilor.Deasemenea acest item ne poata da informatii asupra resurselor financiare ale familiilor in care rata deceselor este mai crescuta.

## **Vaccinarea:**

24,2% din copii decedati sub varsta de 1 an nu au efectuat pana in momentul decesului, imunizarile prevazute in programul national de imunizari.

Intr-un studiu efectuat de catre Institut (<sup>9</sup>),

„Din 33 cazuri copii sub varsta de 1 an decedati la domiciliu la care s-au analizat retrospectiv documentele medicale, niciunul nu a fost complet vaccinat conform schemei MS, până la vârsta decesului.69% din copii au fost vaccinati BCG în maternitate si 54,5% au primit vaccin anti hepatiă B.Pentru restul vaccinurilor acoperirea vaccinală a fost și mai redusă.Chiar la copii care au decedat după vârsta de 6 luni, imuniuzarile programului national de imunizari, nu a cuprins intreg lot de copii.”

Tabel nr.33 Număr copii imunizați si vârsta de deces

Vârsta decesului (Luni)	BCG	HEP_B	HIB	DTP	ROR	Hexacima	AntiPolio	Nr. vaccinuri
0 lună	3	2	0	0	0	0	0	5
2 luni	5	5	0	0	0	0	0	10
3 luni	4	3	0	0	0	0	0	7
4-6 luni	6	4	0	1	0	1	0	12
Peste 6 luni	5	4	2	2	3	1	1	18
	23	18	2	3	3	2	1	

6 copii din lot (18%) nu au primit niciun vaccin.

#### Locul decesului

In anul 2020 ca si in anii anteriori cei mai multi copii sub 1 an au decedat in maternitati respectiv 590 din 1097 (53,8%), 342 in sectii de pediatrie si asimilate (31,2%), 121 la domiciliu ( 11%) restul in alte parti, in orice caz nu in unitati sanitare.

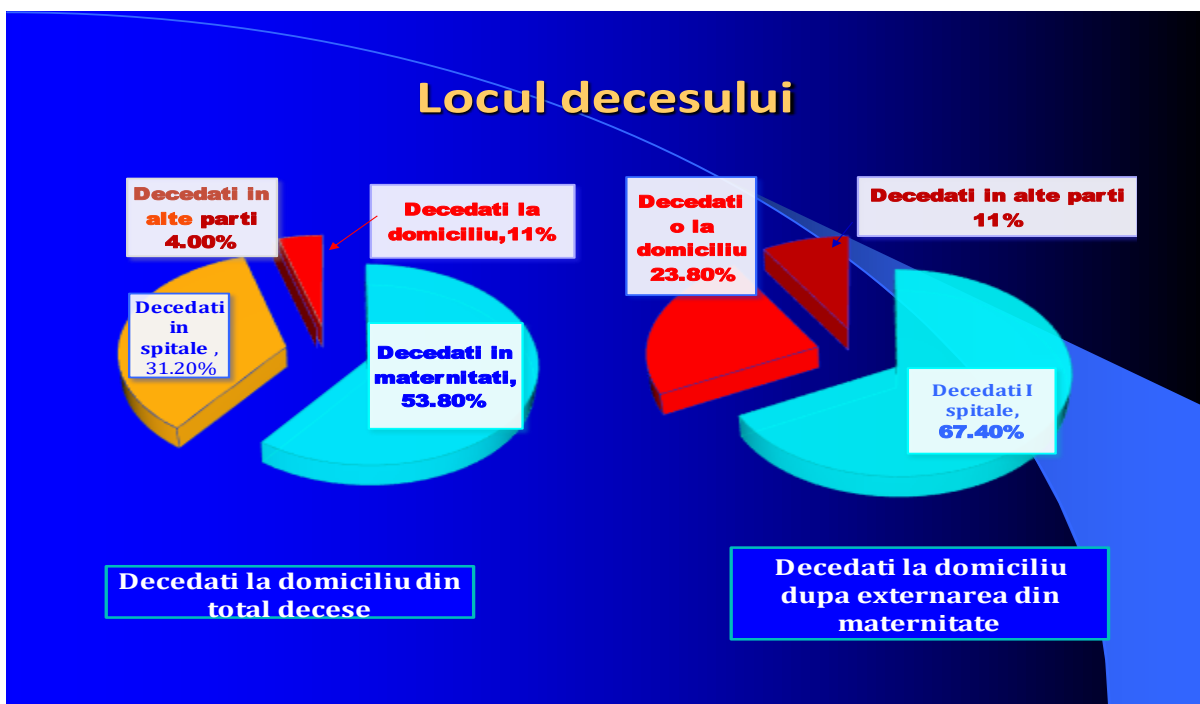
---

<sup>9</sup> *Analiza Mortalitatii materne si infantile 2016*  
E.Stativa,Gh.Mihailescu,A.Stanescu

Daca scadem din cei decedati pe cei decedati in maternitati si care nu au ajuns in familie, comunitate, in grija sistemului de asistenta medicala primara, reiese ca proportia celor decedati la domiciliu dupa externarea din maternitate ajunge la procentul de 23% ceace reprezinta o cu totul alta dimensiune a fenomenului. Majoritatea celor decedati la domiciliu din diverse ratiuni, nu au primit ingrijiri medicale pentru boala care a condus la deces.

