

RAPORT,
Privind sănătatea
copilului mic și
sănătatea
reproductivă prin
prisma indicatorilor
demografici

EDITIA a II-a

(date din anul 2021)

Redactat:

Dr. Alin Stănescu

Dr. Călin Popovici

- **Natalitate**
- **Fertilitate**
- **Spor Natural**
- **Sarcini la**
adolescente
- **Greutatea**
mică la
naștere
- **Mortalitatea**
infantilă
- **Mortalitatea**
1-4 ani si sub
5 ani
- **Mortalitatea**
perinatală
- **Intreruperi de**
sarcina
- **Consultația**
prenatală
- **Mortalitatea**
maternă

RAPORT,

Privind sănătatea copilului mic și sănătatea reproductivă prin prisma indicatorilor demografici:

- **Natalitate**
- **Fertilitate**
- **Spor Natural**
- **Sarcini la adolescente**
- **Greutatea mică la naștere**
- **Mortalitatea infantilă**
- **Mortalitatea 1-4 ani și sub 5 ani**
- **Mortalitatea perinatală**
- **Înteruperi de sarcină**
- **Mortalitatea maternă**
- **Consultația prenatală**

Editia II 2022 (date din 2021)

**Redactat: Dr. Alin Stănescu
Dr.Călin Popovici**

MULTUMIRI: Colegilor de la Centrul National de Statistică în Sănătate Publică care au colectat datele au calculat și evaluat indicatorii utilizați în acest document.

CUPRINS

• Natalitate.....	4
• Fertilitate.....	7
• Spor Natural.....	9
• Sarcini la adolescente.....	11
• Greutatea mică la naștere.....	14
• Mortalitatea infantilă	17
• Mortalitatea 1-4 ani și sub 5 ani.....	36
• Mortalitatea perinatală.....	43
• Întreruperi de sarcină.....	46
• Mortalitatea maternă.....	51
• Consultația prenatală.....	60
• Concluzii.....	64
• Bibliografie.....	66

Introducere:

ROMÂNIA, membra a Națiunilor Unite și membră a UE a adoptat în 2015 propunerea ONU -**Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă (SDG)**- program de acțiune globală în domeniul dezvoltării cu un caracter universal și care promovează echilibrul între cele trei dimensiuni ale dezvoltării durabile – economic, social și de mediu.

Consiliul Europei a aprobat **Agenda 2030 elaborată de către ONU** și a inclus-o în documentul **Viitor sustenabil pentru Europa**

Agenda conține **17 obiective de dezvoltare durabilă**, obiectivul nr. 3 referindu-se la **Sănătate și bunăstare** – Asigurarea unei vieți sănatoase și promovarea bunăstării tuturor la orice vârstă.

Obiectivul țintă al României la acest capitol îl reprezintă:

Reducerea prevalenței mortalității materne și infantile și a incidenței cancerului de col și mamar, reducerea sarcinilor la adolescente cu focalizare pe grupurile dejavantajate și vulnerabile.

Ca indicatori sunt stabiliți -**Reducerea mortalității materne și mortalității neonatale sub media UE.** (*Departamentul dezvoltare durabilă-Guvernul României*)

În 2023 Națiunile Unite organizează un summit la nivel înalt, pentru evaluarea realizărilor la nivel global a obiectivelor de dezvoltare durabilă stabilite în Agenda 2030.

În Proiectul Strategiei pentru Sănătate elaborat de către MS pentru perioada 2022-2030 sunt prevăzute direcții strategice de dezvoltare a serviciilor medicale pentru mamă și copil care pot contribui la ameliorarea indicatorilor demografici: Asigurarea accesului persoanelor eligibile la produse contraceptive distribuite gratuit; Asigurarea echitabilă a îngrijirilor de specialitate și suport pentru nou-născutul la risc și a nou-născutului critic.

Prezentul document constituie Editia II a unui document similar redactat în anul 2020 și conține ultimile date disponibile privind indicatorii demografici ce evidențiază starea de sănătate a gravidei și a copilului de vârstă mică.

Indicatorii prezentați și comentați se bazează pe datele statistice publicate de către Institutul Național de Statistică, Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică, din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică, pe datele Eurostat World Bank și WHO precum și pe datele și analizele reieșite din alte lucrări de

specialitate ce vor fi citate în text. Au fost folosiți indicatori ce pot identifica cauzele medico-sociale ce pot influența starea de sănătate, stilul de viață, adresabilitatea și accesul uneori inechitabil la servicii medicale în special preventive.

Scopul documentului este de a pune la dispoziția celor interesați ,o sinteză a datelor valide ce pot fi utilizate în analize și evaluări efectuate la nivel local și regional. Sugerăm Direcțiilor de Sănătate Publică ca împreună cu specialiștii de profil din aria de competență, inclusiv cu structurile serviciilor sociale și ale administrației locale să întocmească analize similare cu datele locale, pentru a identifica intervențiile ce pot fi implementate pentru creșterea accesului și adresabilității la servicii medicale și sociale, creșterea nivelului de cunoștințe și practici sanogene, în special a populației vulnerabile.

Natalitate

Natalitatea a înregistrat în anul 2021 indicatorul de 8,1 născuți la 1000 locuitori, adică 180.735 nou născuți, iar în semestrul I 2022 valoarea de 7,2 ‰.

Acestea sunt date provizorii reprezentând numai născuții pe teritoriul României și cei născuți în străinătate și înregistrați deja în evidența populației din țară. Înregistrarea copiilor, cetățeni români născuți în afara României va continua și în cursul anului 2022 și eventual 2023 obținându-se în final datele definitive cu un indicator și număr de nou născuți mai mare cu o diferență semnificativă față de valorile provizorii. Astfel în anul 2020 datele provizorii indicau o natalitate de 8,1 ‰, cu un număr de nou născuți de 178.609, ulterior aceste date fiind rectificate ajungându-se la o natalitate de 9,1 ‰ cu un număr de nou născuți de 201.849, deci o diferență semnificativă de 23.240 nou născuți.

În profil teritorial, pe regiuni de dezvoltare, cea mai crescută natalitate se înregistrează în regiunile București – Ilfov (9,1 ‰), Nord Vest (8,8 ‰), Nord Est (8,7 ‰) și Centru (8,6 ‰), iar cele mai scăzute rate ale natalității în regiunile Sud Vest-Oltenia (7,0 ‰) și Sud Est (7,4 ‰) (*ÎNS – fișier demografie 2021*)

La nivel județean ratele mai crescute de natalitate sunt raportate în județele Suceava, Sălaj, Ilfov și în Municipiul București (rate de 8,9-10) și cele mai scăzute rate sunt înregistrate în județele Căras-Severin, Braila, Teleorman și Valcea (rate de 6,1- 6,4).

Indicatorii de natalitate pe provincii istorice, indică o natalitate mai mare în Transilvania și natalitatea cea mai scăzută în Muntenia și Oltenia. Tendința de

schimbare a modelului cunoscut de natalitate mai crescută în Moldova, schimbări determinate probabil în mare măsură de structura pe vârste a populației în profil teritorial, cu rate crescute ale emigrării populației tinere din unele regiuni ale țării.

Înainte de al doilea război mondial România, urma un model tradițional al fertilității înregistrând valori crescute 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, permițându-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.

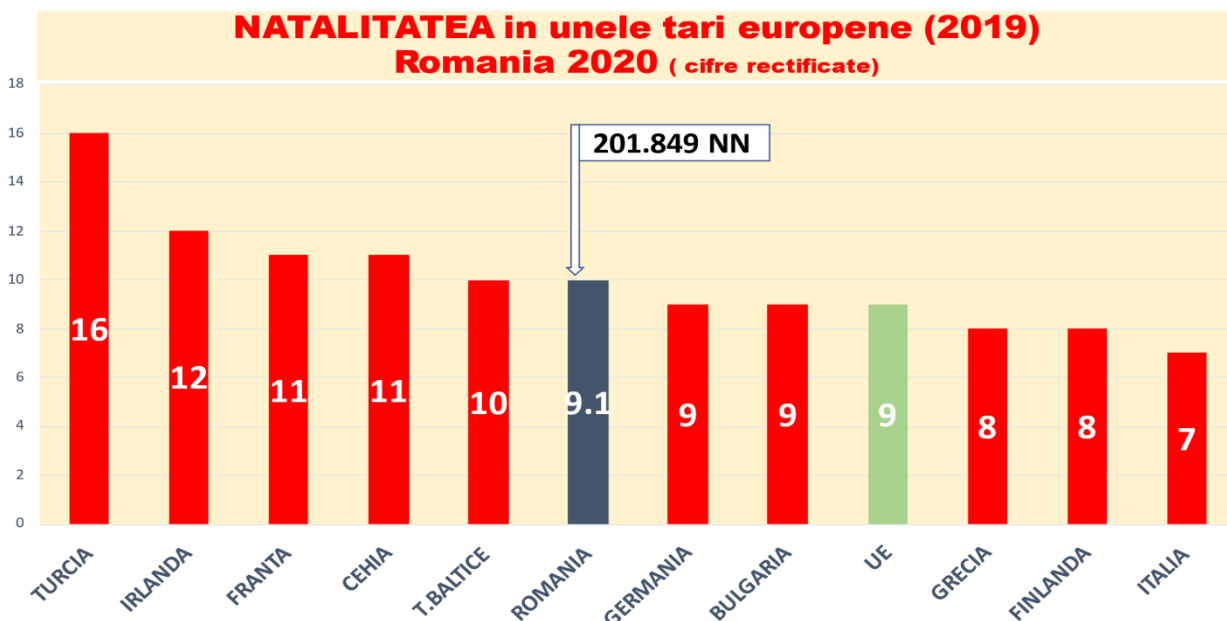
În lipsa unor cunoștințe și a disponibilității metodelor contraceptive moderne, natalitatea crește brusc, aproape dublându-se în timp de 1 an. Ulterior, populația își adaptează comportamentul reproductiv și în aceleași condiții legislative extrem de restrictive, privind avortul la cerere, natalitatea 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 ani și ai numărului de născuți vii de la 4 la 5 născuți vii.

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

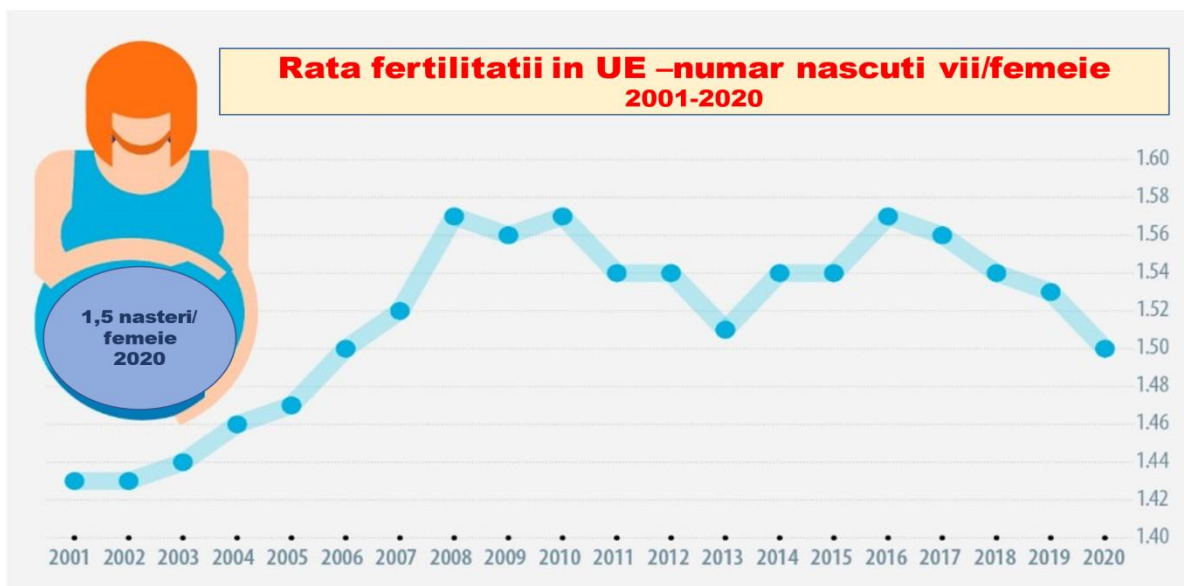
În anul 1990 una din primele măsuri legislative luate a fost liberalizarea avortului la cerere. Concomitent MS a început să dezvolte în unități publice, servicii de planificare familială, pentru a permite populației să înlocuiască întreruperea cursului sarcinii, ca metoda de a planifica mărimea familiei,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

După anul 1989 odată cu libera circulație și noile realități politice, economice și sociale, în România, au pătruns rapid modelele ale stilului de viață din restul Europei printre care și modificarea comportamentului reproductiv, în principal



Sursă datelor: Eurostat

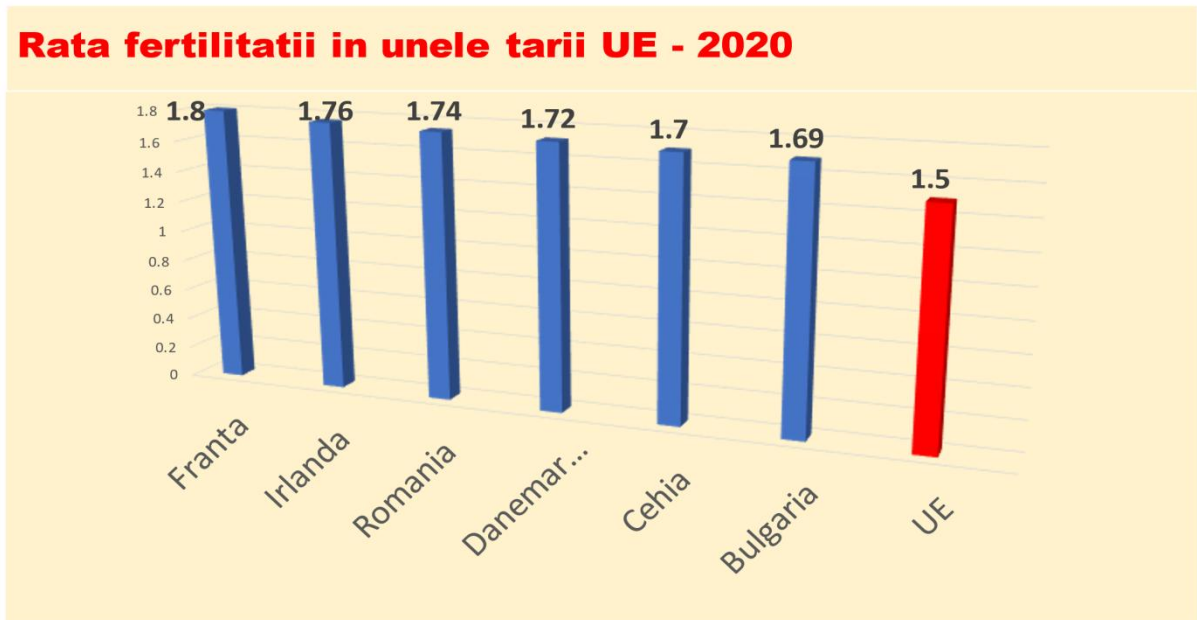
Indicele de fertilitate, respectiv numărul mediu de copii născuți de către o femeie dealungul vieții, este în toate țările din UE sub 2, ceea ce îndică faptul că genitorii nu sunt înlocuiți, cu efecte asupra structurii pe vârste a populației și pe cale de consecință nu ne putem aștepta pe termen mediu la o creștere a natalității.



Break in time series in 2010–2012, 2014, 2015, 2017 and 2019

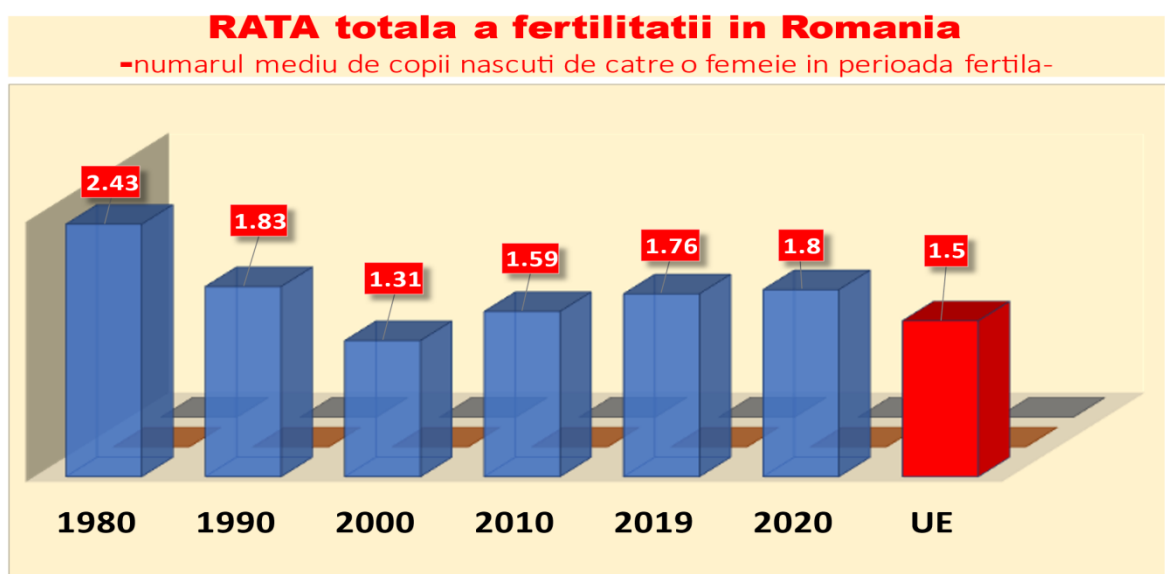
ec.europa.eu/eurostat

Cei mai scăzuți îndicii de fertilitate în anul 2020 au fost raportați în Italia(1,3), Finlanda, Grecia, Polonia și Portugalia (1,4), iar indicatori mai crescuți s-au înregistrat în Franța (1,8), Cehia, Danemarca, Estonia cu 1,7 și România 1,8.



În România cea mai scăzută rata a fertilității din înaintea anului 1990 s-a înregistrat în anul 1965- 1,9,crescând brusc, ca urmare a interzicerii întreruperilor de sarcină la 3,66 în anul 1997 și scăzând ulterior treptat cu toată politica pronatalistă impusă populației la 2,22 în anul 1989.

După anul 1990, indicele de fertilitate scade mai rapid până în anul 2013 (1,46) ulterior înregistrându-se o creștere până la 1,8 în anul 2020.-



Comportamentul reproductiv al populației relevat de indicele de fertilitate care chiar dacă a crescut în ultimii ani se situează sub valoarea de 2, precum și scăderea contingentului fertil prin îmbatrânirea populației și prin emigrația externă a populației tinere, conduc la concluzia că numărul de născuți vii nu va crește semnificativ în următorii ani. Indicele de fertilitate pentru România, unul din cele mai crescute din UE, ar sugera că natalitate să fie ceva mai crescută decât este în realitate.

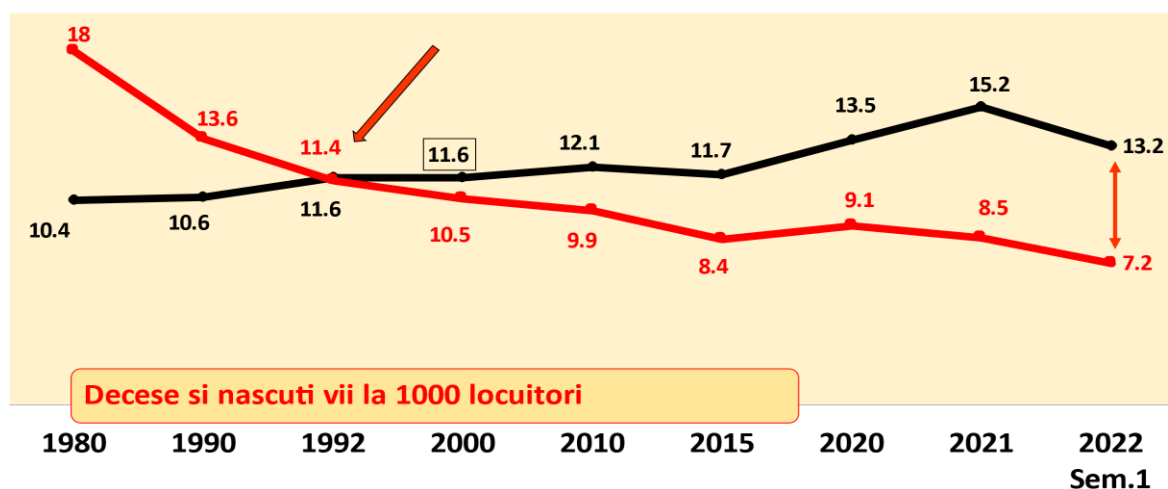
Indicele de fertilitate nu este întrutotul un indicator fiabil, predictiv, pentru evoluția natalității deoarece în calculul indicelui de fertilitate intervine atât populația rezidentă cât și populația cu domiciliul în România. Diferența dintre cele două categorii de populație devine importantă atunci când țara este afectată de migrație, cum este cazul României, unde populația cu reședința obișnuită este mai mică decât cea cu domiciliul legal în țara. Din anul 2013, Eurostat solicită să fie raportați toți indicatorii demografici calculați pentru populația cu reședința obișnuită în țara. Adică, în cazul României, fără să cuprindă persoanele care sunt emigrate temporar în străinătate cu consecințe privind distorsionarea calculului privind indicatorul de fertilitate. (*Demografia României în perioada postbelică, Traian Rotariu, Luminița Dumanescu și Mihaela Haragus, Polirom 2017*)

Apreciem că eventualele intervenții ale statului, de ordin social și economic în sprijinul familiei, de altfel necesare, sunt relativ limitate dat fiind performanțele modeste ale economiei românești. Acestea pot conduce la creșterea calității vieții copiilor și familiilor acestora, dar nu vor schimba pe termen scurt și mediu comportamentul reproductiv al populației în general.

Sporul Natural

Începând cu anul 1992 mortalitatea generală a depășit natalitatea și sporul natural a devenit negativ, situație ce se menține de aproape 30 ani. În anul 2021 mortalitatea generală a înregistrat o creștere semnificativă față de anii precedenți, respectiv 15,2 față de 11,7-11,9 în perioada 2015-2019. Valoarea de 15,6‰ a mai fost înregistrată în anul 1948 iar 13,7‰ în anul 1949 (*Demografia României Rotariu și colab. 1917 Polirom Iași*) Această situație a fost determinată și de epidemia de Covid 2. O mortalitate generală crescută comparativ cu aceea înregistrată în ultima decadă se menține și în semestrul I 2022 (13,2‰). Numărul de decese generale a fost în anul 2021, mai mare cu 57367 față de anul 2020. (*CNS/I. ÎNSP Buletine informative*)

Natalitatea/Mortalitatea Generala



Sursa datelor CNS/INSP

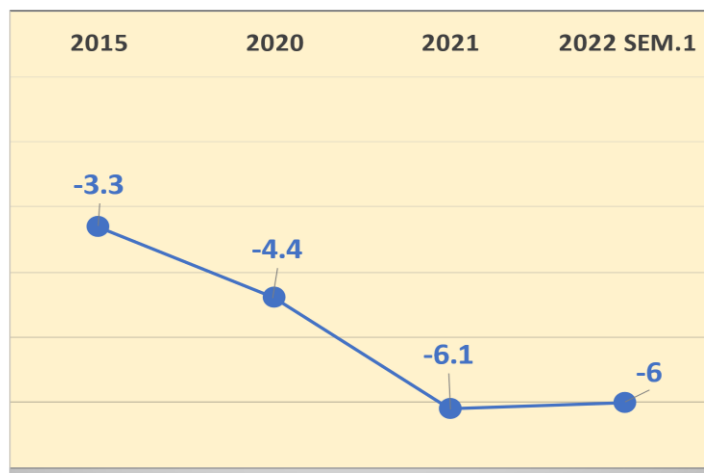
Cu o natalitate ce se menține scăzută și creștere semnificativă a deceselor, deficitul de populație s-a accentuat ajungând la -6,1% în 2021 și -6% în sem.I 2022

SPORUL NATURAL

Pierderea de populație
-cifre absolute-

- **2015 - 73.625**
- **2020 - 96.808**
- **2021 - 154.175**
- **2022 - 64.788 (sem.1)**

Pierderea populației- %



Sursă datelor: CNS/INSP

La nivelul UE populația a scăzut cu circa 312 mii locuitori. 10 țări compensează scăderea naturală prin migrație pozitivă, iar 8 au atât o creștere naturală pozitivă (deși modestă) cât și o migrație externă pozitivă. În 4 țări scăderea populației este determinată atât de scăderea naturală (numărul

născuților mai mic decât numărul deceselor) cât și pri emigrație - Croatia,Italia,Letonia și România. (V.Ghetau -Anul demografic 2020 în UE-[www/Contributors.ro](http://www.Contributors.ro))

În anul 2021 pierderea importantă de populație suferită de către România a fost determinată în primul rând de creșterea masivă a mortalității generale, aceasta fiind probabil influențată și de pandemia COVID 19 (urmează a fi stabilit în ce măsură) cât și de natalitatea care se menține la valori scăzute.

În termeni demografici situația populației în țara noastră este extrem de preocupantă și studii mai aprofundate pe eșantioane reprezentative vor trebui să stabilească care este situația bolilor cronice, riscul de deces prin aceste boli în comparație cu cifre de referință din restul UE, care este accesul la servicii medicale preventive primare și secundare care sa prevină sau să stabilizeze o boală cronică și în final să prelungească speranța de viață.Deasemenea astfel de studii ar trebui să identifice așteptările populației privind sprijinul pentru familie ce ar putea avea efecte asupra stabilizării și chiar creșterii populației.

Sarcinile la adolescente

O caracteristică semnificativă a comportamentului reproductiv al populației în România o reprezintă numărul foarte crescut de sarcini la adolescente.

Astfel din cele 201.849 nașteri înregistrate în anul 2020 , 8,1% au reprezentat nașterile la grupa de vârstă 12-19 ani,practic 1 din 9 nașteri s-au înregistrat la aceastră grupă de vârstă. La numărul de nașteri se adaugă avorturile înregistrate la aceeași categorie de vârstă

Un număr de 687 de gravide sub vârsta de 15 ani au dat naștere la un copil în anul 2021.(ÎNS -Evenimente demografice 2021)

Această situație nu este întâmplătoare, și în anii anteriori înregistraându-se un număr similar de nașteri la grupa de vârstă 12-19 ani.

Conform datelor Băncii Mondiale rata crescută a nașterilor la adolescente în vârsta de 15-19 ani singularizează România și Bulgaria în rândul țarile UE.

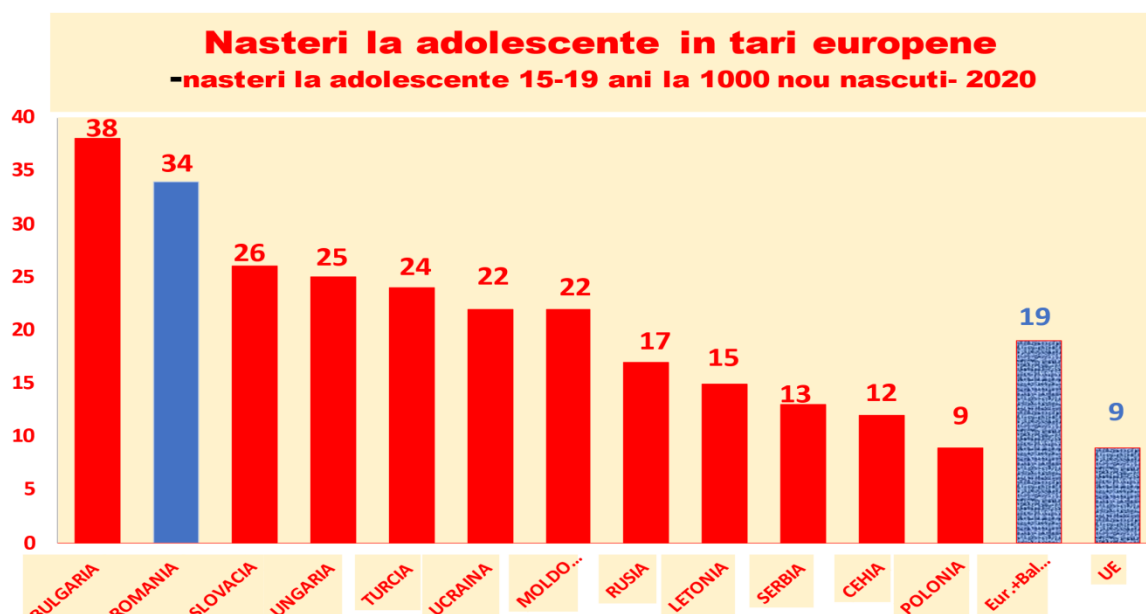
Media UE este de 9‰ și la această medie contribuie și Bulgaria cu 38 și România cu 34‰.

Chiar și în țari non UE din regiunea europeană, ratele nașterilor la adolescente sunt mult mai mici, deși componenta etnică, tradițiile culturale și religioase ar putea sugera un altfel de comportament reproductiv.

Acești ”copii cu copii” provin de regulă din familii cu abilități parentale reduse, ceace indică efortul considerabil pe care statul prin servicii medicale și sociale comunitare, ar trebui să-l facă pentru a asigura o dezvoltare armonioasă fizică psihică și emoțională acestor copii. Programele de educație pentru sănătate, inclusiv sănătate reproductivă, educație pentru viața etc. trebuie să țintească nu numai adolescenții, dar și familiile acestora, care tributari unor tradiții anacronice impun adolescenților un anumit comportament reproductiv.