Din studiul citat mai sus reiese ca din acelas lot de 33 copii decedati la domiciliu, 5 nu au fost examinati niciodata de catre medicul de familie, restul fiind examinati la intervale variabile din momentul in care au fost externati din maternitate. In 33% din cazuri medicul de familie si in 40% asistenta medicului de familie nu a facut nicio vizita la domiciliul copilului, desi acestea sunt in mod expres prevazute in Contractul de furnizare de servicii medicale.

Decesele la domiciliu constituie unul din indicatorii ce evidentiaza faptul, ca serviciile medicala publice de sanatate primara, trebuiesc reorientate catre comunitate si ca sistemul trebuie adaptat la structura, nivelul educativ si de instructie, comportamentul si traditiile culturale ale populatiei pe care o servesc. (sursa CNSISP)



## **MORTALITATEA PERINATALA**

Sumeaza dupa cum se stie nascutii morti ( decese fetale tardive – cu varsta de gestatie de peste 28 de saptamani) si decese din primele 6 zile de viata raportate la ‰ nascuti vii si nascuti morti.

In anul 2019 indicele de mortalitate perinatala a fost de 5,7‰ nascuti vii si nascuti morti, ( respectiv 1082 cazuri) similar valorilor inregistrate si pentru anii 2016, 2017, 2018.

Componenta de mortalitate timpurie/precoce (0-6zile)din structura indicatorului de mortalitate perinatala a fost amintita in document, motiv pentru care vom insista asupra componentei de mortinatalitate ( nascut mort-deces fetal tardiv).

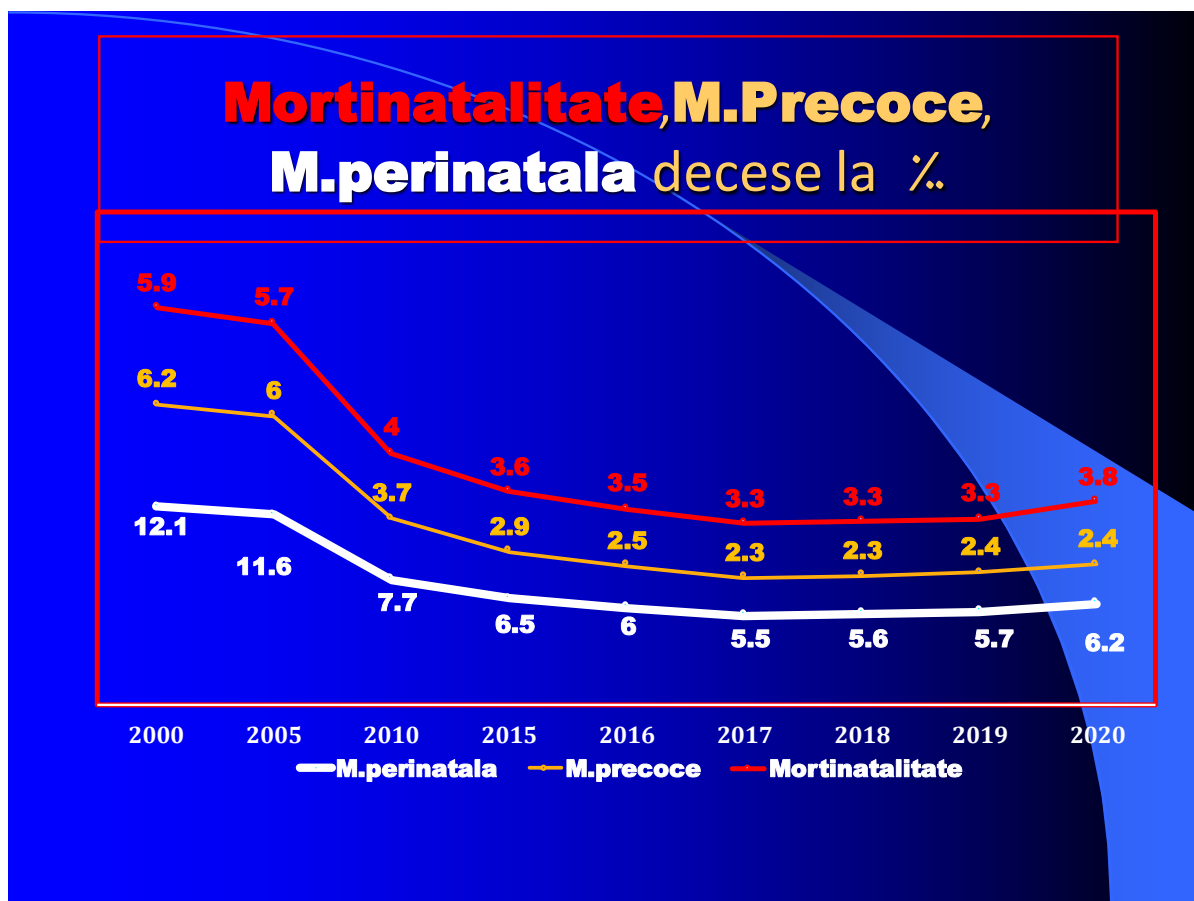
### **Mortinatalitatea (nascutii morti)**

Se iau in considerare nascutii morti cu varsta de gestatie de peste 28 de saptamani ( peste 196 zile varsta de gestatie;daca nu se poate cunoaste varsta de gestatie se poate lua in considerare greutatea fatului de 1000 gr. sau mai mult) raportat la 1000 nascuti vii si nascuti morti.