Graficele de mai jos sunt sugestive (*INS Evenimente demografice 2021*):

Numar nasteri/varsta parintilor -2021-		
Grupa de varsta	Mama	Tata
Sub 15 ani	687	4
15 – 19 ani	15.811	2060
TOTAL sub 19 ani	16.498	2064
Sursa INS		



Sursă datelor: WB - Data Base

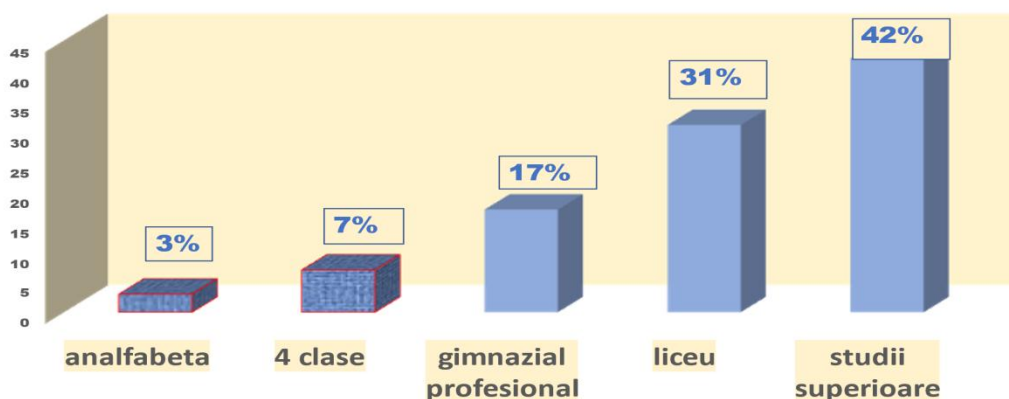
Acestor copii li se răpește dreptul la sănătate, dreptul la educație și în fond o parte din copilărie.

Un studiu realizat sub egida UNICEF-România **SUMAR DE POLITICI - prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescente-ianuarie 2022** – (autori: *Andrea Neculau ,Diana Neguț,Mihai Vacăru,Cristîna Vladu*) redă următoarele aspecte:

- *În medie, rata natalității (exprimată ca procent din totalul nașterilor) la fetele românce de 10 -14 ani este de 8,5 ori mai mare decât media UE, în timp ce rata la 15-19 ani este de 3,4 ori mai mare decât media UE.*
- *Rata natalității la fetele cu vârsta între 10-14 ani s-a dublat între 1990 și 2020, de la 0,18% (procent de nașteri la fete de 10-14 ani din totalul nașterilor din România) la 0,37% în 2020*
- *Între anii 2011-2019, rata medie de nașteri la adolescente de 10-14 ani a fost 0.31%; 23 de județe au avut o rata mai mare decât media națională în această perioadă (54.8%).*
- *1 din 6 adolescente care a avut un copil înainte de 15 ani, va avea al doilea copil înainte de 18 ani.*
- *Sarcina la adolescente poate avea impact asupra sănătății fizice, mintale și asupra statusului socio-economic al acestora.*

În ceace privește nivelul de instrucție al gravidelor ce au născut în anul 2021 putem observa că 3% din gravide erau analfabete și 7% au frecventat (fără a avea garanția că au absolvit) numai învățământul primar.(*INS Evenimente demografice 2021*)

Nou nascuti/educatia mamei



În aceste condiții cu o proporție de 10% dintre viitoarele mame care au un nivel de instrucție și educație atât de scăzut explică participarea limitată a acestora la apărarea propriei sănătăți și a sănătății copilului.

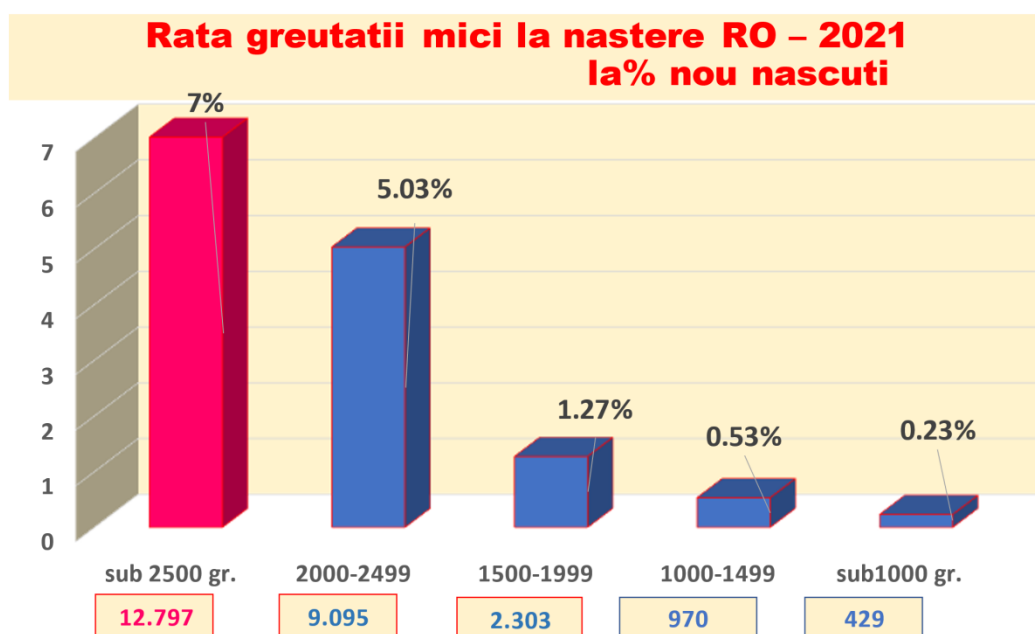
Greutatea mică la naștere

La nivel populațional, greutatea mică la naștere este acceptată universal ca un indicator al problemelor de sănătate publică într-o comunitate: malnutriție pe termen lung și îngrijiri deficitare ale sarcinei. Prin deficit nutrițional nu se înțelege numai deficitul caloric global ci și calitatea rației alimentare compoziția sa în macro și micronutrienți.

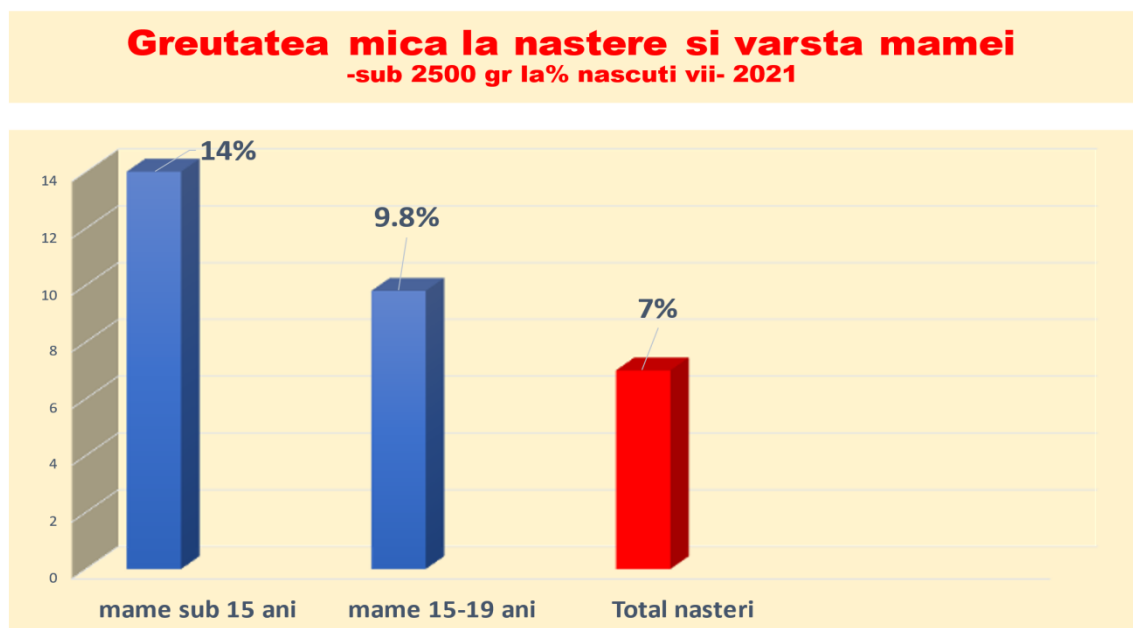
Greutatea mică la naștere este cauzată de restricție în dezvoltarea intrauterină a fătului, de către prematuritate sau de către amândouă cauze. Greutatea mică la naștere este strâns legată de morbiditatea și mortalitatea neonatală, de dezvoltarea neuropsihică a copilului și de apariția mai frecventă a unor boli cronice.

În România conform datelor publicate de către Institutul Național de Statistică în anul 2021 s-au născut un număr de 12.797 copii cu o greutate sub 2500gr (2499gr. și mai puțin) respectiv cu o rată a greutății mici la naștere de 7%.

Din totalul de 12.797 nou născuți cu greutate sub 2500gr. un număr de 5352, respectiv 42% au fost raportați ca provenind dintr-o sarcină cu o durată sub 36 de săptămâni. (-Sursa datelor INS-Evenimete demografice 2021)



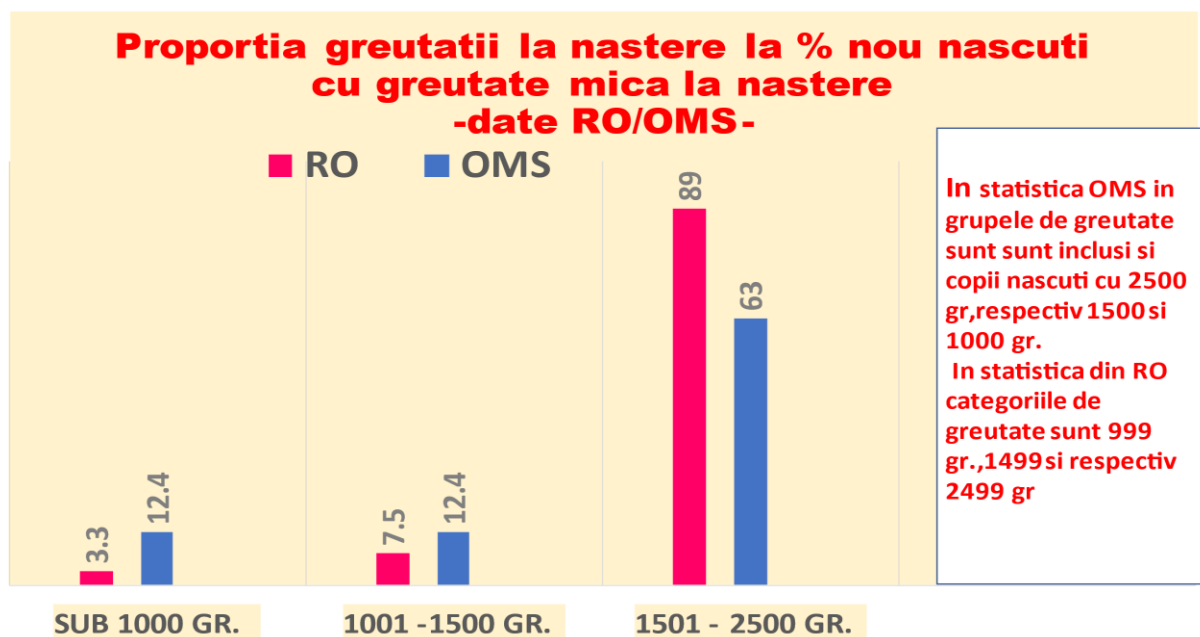
Rate mai crescute ale greutății mici, au fost înregistrate la grupele de vârstă ale mamelor sub 15 ani respectiv 14%, 15-19 ani cu o rată de 9,8%.



Sursa datelor INS

Din cei născuți cu greutate mică la naștere un numar de 3702 copii au avut o greutate sub 2000 de grame respectiv 2,03% nou născuți, 970 copii au înregistrat o greutate între 1000 și 1499 gr. și 429 sub 1000 gr.

În tabelul de mai jos se poate vedea proporția copiilor cu greutate mică la naștere repartizați pe grupe de greutate în comparație cu date de referință ale OMS.



Sursa datelor INS/WHO

Se poate observa o proporție mai mică a nou născuților cu greutate extrem de mică (sub 1000 gr.) și foarte mică(1001-1500) din total copii cu greutate mică, înregistrat în România față de cifrele de referință și o proporție mult mai mare a nou născuților cu greutate între- 1500 și 2500 gr. Proporția crescută a nou născuților cu greutate mică peste 1500 gr, nou născuți cu șanse de supraviețuire mai mari este în discordanță cu mortalitatea neonatală relativ crescută înregistrată în România.

În țările componente ale UE conform datelor, World Bank – 2020 greutatea mică la naștere variază între 4.1 și 9.6 %, România fiind plasată la mijlocul intervalului.

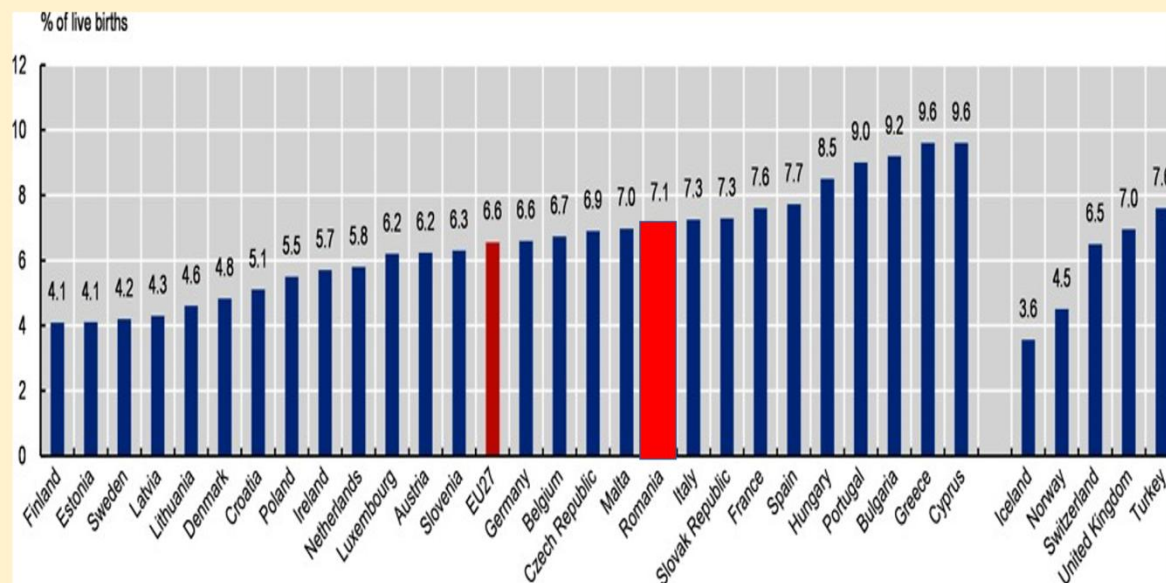
Datele privind greutatea la naștere colectate de către INS provin din menționarea acestora la maternitate pe CERTIFICATUL MEDICAL CONSTATATOR AL NASCUTULUI VIU. În Studiul Sănătății Reprodusei ROMÂNIA efectuat în anul 2016 la nivel național pe un eșantion reprezentativ a reieșit o incidentă a greutății mici la naștere de 8% în lotul studiat.

Având cea mai mare MI din UE, ne-am fi putut aștepta ca rata greutății mici la naștere să fie mai mare în România.

Înregistrarea corectă a greutății la naștere trebuie înțeleasă prin prisma reglementărilor care precizează că orice nou născuț cu semne de viață, este înregistrat născut viu indiferent de vârsta de gestație și de starea de sănătate.

RATA GREUTATII MICI LA NASTERE IN TARILE UE -2020

Source: OECD Health Statistics 2020, Eurostat Database and national sources for Croatia and Cyprus



Mortalitatea infantila si a copilului sub 5 ani

Mortalitatea infantilă(MI)

Mortalitatea infantilă definește numărul de decese sub vârsta de 1 an, iar 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.

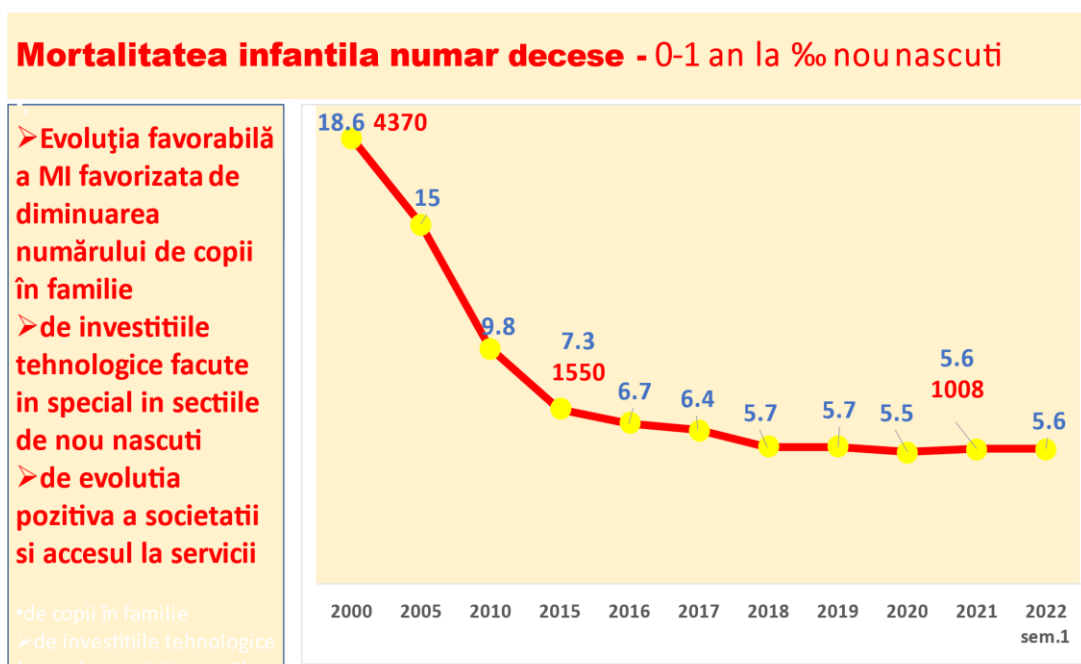
Mediul socio - economic influențează direct starea de sănătate, morbiditatea și mortalitatea copiilor în special a celor sub 1 an.

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.

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.

Evoluția favorabilă a mortalității infantile a fost determinată de modificările în structura familiei, cu diminuarea numărului de copii în familie, de investițiile făcute în programe de re tehnologizarea a maternitaților și secțiilor de nou

născuți, regionalizarea îngrijirilor perinatale, precum și în evoluția generală pozitivă a societății românești.



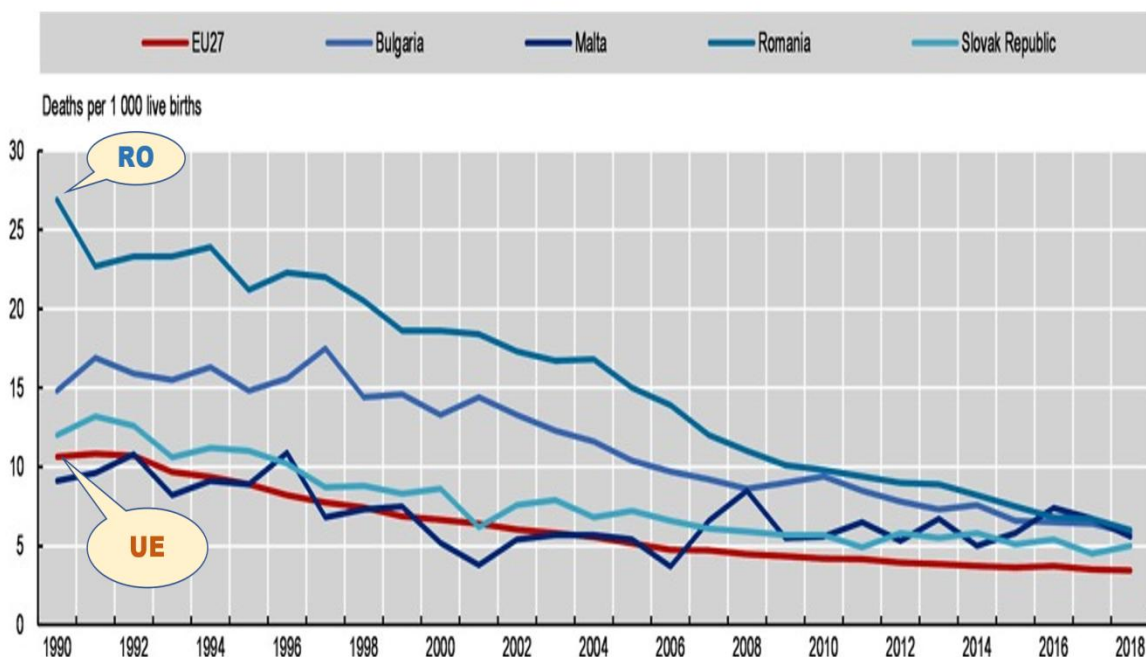
Sursa datelor CNS/INSP

Dupa anul 1989 scăderea MI a fost mai rapidă chiar în comparație și cu alte țări din UE care înregistrau o MI crescută. Ulterior MI a evoluat într-un platou cu o descreștere lentă iar în ultimii ani se înregistrează practic o staționare cu mici fluctuații anuale. Dacă se dorește ca mortalitatea infantilă să nu aibă numai o scădere naturală sunt necesare noi seturi de intervenții de sănătate publică țintite în mod special pe grupele de risc, și că intervențiile în afară sistemului medical trebuie să cuprindă întreg sistemul social al țării.

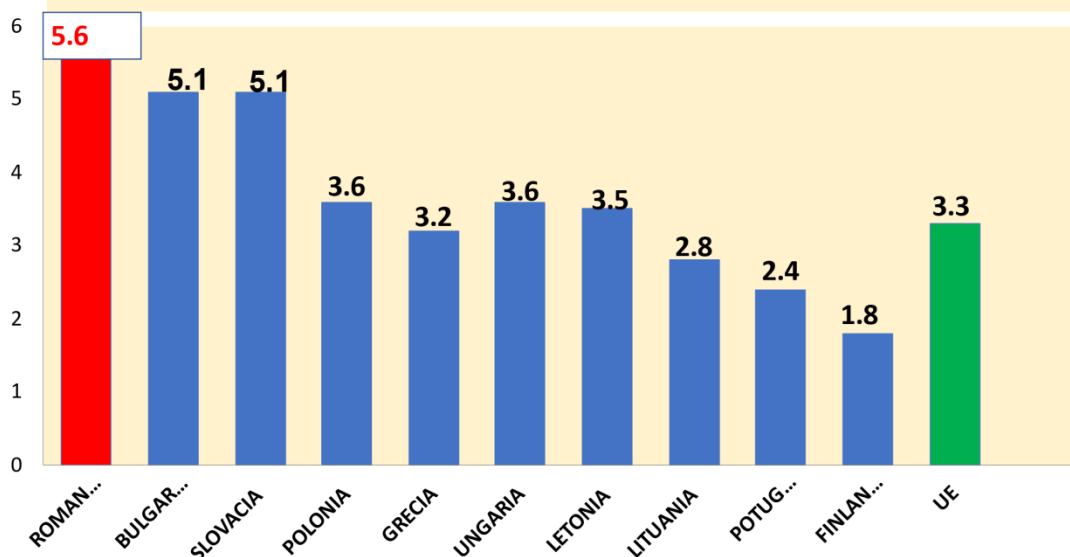
Deși scăderea MI în România a fost semnificativă, țara noastră înregistrează în continuare cel mai ridicat nivel din UE, un indicator aproape dublu față de media UE.

Dintre țările UE, Portugalia care în urma cu 40 de ani avea un indicator al MI în epocă, chiar mai mare decât al României a reușit performanța de a avea una din cele mai scăzute MI din Europa.

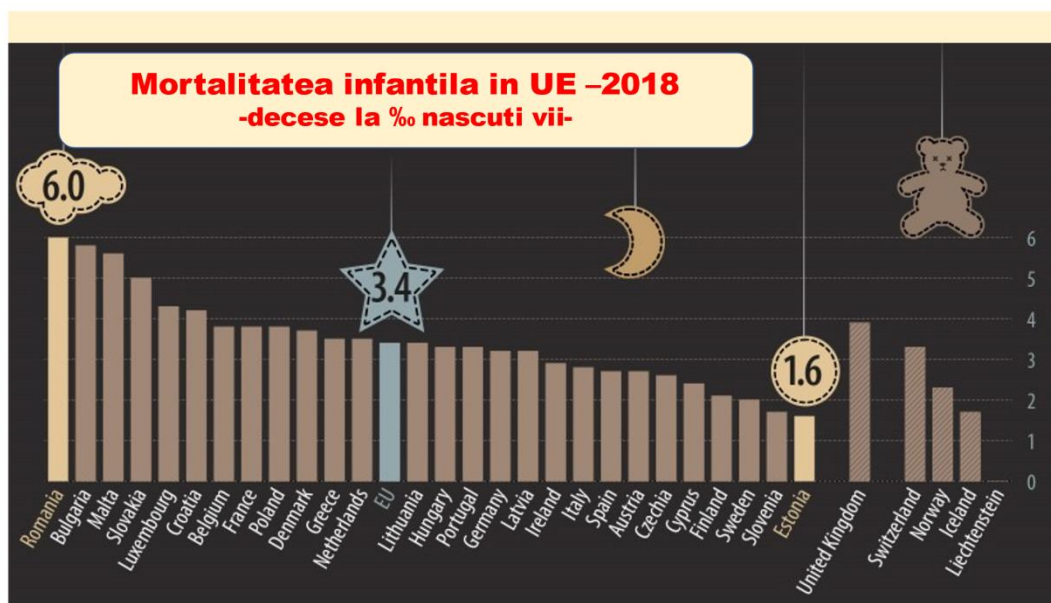
Evolutia MI in unele tari europene Sursa Eurostat



Mortalitatea infantila in unele tari din UE - date ptr anul 2020 (Romania 2021)

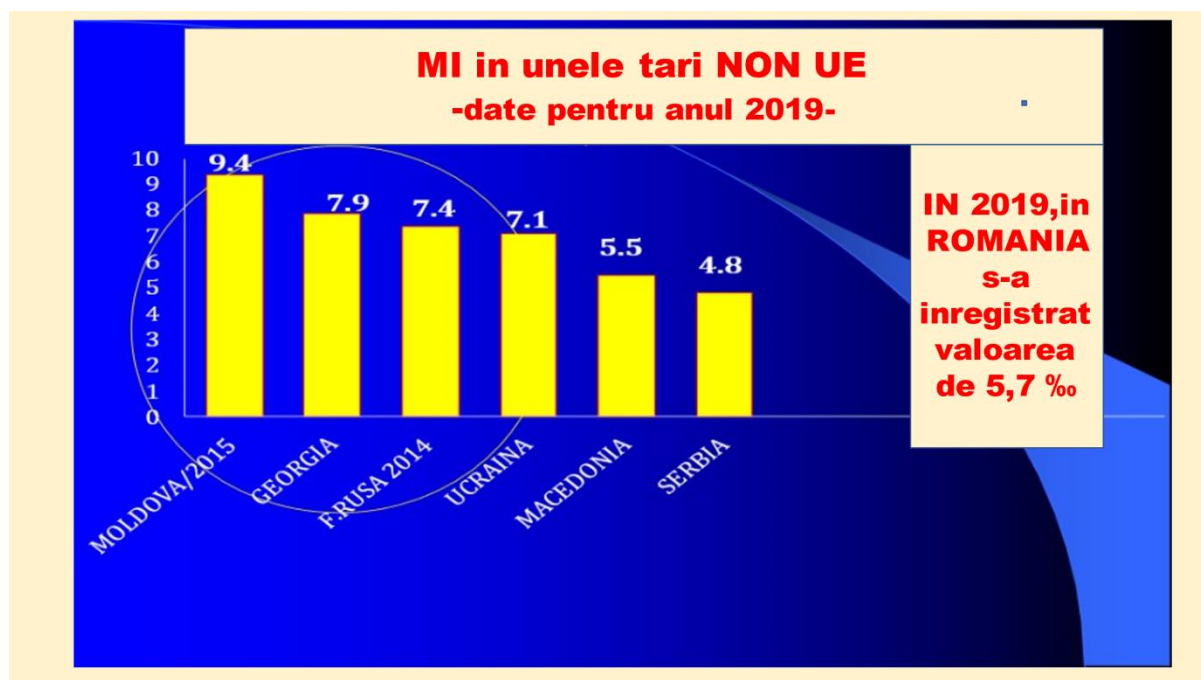


Sursa datelor Eurostat



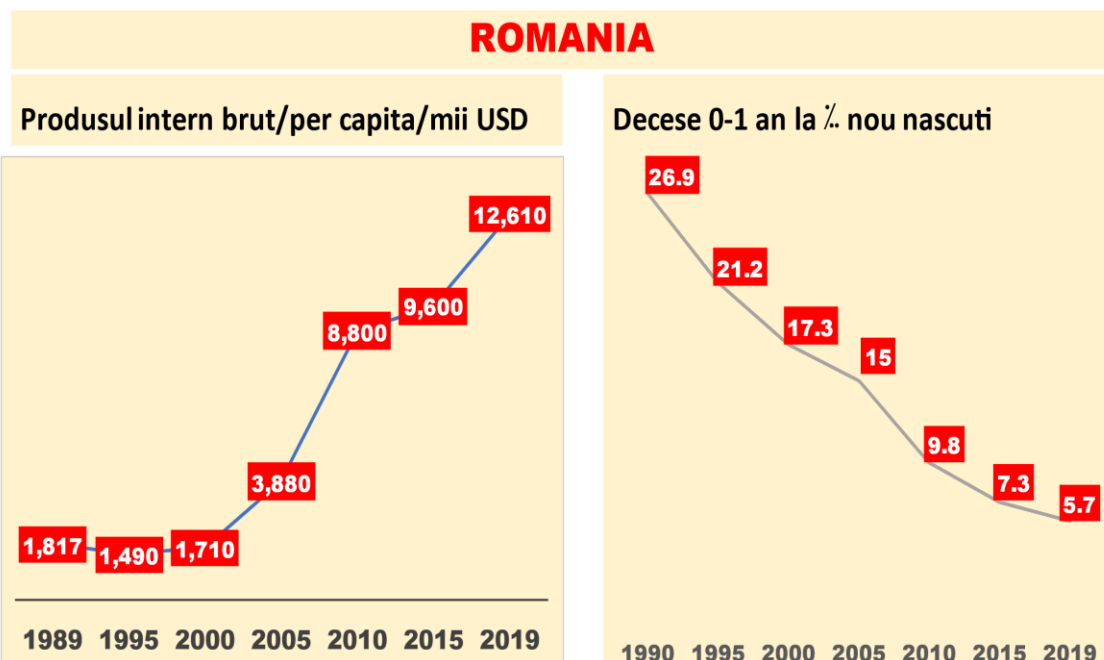
ec.europa.eu/eurostat

Mai jos se poate observa nivelul MI în unele țări din regiunea noastră ,NON UE.Unele înregistrează un indicator chiar mai scăzut decât țara noastră