Indicatorul de mortinatalitate inregistreaza in 2020 valoarea de 3,8‰ nascuti vii si nascuti morti,( respectiv 683 cazuri) fiind similar incepand cu anul 2013.

De reamrnat ca luind in calcul cifrele anului 2020, 23,2% din mamele ale caror copii sau nascut morti sau au decedat in primele 6 zile nu au efectuat nicio consultatie prenatala iar in 18,2% din cazuri au avut numai 1-4 consultatii prenatale.

In 12,3% din cazuri (136 cazuri din totalul de 1100 cazuri decese perinatale) decese incadrate in decese perinatale au avut loc la domiciliu sau in alte parti, deci in afara unei unitati sanitare.



Sursa CNSISP

Principalele clase de boli care au condus la decesului fatului ante si intrapartum au fost:

P20- P29	Tulburari respiratorii si cardio-vasculare specifice perioadei perinatale	38,6% nascuti morti
P00- P04	Fat si nou-nascut afectati de tulb. materne si compl. sarcinii, nasterii si lauziei	33,8% nascuti morti

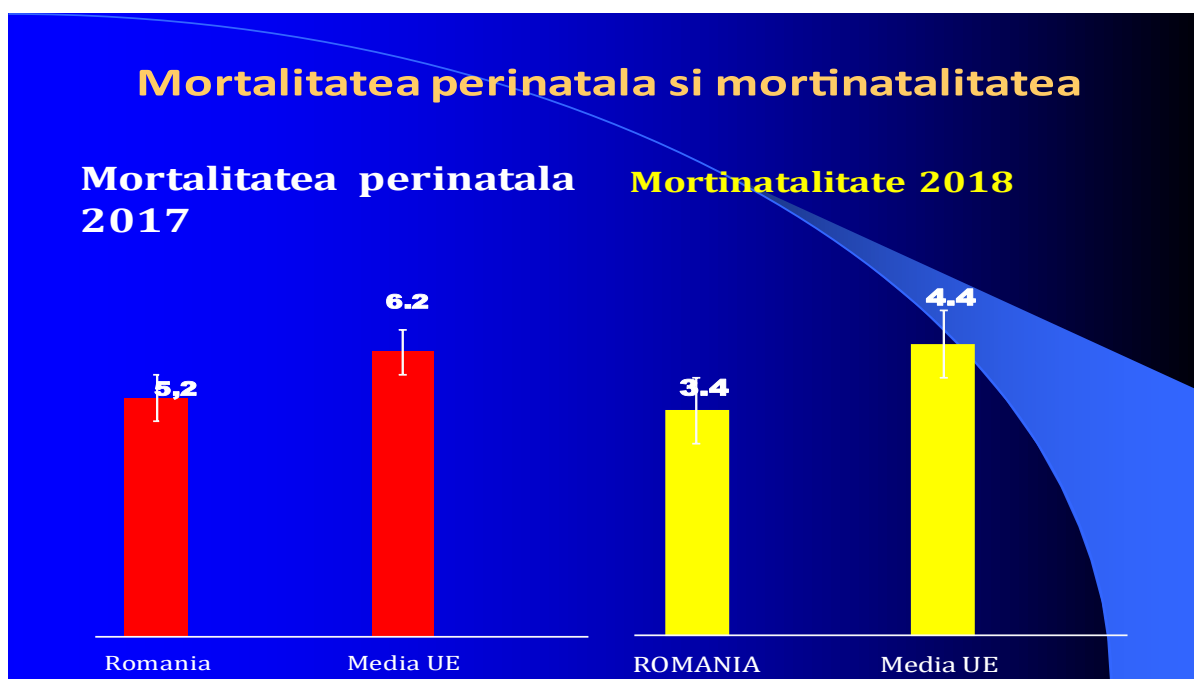
Iar in cadrul acestor clase, principalele cauze au fost

Hipoxie intra – uterine in 37,8% din cazuri

Fat si nou-nascut afectati de compl. privind placenta, cordonul ombilical in 32,5% cazuri.

Important de mentionat este faptul ca indicatorul mortalitatii perinatale, mai ales prin componenta sa de mortinatalitate (nascuti morti) plaseaza Romania in context european intr-o pozitie mai favorabila in comparatie cu alti indicatori ca de ex. mortalitatea infantila, mortalitatea precoce, mortalitatea neonatala, mortalitatea postneonatala.

Ex. media UE la mortalitate perinatale este de 6,2% (2017) media Romaniei este de 5,2%. La mortinatalitate media UE este de 4,4% (in 2018) in Romania a fost de 3,4.



Sursa CNSISP

Aceasta situatie nu are o explicatie logica, obiectiva.