Sursa datelor Eurostat

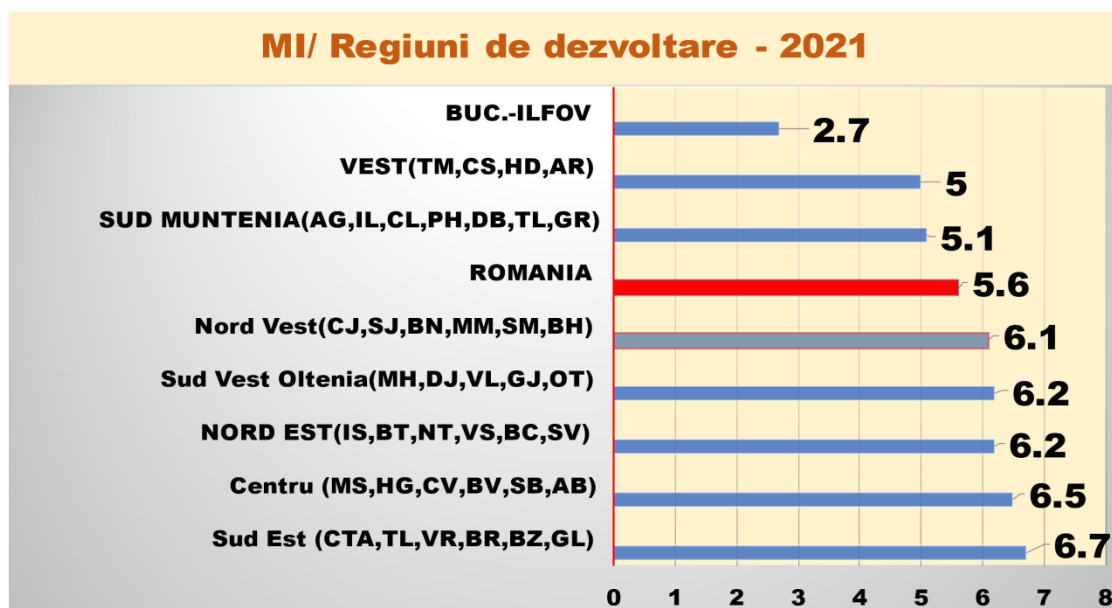
Condiționalitatea sănătății copiilor de sănătatea generală a societății este susținută și de faptul că creșterea PIB/persoana este concomitentă și contribuie pe lângă alți factori la scăderea mortalității infantile.



Sursa datelor WB Data Base

În profil teritorial, pe regiuni de dezvoltare, în anul 2021 observăm în continuare o situație neomogenă la nivelul țării în ceea ce privește MI. Situația este explicabilă prin faptul că și județele componente ale unei regiuni de dezvoltare sunt neomogene din punct de vedere economic.

Cele mai crescute valori ale MI sunt înregistrate în Regiunea Sud Est și Centru, urmate de regiunile Nord Vest și Vest Oltenia. În Regiunea București-Ilfov se înregistrează o MI foarte scăzută similară celei din țările vestice dezvoltate. Este încă un argument al legăturii strânse între nivelul economic și



Sursă datelor CNS/INSP

Sunt județe cu MI ce depășește cu 30% valoarea medie a țării (Tulcea, Neamț, Sălaj, Suceava, Dolj, Călărași) Observăm de asemenea o creștere a MI în județe care tradițional se plasau la nivelul sau sub nivelul mediei țării (Sibiu, Mureș, Brașov, Harghita). Aceasta concomitent cu județe care au ieșit din coada clasamentului deși structura socială și economică a populației și județului puteau presupune un număr mai mare de decese (Vaslui, Iași,).

Această situație neașteptată și în neconcordanță cu relația dezvoltare socială/structură și MI ar trebui analizată mai în detaliu. Este posibil ca datele pentru un singur an să nu fie suficient de obiective și ar trebui calculat trendul indicatorului. În orice caz diferențele mari de mortalitate trebuie să constituie o preocupare pentru administratorii sistemului.

MI distributie pe judete 2021

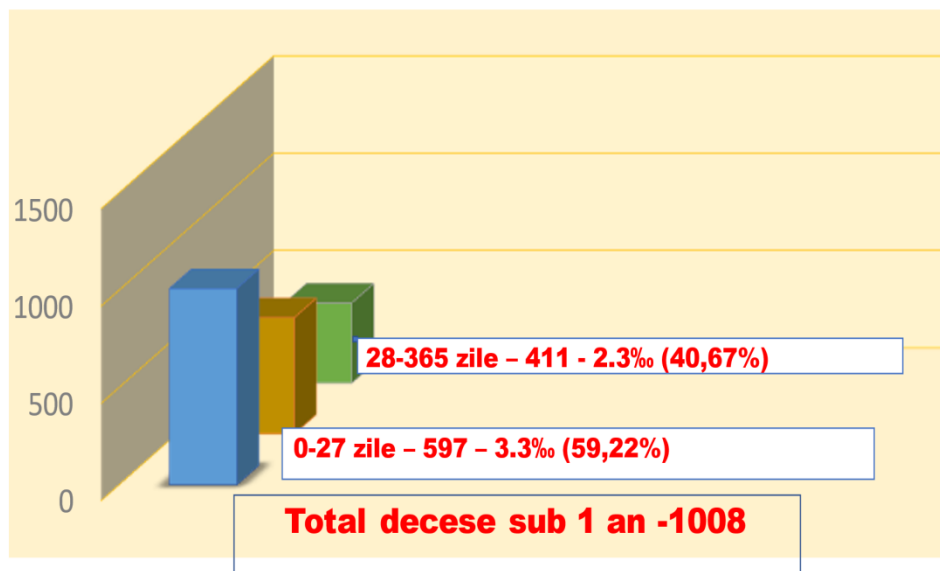


PSNI/SNC *roletad asruS*

Mortalitatea neonatală și mortalitatea postneonatală

Mortalitatea înregistrată în perioada definită neonatală – 0-27 de zile depășeste 50% din decesele înregistrate în cursul unui an calendaristic:

Mortalitatea neonatala/mortalitate postneonatala -2021-

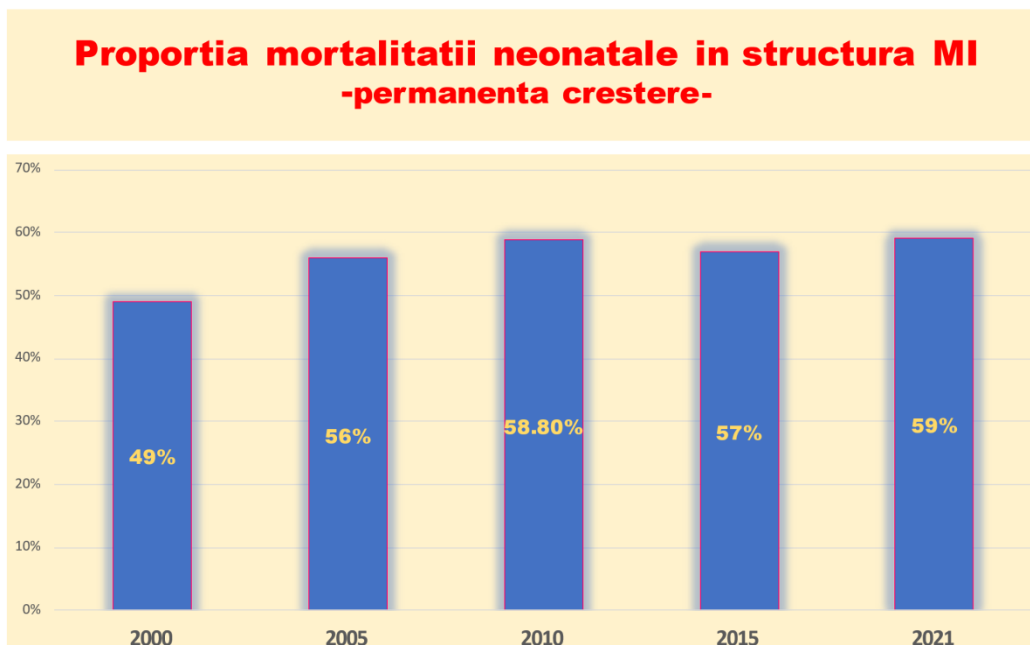


Sursa datelor CNS/INSP

Pentru anul 2021:

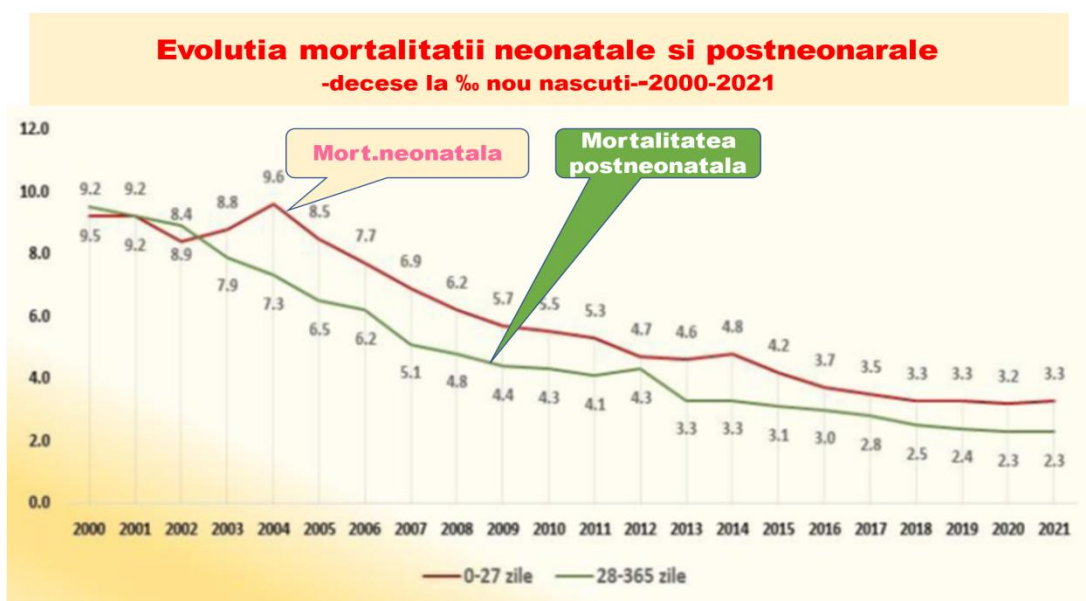
-597 de decese – respectiv 59,2% înregistrate în perioada neonatală și 411 - respectiv 40,6% în perioada postneonatală (28-365 de zile)

Decesele din perioada neonatală sunt proporțional în creștere:

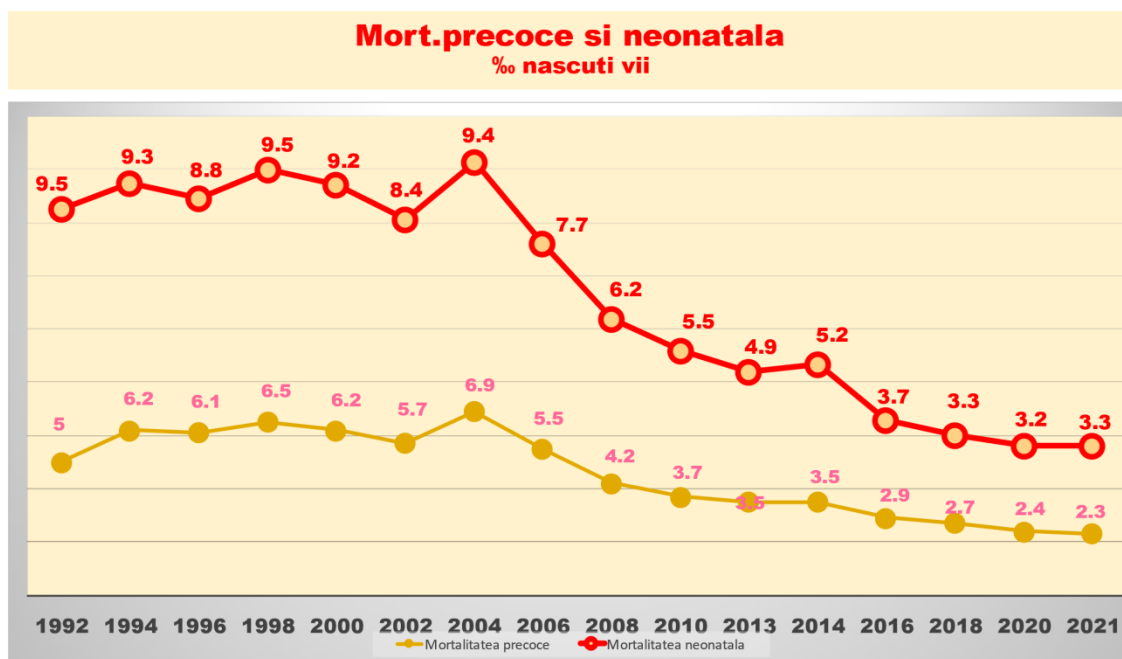


Sursă datelor CNS/INSP

Decesele în perioada postneonatală sunt mai puternic corelate cu mediul social, iar cele din perioada neonatală cu starea de sănătate a gravidei, greutatea mică la naștere și tehnologiile moderne de îngrijire ale nou născutului. (sursă CSINSP)

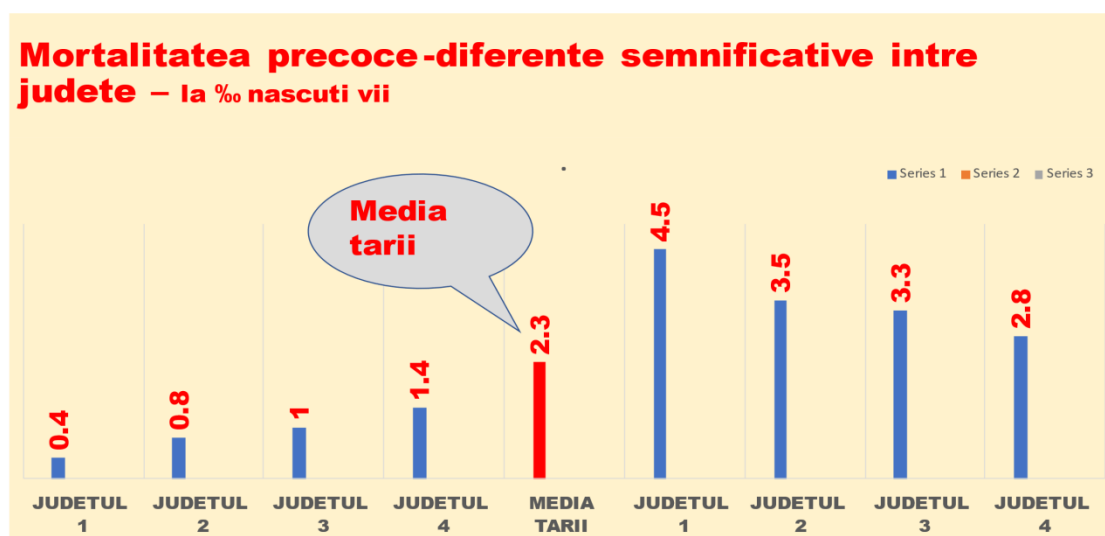


În perioada neonatală în segmentul primelor 6 zile- decese din perioada precoce- se înregistrează mare majoritate a deceselor din perioada neonatală. Decesele din această perioadă sunt influențate puternic de greutatea mică la naștere, determinată de prematuritate și nu numai, și de malformații congenitale incompatibile cu viața.



Sursa datelor CNS/INSP

În ceea ce privește mortalitatea neonatală și mai ales componenta sa mortalitatea precoce există deasemenea diferențe semnificative între acești indicatori înregistrați și raportați de diferite județe, în unele mortalitatea precoce este nefiresc de mică, necorelată cu alți indicatori de sănătate. Această situație ar a



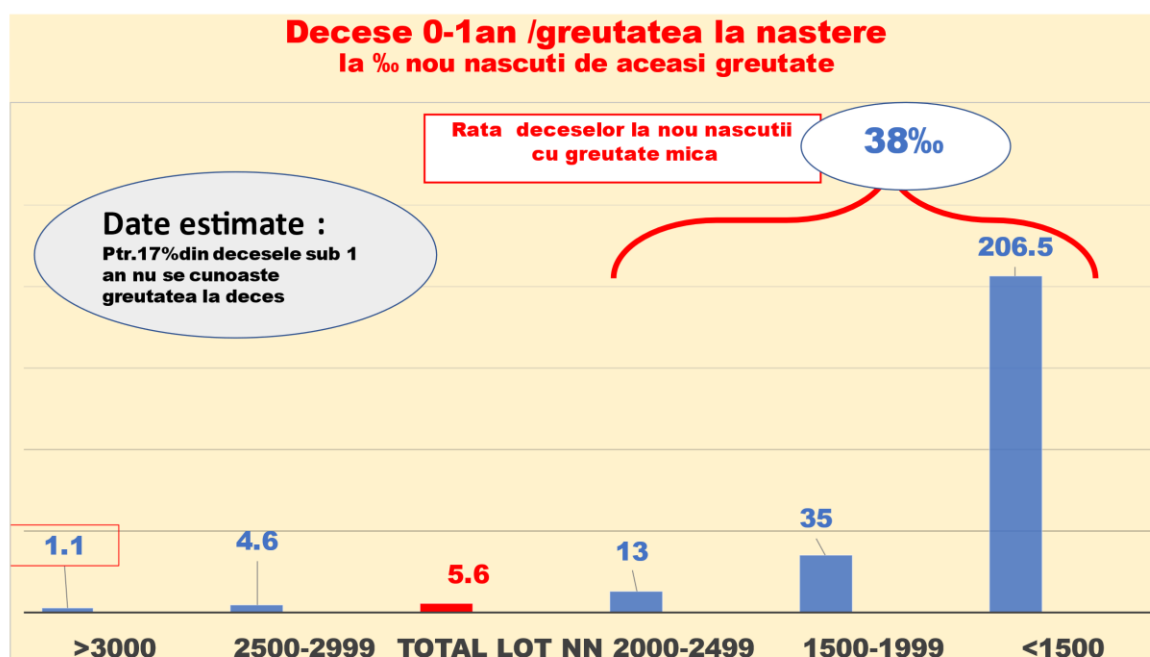
Sursa datelor CNS/INSP

Această situație ar trebui analizată împreună cu specialiști din centrele regionale pentru a identifica cauzele organizatorice sau de alta natură care determină indicatorii atât de diferiți. Această analiză ar trebui efectuată împreună cu specialiști din centrele regionale.

Luând în calcul datele pentru anul 2021 (dealtfel date similare cu cele din anul 2020) și calculăm decedații pe grupe de greutate (și implicit prin extensie pe grupe de prematuritate) se evidențiază clar care este vârful de mortalitate.

Dacă la euponderali mortalitatea este de 2,6 ‰, aceasta crește la 4,6‰ la subponderali, 13‰ la cei cu greutate mică, 35‰ la cei cu greutate foarte mică și se ridică brusc la 206‰ la nou născuții cu greutate extrem de mică.

Pentru a influența pozitiv mortalitatea infantilă, intervențiile trebuie făcute la categoria de nou născuți cu greutate mică aceștia reprezentând o proporție semnificativă din totalul deceselor sub vârsta de 1 an.

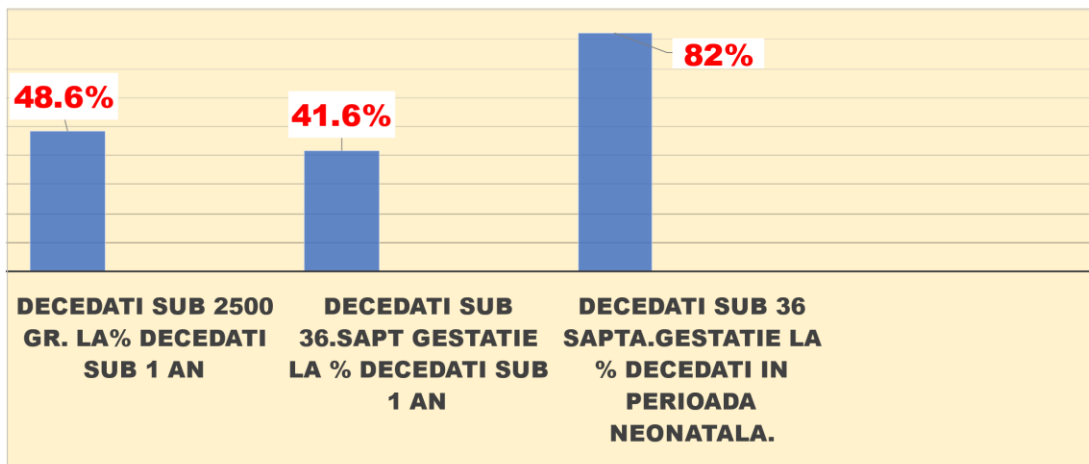


Sursa datelor CNS/INSP/INSMC

Peste 40% din decesele sub 1 an au avut la naștere o greutate mică sau/și o vârstă de gestație sub 36 săptămâni. (ÎNS Evenimente demografice 2021)

În perioada neonatală peste 80% din decedații provin din sarcini înainte de termen.

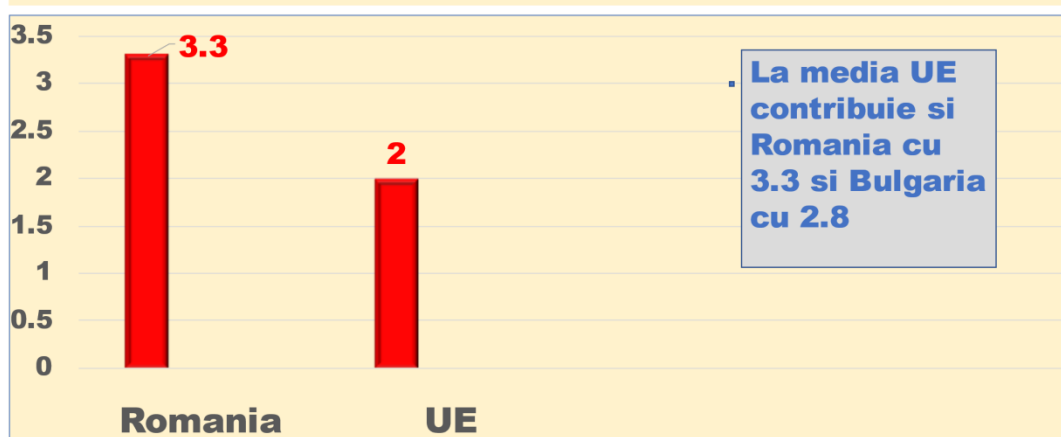
Proportia decedati sub 1an in raport cu greutatea la nastere si /sau perioada de gestatie
(raportat la % decedati sub 1 an, respectiv la % decedati in perioada neonatala)



Putem constata că în perioada 2004 – 2015 s-a înregistrat o scădere importantă a mortalității neonatale. Nu putem să nu facem o corelație cu programele de restructurare, dotare tehnică și training intensiv pe care MS a desfășurat- o în secțiile de nou născuți, și în special regionalizarea îngrijirilor perinatale pe grade de competență cu concentrarea patologiei grave în centre puternice cu capacitate de a face față tehnic și cu resursele umane, patologiei grave.

Totuși în continuare se menține o diferență importantă între indicatorul mortalității neonatale în România și cel din UE (*Sursa datelor Eurostat*)

Mortalitatea neonatala RO/UE
-la 1000 nascuti vii-



O reevaluare a situației din secțiile de neonatologie și o evaluare a funcționării regionalizării, cu ținta pe capacitățile profesionale a maternităților de nivel II de a îngriji patologie gavă și a celor de nivel III de a primii fără condiționalități transferurile solicitate de către unitățile din regiune este o situație relativ urgentă. Concluziile ar putea explica de ce mortalitatea neonatală și în special mortalitatea precoce stagnează în ultimii ani. Pot intra în discuție, funcționarea regionalizării serviciilor de TI pentru nou născuți, subechiparea maternităților regionale, ieșirea din uz a echipamentele procurate în programele finanțate de către Bancă Mondială, precum și fluctuația importantă a personalului de specialitate. Recentul program PNRR care are o componentă substanțială pentru reechiparea maternităților de nivel III și dezvoltarea unor centre regionale de training sunt măsuri importante pentru creșterea calității serviciilor medicale pentru nou născuți și în special pentru prematuri și ele își vor dovedi rezultatele în viitorul apropiat.

Mortalitatea postneonatală,

Decesele înregistrate după 27 zile de viața, sunt acceptate la nivel internațional ca fiind mai puternic influențate de către calitatea îngrijirilor în comunitate și familie, de capacitatea sectorului de sănătate primară de a răspunde nevoilor și de accesul populației la aceste nevoi inclusiv de supraveghere medicală activă preventivă a stării de sănătate. În același timp mortalitatea postneonatală este puternic influențată de capacitățile parentale ale unor grupuri vulnerabile în a participa la îngrijirea propriei sănătăți și a sănătății copiilor.

Media țării pentru anul 2021 a fost de 2,3 decese la 1000 născuți vii.

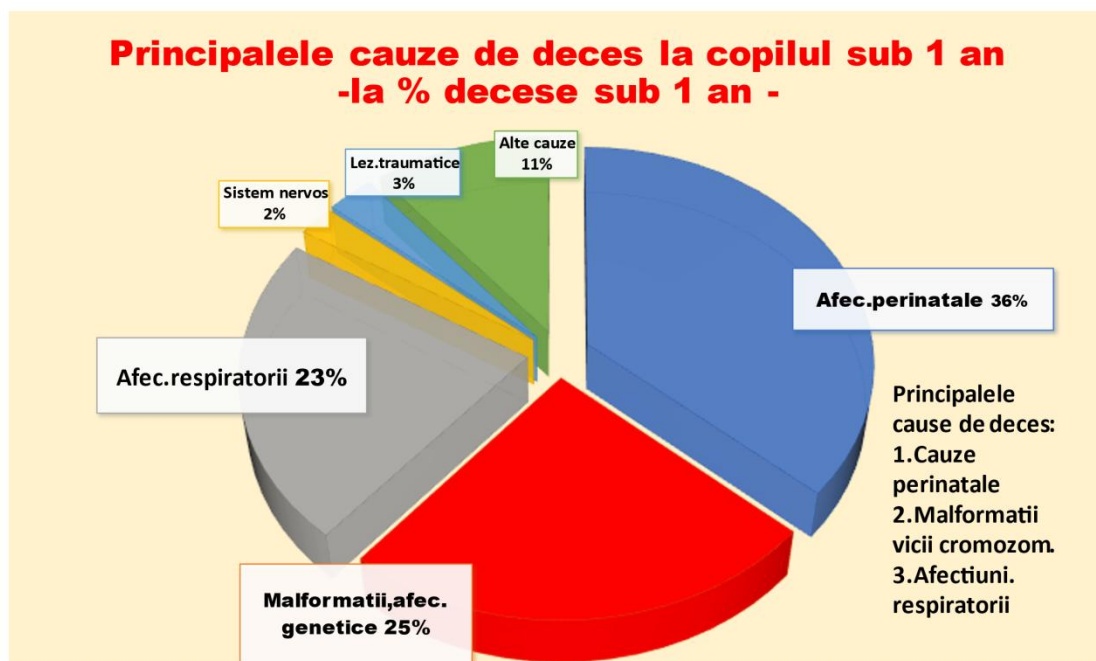
Sunt județe în care media țării este cu mult depășită, unele având explicații de ordin social și de dezvoltare economică, altele mai puțin:

Călărași 7,9 Mureș 5,5 , Brăila 5,2, Brașov 4,4 ,Neamț 4 decese la 1000 născuți vii practic valoarea indicatorului fiind dublă față de media țării. (Sursă datelor MI 2021 CNS/INSP)

Cauzele medicale ale mortalității infantile

În anul 2021 mortalitatea pe clase de boli indică:

- *afecțiunile a căror origine se situează în perioada perinatală clasă cu cele mai multe decese, respectiv 36 din 100 decese, urmată de mortalitatea prin,*
- *malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale, 25% și*
- *decesele prin afecțiuni respiratorii 23%.*



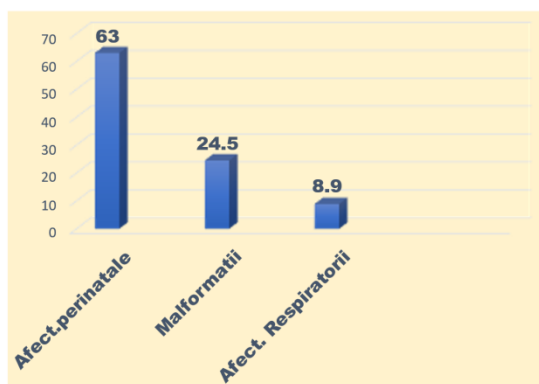
Sursa datelor CNS/INSP

Malformațiile și aberațiile cromozomiale constituie a doua cauză de deces devansând afecțiunile respiratorii. În ceea ce privește malformațiile nu există date suficiente pentru a aprecia câte și care ar putea fi depistate prenatal și câte sunt deasupra resurselor terapeutice. Diminuarea numărului și proporției de afecțiuni respiratorii care să conducă la deces, diminuare datorită și scăderii numărului de sugari cu malnutriție protein-calorică, ridică malformațiile pe o poziție prioritară către care trebuie să fie îndreptate resurse pentru diagnostic și terapie în termeni de capacitate de spitalizare, resurse umane specializate și tehnologii de diagnostic.