Indicatorul mortalitatii perinatale este calculat conform practicii internationale, luind in calcul decesele fetale tardive, deci cei nascuti morti cu varsta de gestatie de peste 28 saptamani sau 1000gr. greutate. In Romania nu se colecteaza in prezent date despre decesul fetal intrmediar, respectiv cel sub 28 de saptamani de gestatie sau 1000 gr. greutate, acestea decese, fiind incluse la categoria avorturi. O apreciere insuficient de riguroasa a varstei de gestatie sau a greutatii

de la nastere ar putea influenta calcularea corecta a indicatorului de mortinatalitate, el putind fii in realitate mai mare..

O cercetare riguroasa cu monitorizarea in maternitati a diagnosticului deceselor fetale tardive, dar si a celor intermediare ar putea confirma sau infirma valoarea corecta a acestui indicator.

La nivel national se inregistreaza diferente semnificative intre numarul de nascuti morti raportati si inregistrati in diverse judete.

Citam judetele cu mortinalalitate foarte scazuta, media judetului aproape la jumatatea valorii mediei tarii : Dolj 0,4%, Iasi 2,5 %, Cluj 1,5 %, M.Bucuresti 2,3% si Sibiu 1,8%.

Astfel judetul Dolj raporteaza anual in perioada 2013-2020 un numar intre 2 si 4 nascuti morti ( 2020- 4 nascuti morti), Braila 3 nascuti morti.

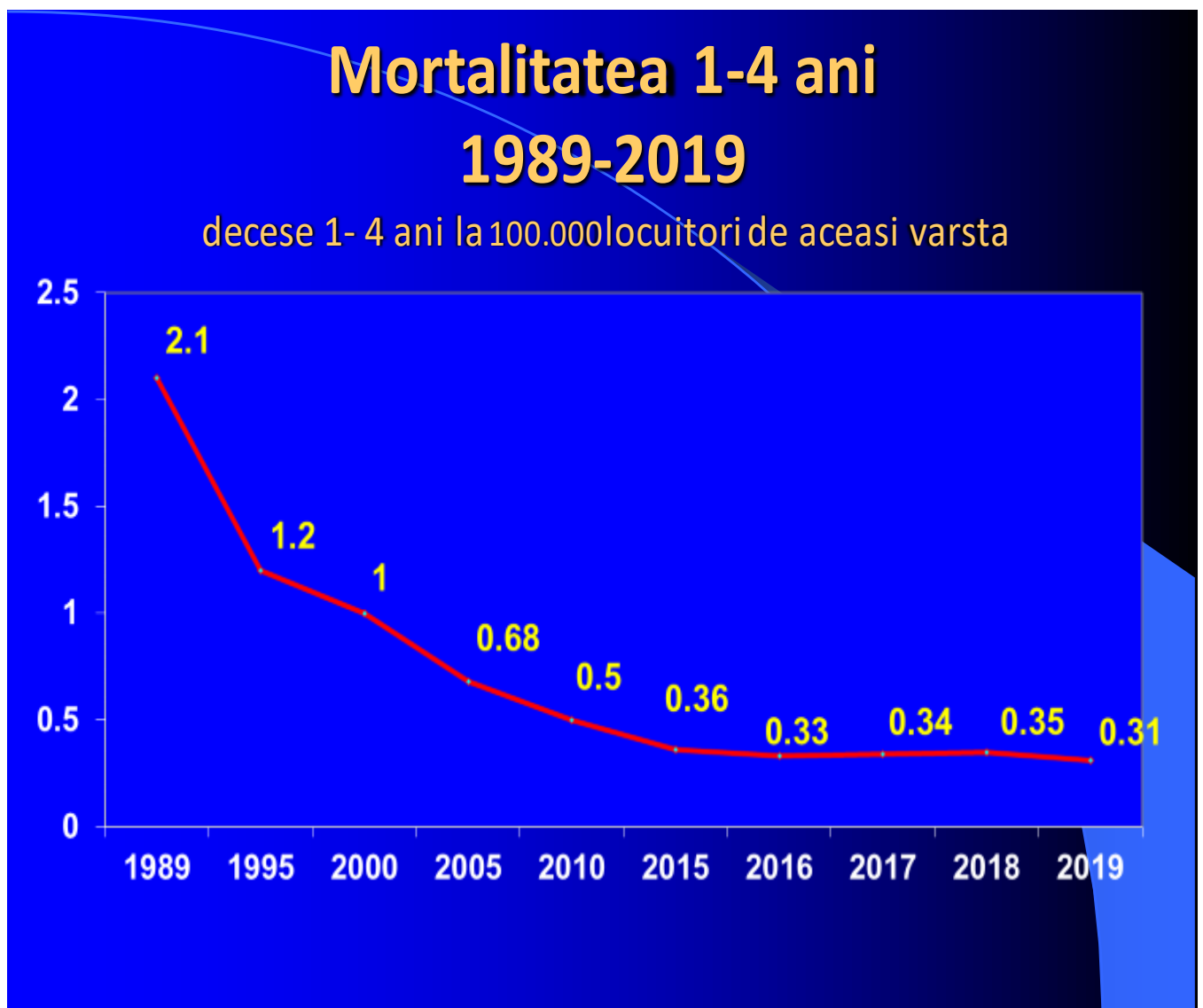
Alte judete, chiar daca luam in considerare numarul diferit de nasteri, raporteaza proportional un numar mai mare de nascuti morti: Bihor 39(7,1%), Suceava 47(6,2%), Salaj 19 (7,8), Tulcea 10 (6,3 %), Teleorman 14 (6,0 %)

### **MORTALITATEA 1- 4 ANI ( mortalitatea primei copilarii)**

Denumita si mortalitatea primei copilarii, reprezinta decesele in intervalul 1-4 ani raportat la 100.000 locuitori de aceasi varsta.

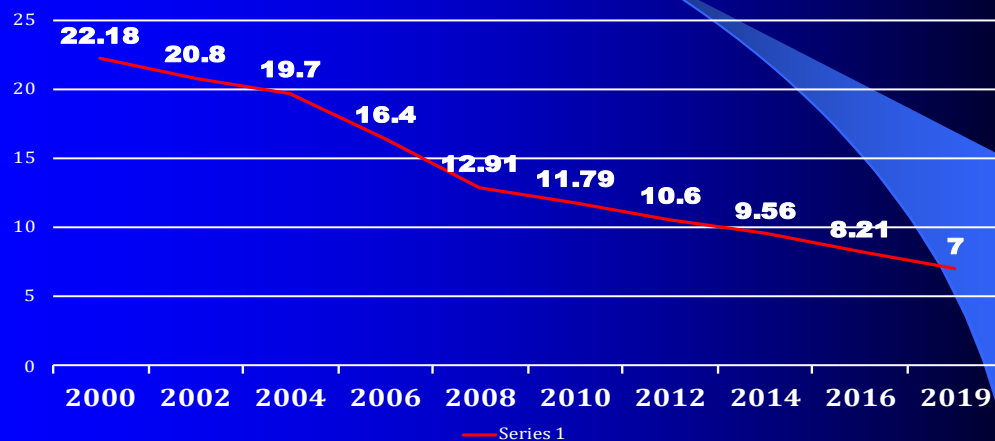
Un alt indicator care se utilizeaza din ce in ce mai mult pe plan international este mortalitatea sub 5 ani care cumuleaza mortalitatea infantila si mortalitatea primei copilarii respectiv numarul de decese sub varsta de 5 ani raportat la 1000 nascuti. Mortalitatea primei copilarii ca si mortalitatea infantila si pe cale de consecinta si mortalitatea sub 5 ani a scazut semnificativ in ultimii ani, dar ca si la MI se observa o tendinta de incetinire a scaderii numarului de decese la aceasta varsta.

Colectarea si analiza separata a deceselor din grupa de varsta 1-4 ani este importanta deoarece cauzele de deces si mai ales proportia in care intervin aceste cauze este specifica acestei perioade si poate furniza, factorilor de decizie informatiile necesare pentru elaborarea si implementarea de programe si interventii specifice.



Sursa CNSISP

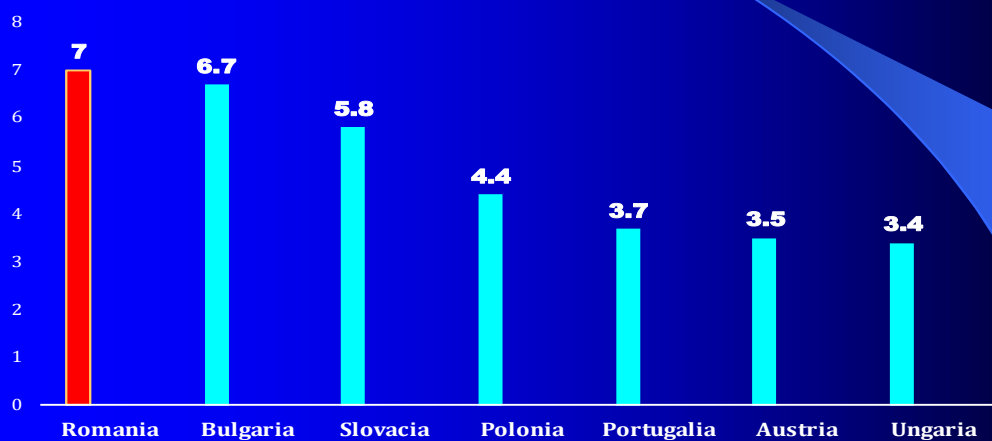
## Mortalitatea sub 5 ani nr.decese /1000 nascuti vii