În ceea ce privește structura cauzelor de deces pe cele două componente situația este următoarea:

-mortalitatea neonatală este dominată, așa cum este și firesc, de cauzele perinatale:

Principalele cauze de deces in perioada neonatala (la % decese)

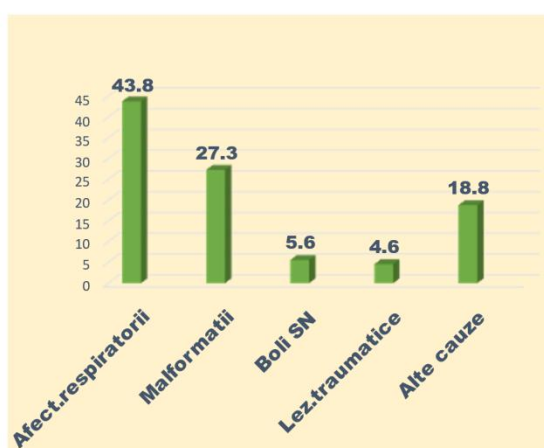


- Afect. Perinatale:
 - hemoragia intracraniana
 - tulb.respiratorii
 - suferinta resp. a NN
- Malformatii congenitale:
 - circa 30% malformatii cardiace

Sursa datelor CNS/INSP,

Iar în perioada postneonatală principala cauză de deces este reprezentată de afecțiunile respiratorii,afecțiuni considerate universal tratabile cu bune rezultate la sugarii diagnosticați în timp util,cu stare de nutriție bună.

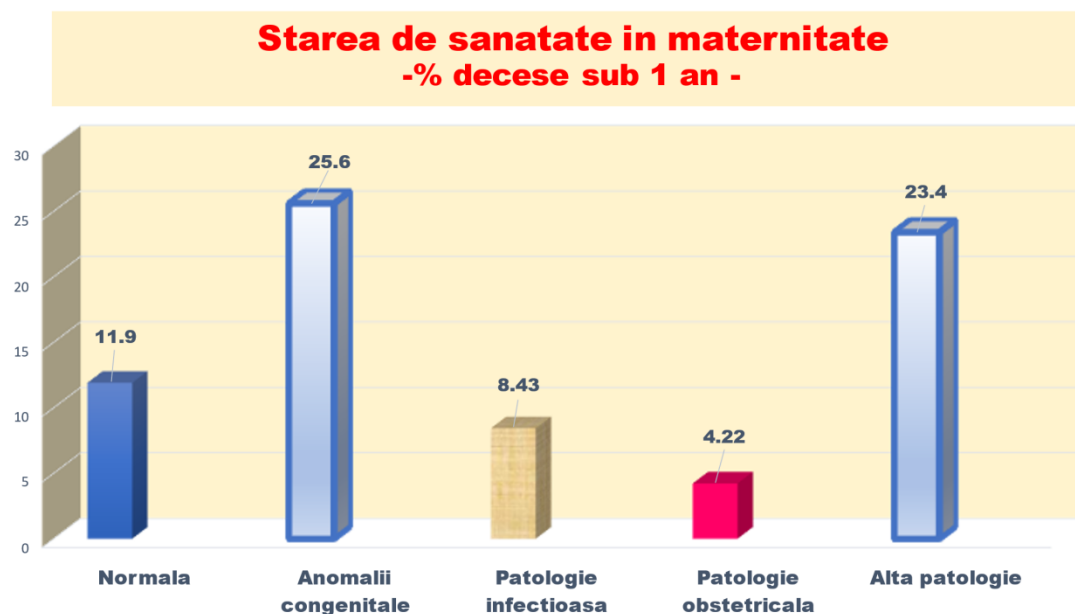
Principalele cauze de deces in perioada postneonatala (la % decese)



- Afect. Respiratorii-afecțiuni tratabile ce nu ar trebui să conducă la deces (Deși în scădere puternică față de anul 2000 constituie în continuare prima cauză de deces în perioada postneonatală)
- Malformatii congenitale:
 - circa 30% malformatii cardiace și ale sistemului circulator

Sursa datelor CNS/INSP

Din analiza cauzelor favorizante ale decesului sub vârsta de 1 an a reieșit că numai 11,9% din copii decedați au avut o evoluție normală la naștere,restul fiind afectați de diferite patologii:



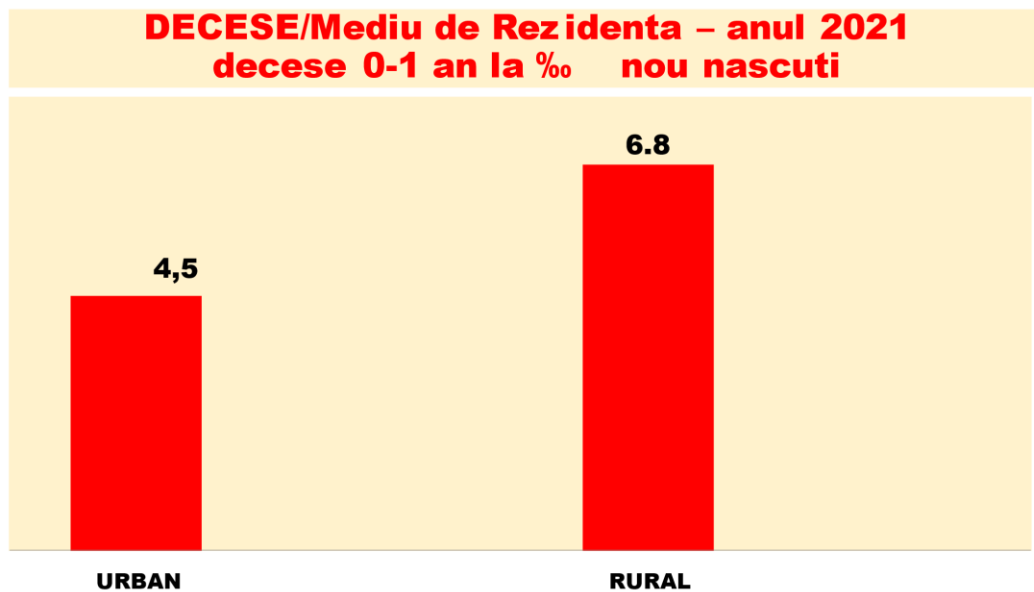
Sursa datelor CNS/INSP

Scorul Apgar la naștere a fost în 41,8% sub 7, scor în concordanță cu numărul crescut de decese prin cauze perinatale. Dat 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 cele favorizante. Fișa este completată de către medicul care a îngrijit/constatat decesul și prin intermediul DSP, datele sunt centralizate de către Centrul National de Statistică 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. Concomitent pot exista indicii rezonabile că documentele de bază, FO și Fișele de consultații în baza cărora se completează fișele de deces sunt incomplete cu influențe posibile asupra calității îngrijirilor medicale.

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

-**numărul de decese din rural** este mai crescut decât cel înregistrat în urban, respectiv 6,8‰ față de 4,5‰ situație ce se întâlnește și la grupa de vârstă 1-4 ani. Această poate presupune atât un acces inechitabil și mai dificil la servicii medicale, dar și o structură a populației care nu înțelege în suficientă măsură și în timp util adresarea la servicii medicale:



Sursa datelor CNS/INSP

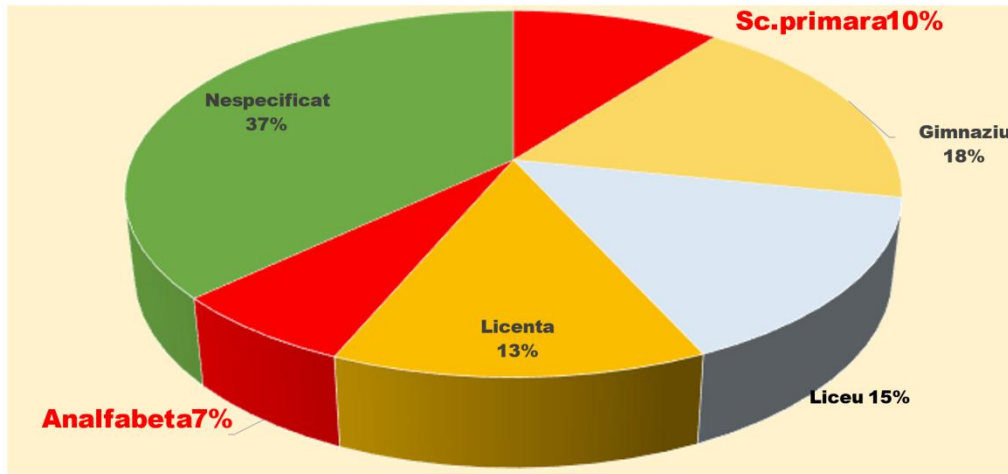
Supravegherea medicală a sarcinii

30,46% din mamele copiilor decedați sub vârsta de 1 an nu au efectuat nicio vizită medicală în timpul gravidității, iar 18,9% au efectuat numai 1-4 examene medicale. (CNS/INSP MI 2021)

Distribuția după nivelul de instruire al mamei

Din Fișele în care erau consemnate nivelul studiilor a reieșit că circa 17% din mamele copiilor decedați sub vârsta de 1 an erau fie analfabete fie au frecventat complet sau incomplet numai școala primară.

Nivelul de scolarizare al mamelor copiilor decedati sub varsta de 1 an



Sursa datelor CNS/INSP

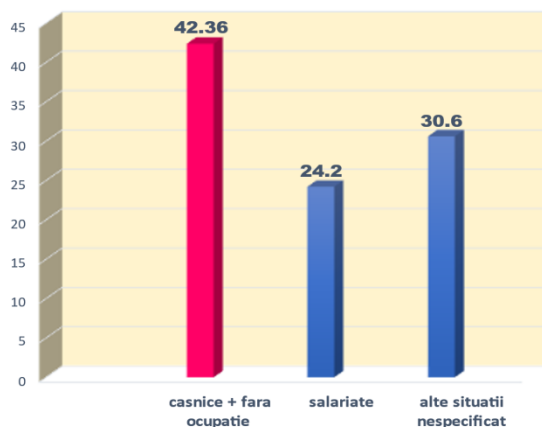
Nivelul de instruire al mamei este o variabilă importantă cu influență potențială severă asupra stării de sănătate a copilului și a calității îngrijirii acordat acestuia. Lipsa de educație determină accesul mai dificil la informații generale privind stilul de viață, înțelegerea dificilă a recomandărilor personalului medical cât și înțelegerea dificilă a importanței aplicării în practică a recomandărilor. O persoană cu lacune a cunoștințelor de bază, multe din acestea fiind transmise prin intermediul școlii, 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 excludere socială prin comportament neadecvat și resurse economice insuficiente.

Ocupația mamei:

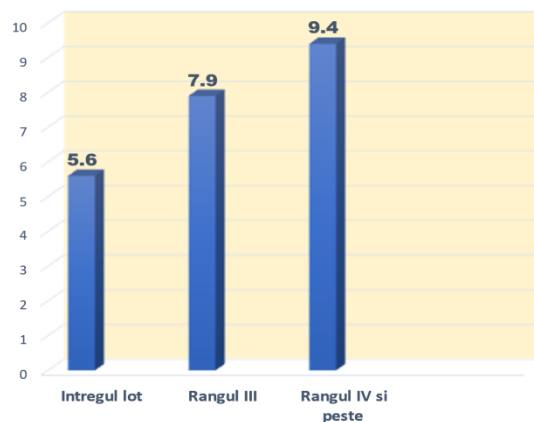
42,36% din mame nu erau încadrate într-un sistem instituțional de muncă (erau casnice sau fără ocupație) cece ar fi trebuit să aibă timpul necesar pentru îngrijirea propriei sănătății și a sănătății copiilor. Deasemenea acest item ne poate da informații asupra resurselor financiare ale familiilor în care rata deceselor este mai crescută. (*CNS/INSP MI 2021*)

Ratele MI in raport cu ocupatia mamei si rangul copilului

MI /ocupatia mamei –la % decese



MI/Rangul copilului- la ‰ nou nascuti



Vaccinarea:

23,4% din copii decedați sub vârsta de 1 an nu au efectuat până în momentul decesului, imunizările prevăzute în programul național de imunizări, iar în 16,7% din cazuri programul de imunizări a fost realizat numai parțial.

Într-un studiu efectuat de către Institut (*Analiza Mortalității materne și infantile 2016*):

„Din 33 copii sub vârsta de 1 an decedați 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 vaccinați BCG în maternitate și 54,5% au primit vaccin anti hepatită B.Pentru restul vaccinurilor acoperirea vaccinală a fost și mai redusă.Chiar la copii care au decedat după vârsta de 6 luni, imunizările programului național de imunizări, nu a cuprins întreg lot de copii.”

Număr copii imunizați și vârsta de deces

Vârsta decesului (Luni)	BCG	HEP_B	HIB	DTP	ROR	Hexacima	AntiPolio	Nr. vaccinuri
0 luna	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 nici un vaccin.