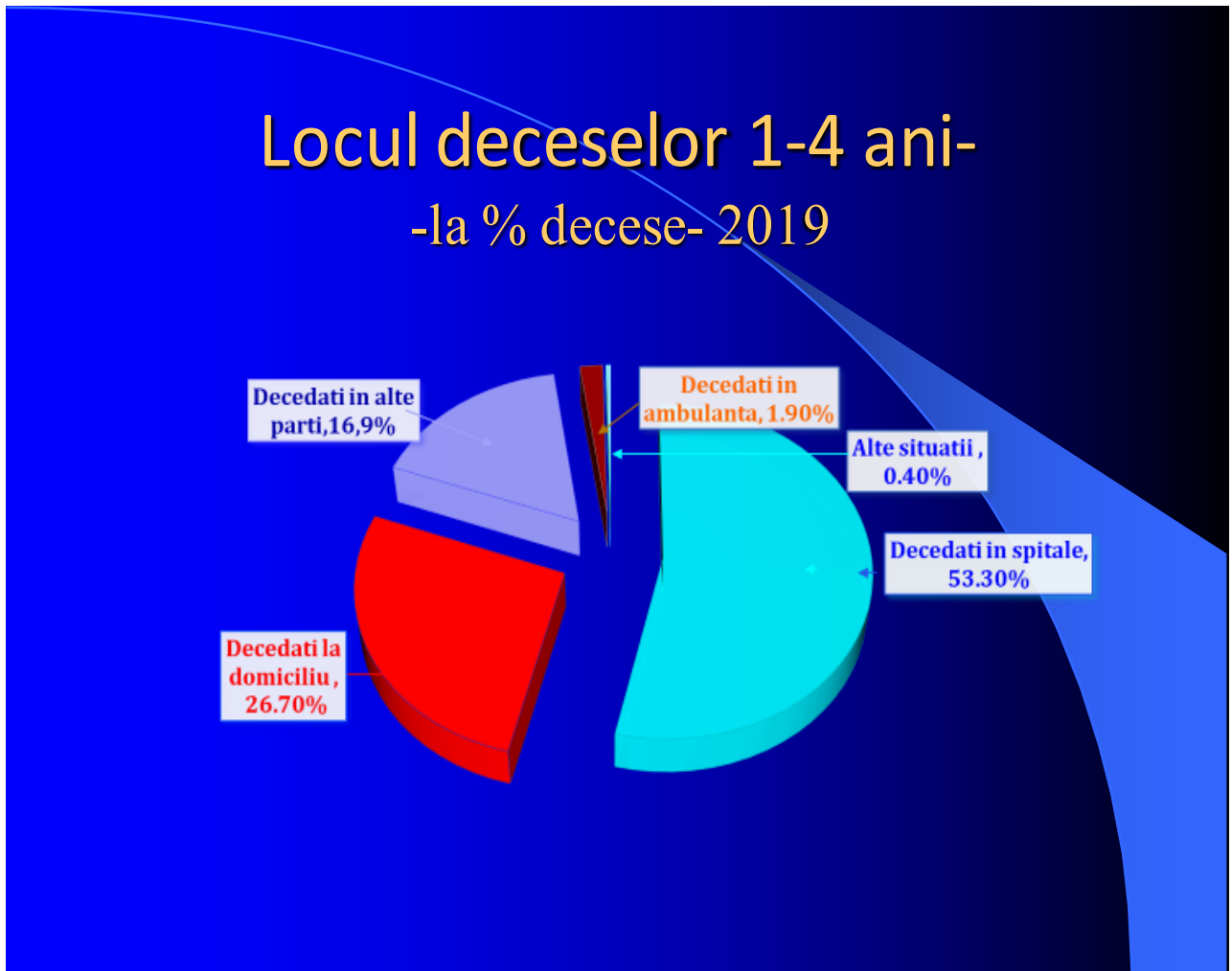
Sursa CNSISP

Cu toata scaderea mortalitatii copiilor sub 5 ani,indicatorul plaseaza Romania pe ultimul loc in UE ( Eurostat):

## Mortalitatea sub 5 ani decese la %nou nascuti



Si la grupa 1- 4 an, aproape 50% din decese se petrec in afara unitatilor sanitare, la domiciliu sau „in alte parti”.



Sursa CNSISP

In 2019 s-au inregistrat 255 decese 1- 4 ani repartizate, inegal intre cei 4 ani ai intervalului, cele mai multe decese inregistrandu-se la varsta de 1 an respectiv 101 si cele mai putine la varsta de 4 ani respectiv 34 .

Pentru intreaga grupa 1-4 ani primele 4 cauze de deces sunt:

-leziunile traumatice 71 cazuri din totalul de 255 cazuri inregistrate respectiv 8,7 la 100.000 locuitori de aceasta varsta

-afectiuni aparatului respirator 60 cazuri din totalul de 255 respectiv 7,3 la 100.000 locuitori de aceasta varsta

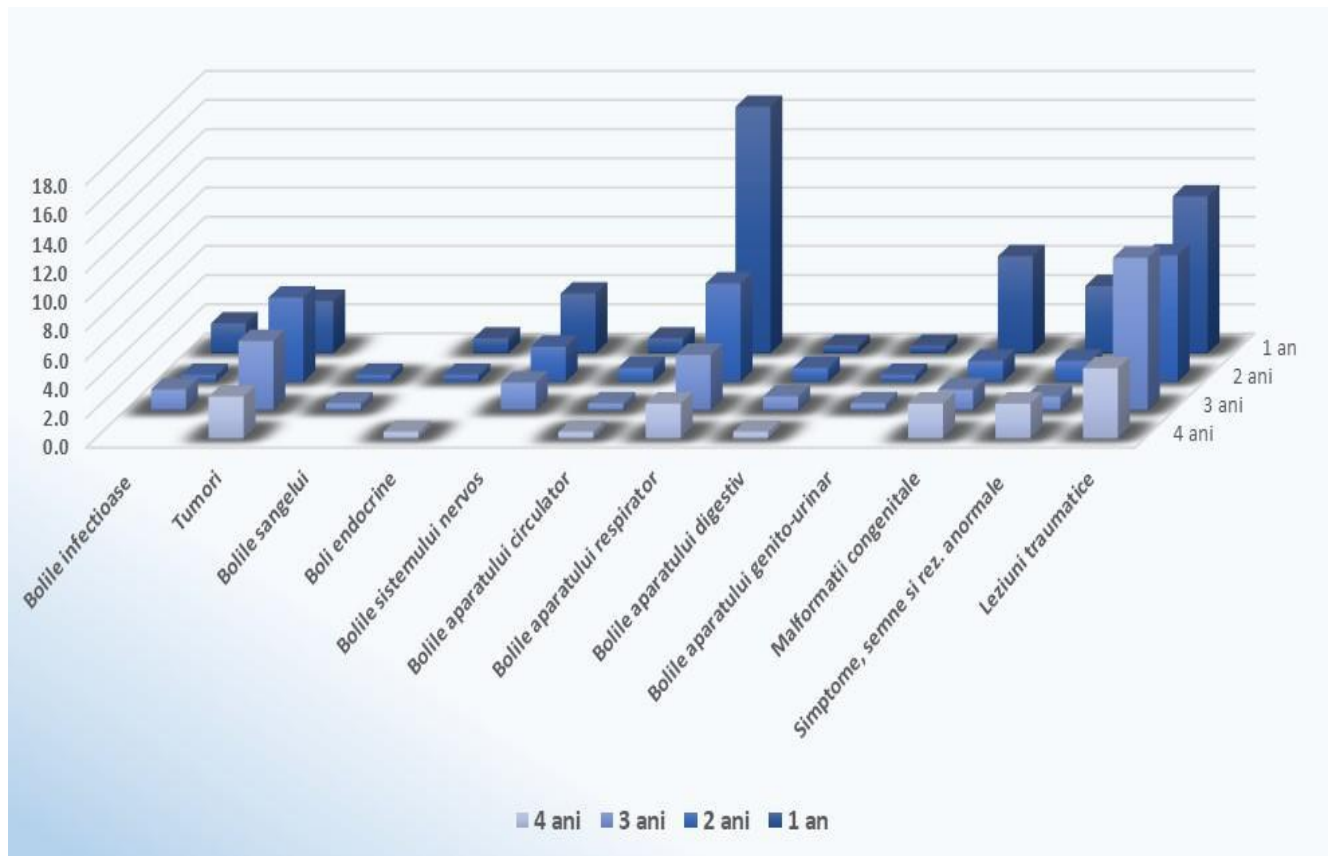
-tumori 35 de cazuri din 255 cazuri

-malformatii congenitale 24 de cazuri

Analiza pe varsta la care s-a petrecut evenimentul indica, ca in toti anii componentii ai intervalului 1-4 ani, se regasesc pe primele locuri cele 4 clase de boli listate mai sus, dar frecventa lor difera in raport cu varsta copiilor.

In graficul de mai jos se poate vedea diferenta:

Decese 1-4 ani pe clase de boli si anii ai intervalului (la % decese 1-4 ani)



Sursa CNSISP

Subliniem numarul important de decese prin leziuni traumatice, care afecteaza de regula copii sanatosi, anterior evenimentului. Sistemul de

sanatate in cooperare cu serviciile sociale, cu scoala, cu comunitatea poate contribui la informarea/educarea familiilor prin campanii pentru prevenirea accidentelor casnice si rutiere cele mai frecvente cauze implicate in aceasta categorie de decese.

Afectiunile respiratorii, a doua cauza de deces, sunt afectiuni ce pot fi controlate prin supravaghere medicala adecvata a copilului mai ales a celui cu eventuale comorbiditati, printr-un diagnostic precoce si tratament adecvat.

Decesele prin malformatii congenitale necesita o cercetare pentru identificarea tipului de malformatii, precum si necesarul de servicii specializate, infrastructura si personal, pentru rezolvarea acestor afectiuni. Incidenta malformatiilor si viciilor congenitale nu va scadea natural, precum incidenta afectiunile respiratorii si de aceea investitia in servicii specifice pentru prevenirea si cura lor este rentabila.

Decesele copiilor sub 5 ani si in special sub 1 an sunt puternic corelate cu statusul social al parintilor.

Peste jumatate din mamele copiilor decedati sunt fara ocupatie sau casnice, circa 40% au studii numai gimnaziu (aproape 20% sunt analfabete sau cu scoala primara neterminata) 20% nu au fost luate in evidenta serviciilor medicale si nu si-au supravgheat medical sarcina.

Numai 42 cazuri (16.5%) au fost asistate de medicul de familie pentru afectiunea care a dus la deces, din care 11 (4.3%) chiar din prima zi și 5.9% (15 cazuri) au fost asistați în primele 2-7 zile. 134 cazuri (52.6%) nu au fost examinați iar pentru 95 de cazuri (37.3%) informația nu a fost specificată.

Situatia ar putea fi explicata partial prin cazua deceselor- leziuni traumatice- care pot conduce rapid la deces.

Aceste proportii ar putea fi in realitate mai mari deoarece mult date esentiale pentru analiza deceselor copiilor sub 5 ani lipsesc din fisele de deces care colecteaza datele necesare pentru ratiuni de sanatate publica.

In multe cazuri, DSP nu fac decat sa transmita aceste documente catre Centrul National de Statistica in Sanatate, fara a face o analiza si o completare/rectificare a datelor.

Avand in vedere cele de mai sus, poate ar trebuii evaluat in ce masura, modelul organizarii serviciilor de asistenta primara, inspirat in mare parte, din formulele unor tari din UE, cu alt nivel de dezvoltare sociala si economica, corespunde structurii si necesitatilor populatiei din Romania, din acest moment, mai ales pentru aceea din mediul rural.

Totodata, dat fiind ponderea semnificativa a componentei sociale in structura mortalitatii sub 5 ani, serviciile sociale ar trebuii sa lucreze in mai mare masura in mod integrat, cu serviciile de sanatate, in special de sanatate primara. Dreptul la sanatate prevazut in Conventia privind drepturile copilului, nu poate fi asigurat decat printr-o colaborare intersectoriala intre sctorul sanitar, social, invatamant, autoritati locale, colaborare ce trebuie statutata prin acte normativ cu atributii clare.

## **CONCLUZII**

-Natalitatea inregistreaza una din cele mai scazute valori din Europa si corelata cu valoare crescuta a Mortalitatii Generale ,contribue esential la sporul negativ;

-trendul descrescator al mortalitatii copiilor sub 5 ani, mortalitatii perinatale si mortalitatii materne, inregistrat in ultimii 20 de ani, a diminuat sau este stationar de circa 3 ani si situeaza in continuare Romania in coada clasamentului in UE si chiar in intrega Europa;

-mortalitatea copiilor sub 5 ani in toate componentele ei este puternic influentata de factori economici, sociali si cu un suport comunitar limitat pentru familiile cu abilitati parentale reduse.

-se evidentiaza deasemenea insuficienta unor servicii regionale de excelenta care sa poata rezolva morbiditatea grava la copil (ex.malformatii congenitale etc.);

-numarul furnizorilor de servicii de planificare familiala cat si distributia gratuita de contraceptive a diminuat drastic atat numarul de avorturi cat si decesele materne prin avort provocat. In ultimii 5 ani numarul furnizorilor pentru servicii de PF cat si cantitatea de contraceptive distribuite, precum si unele disfunctionalitati in distribuirea acestora explica partial numarul inca mare de avorturi si decesele materne prin avort;

-datele statistice colectate in mod curent din sistemul de sanatate, nu furnizeaza intotdeauna suficiente explicatii, pentru o analiza coerenta si profesionala a starii de sanatate a mamei si copilului, si a necesarului si structurii serviciilor de sanatate. Pentru acest motiv sunt necesare cercetari epidemiologice calitative si cantitative pentru a putea evalua cauzele ce determina stagnarea indicatorilor de sanatate si a putea identifica interventiile necesare;

-calitatea supravegherii starii de sanatate a mamei si copilului prin intermediul DSP a scazut, aceasta fiind evidentiata si de raportarile statistice, discordante, cu diferente mari si inexplicabile intre judete

-la nivelul judetelor nu mai functioneaza Comisiile profesionale interdisciplinare pentru sanatatea mamei si copilului care ar putea evalua starea de sanatate in profil teritorial si ar putea orienta dezvoltarea unor servicii necesare pe plan local.

## **Bibliografie**

Eurostat si World Bank- data base - natalitate.mortalitate generala,mortalitate infantila,mortalitate materna,mortalitate perinataala,mortalitate sub 5 ani -2017/2018/2019

Fisier Natalitate 2019 INS

HFA -data base

INSP/CNSISP Mortalitatea infantila 2020 *Cristina Cîrtog, Gabriela Ghenea, Dan Pîrvu*

INSP/CNSISP Mortalitate materna 2019- *Cristina Cîrtog, Gabriela Ghenea, Dan Pîrvu*

INSP/CNSISP Mortalitate perinataala 2019 *Cristina Cîrtog, Gabriela Ghenea, Dan Pîrvu*

INSP/CNSISP Mortalitatea primei copilarii 1-4 ani- *Cristina Cîrtog, Gabriela Ghenea, Dan Pîrvu*

Analiza mortalitatii materne si infantile 2016 – INSMC- *Stativa,Mihailescu, Stanescu*

Studiul Sanatatii Reproducerii Romania 2016 – INSMC- *Suciu si colab.*

Acompanierea nasterii -FONPC 2013 – D. Gheorghe si colab.

Anul demografic 2020 în UE – 27. Declin natural al populației în 19 țări -*Vasile Ghetau-www/contributor*

Analiza mortalitatii materne in Romania comunicare sesiunea IOMC *E.Stativa,A.Stefanescu,C.Popovici,A. Stanescu*

Evolutia intreuperilor de sarcina 1992-2019 – CNSISP/INSP

**Red. Dr. AS/ sept.2021**