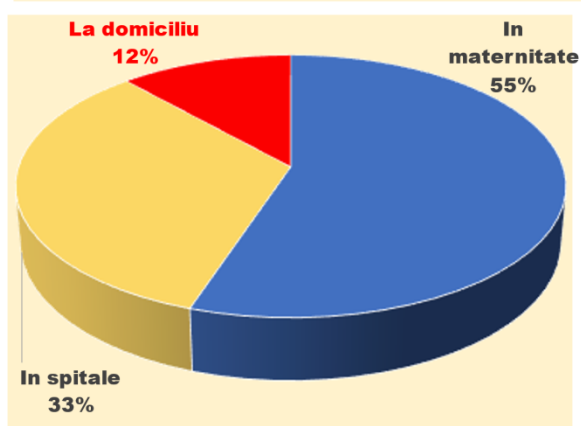
Locul decesului

În anul 2021 ca și în anii anteriori cei mai mulți copii sub 1 an au decedat în maternități respectiv 528 din 1018 decese (52,4%), 317 în secții de pediatrie și asimilate (31,5 %), 112 la domiciliu (11,1%) ,17 decese au avut loc în ambulanța sau camera de gardă a spitalului și 32 cazuri au fost înregistrat în alte părți(locuri publice,mijloace de transport etc). Deci 144 decese au avut loc în afară unei unitați sanitare(14,2% din total decese sub vârsta de 1 an).(CNS/INSP MI 2021)

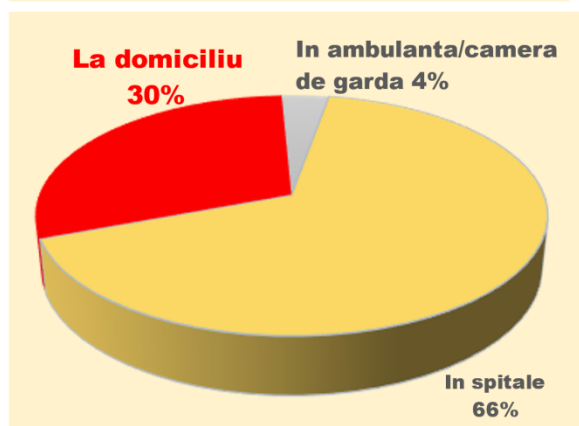
Dacă scădem din numărul total al copiilor decedați sub vârsta de 1 an (1008) pe cei decedați în maternități (528) și care nu au ajuns în familie, comunitate, în grija sistemului de asistență medicală primară, reiese că proporția celor decedați la domiciliu sau în alte părți (144)din totalul decedaților după externarea din maternitate(480) se ajunge la procentul de 30% ceace reprezinta o cu totul alta dimensiune a fenomenului.

Locul decesului la % decedați sub 1 an

Locul decesului pentru intregul lot



Locul decesului raportat numai la copii externati din maternitate



Sursa datelor CNS/INSP

Numărul de județe în care nu s-au înregistrat decese la domiciliu este relativ mic. Cităm dintre acestea jud. Tulcea în care deși accesul la servicii medicale este mult mai dificil decât în alte județe datorită condițiilor geografice nu s-au înregistrat în anul 2021 decese la domiciliu.

În schimb în alte județe numărul de decedați la domiciliu depășește pe cel înregistrat în spitale :

-județul 1: 4 decese în spitale/secții de pediatrie sau asimilate și 6 la domiciliu

-judetul 2: 5 decese în spitale, 7 la domiciliu

-judetul 3 :5 decese în spitale 4 la domiciliu

Numărul mare de fișe de deces incomplete nu ne permite să facem aprecieri valide privind asistența medicală acordată copilului la nivelul asistenței medicale primare anterior decesului. Un singur caz este raportat ca accident; multe decese la domiciliu sunt apreciate ca fiind datorate unor afecțiuni supraacute.

Din studiul realizat de către Institut și citat mai sus, reiese că din același lot de 33 copii decedați la domiciliu a căror documente medicale au fost analizate în detaliu, 5 nu au fost examinați niciodată de către medicul de familie, restul fiind examinați la intervale variabile din momentul în care au fost externați din maternitate. În 33% din cazuri medicul de familie și în 40% asistenta medicului de familie nu a făcut nicio vizită la domiciliul copilului, deși acestea sunt în mod expres prevăzute în Contractul de furnizare de servicii medicale.

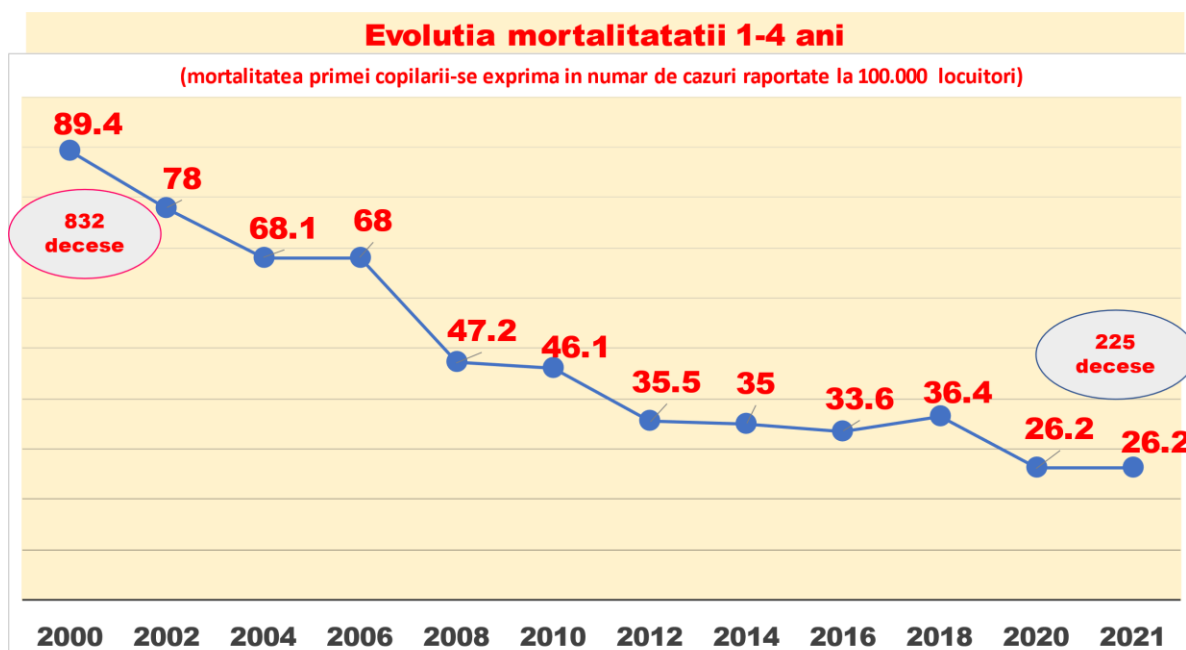
Decesele la domiciliu constituie unul din indicatorii ce evidențiază faptul, că serviciile medicale publice de sănătate primară, trebuie reorientate către comunitate și ca sistemul trebuie adaptat la structura, nivelul educativ și comportamentul și tradițiile culturale ale populației pe care o servesc.

Mortalitatea 1-4 ani și sub 5 ani

Denumită și mortalitatea primei copilării, reprezintă decesele în intervalul 1-4 ani raportat la 100.000 locuitori de aceeași vârstă.

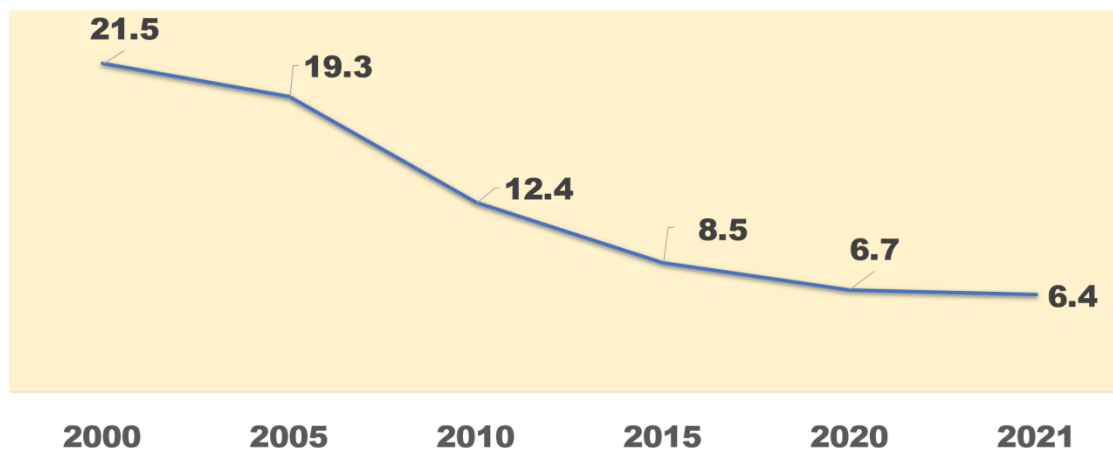
Un alt indicator care se utilizează din ce în ce mai mult pe plan internațional este mortalitatea sub 5 ani care cumulează mortalitatea infantilă și mortalitatea primei copilării respectiv numărul de decese sub vârsta de 5 ani raportat la 1000 născuți. Mortalitatea primei copilării ca și mortalitatea infantilă și pe cale de

consecință și mortalitatea sub 5 ani a scăzut semnificativ în ultimii ani.



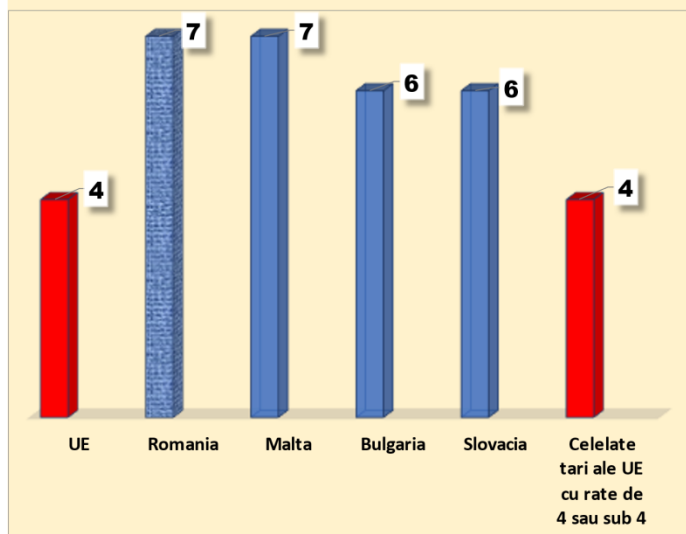
Evoluția mortalității sub 5 ani

-cumulează mortalitatea infantile și mortalitatea 1-4 ani-
- se raportează la 1000 născuți vii-



Cu toată scăderea mortalității copiilor sub 5 ani, indicatorul plasează România pe ultimul loc în UE (*Eurostat*):

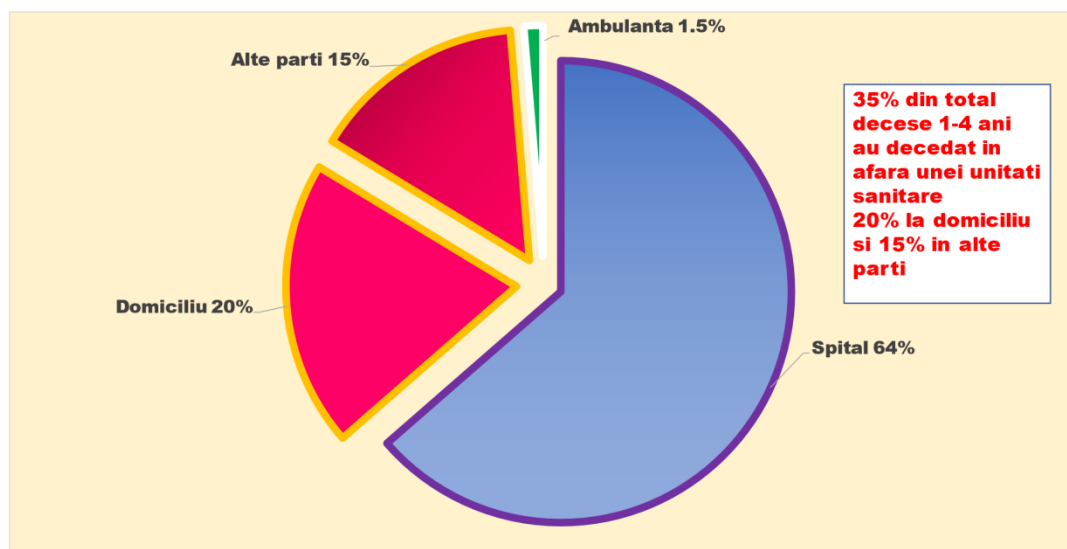
Mortalitatea sub 5 ani (under 5 mortality rate)



- - indicator sintetic de baza al starii de sanatate a copilului;
- cuprinde decesele sub 1 an si cele in perioada 1-4 ani, perioada de mare risc pentru deces la copil
- se raporteaza la 1000 nascuti vii

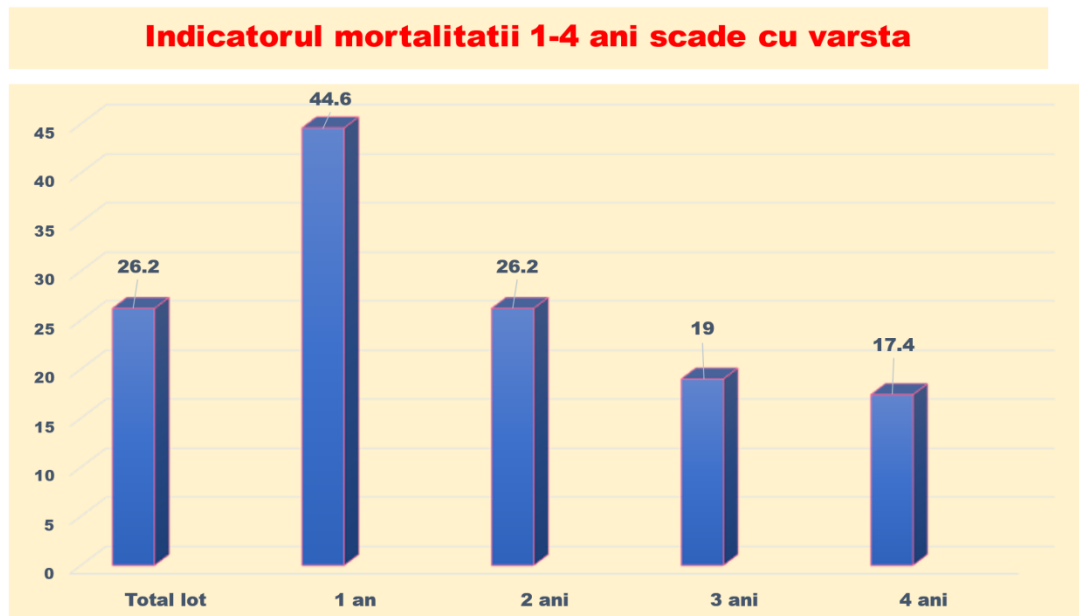
Colectarea și analiza separată a deceselor din grupa de vârstă 1-4 ani este importantă deoarece cauzele de deces și mai ales proporția în care intervin aceste cauze este specifică acestei perioade și poate furniza, factorilor de decizie informațiile necesare pentru elaborarea și implementarea de programe și intervenții specifice. Și la grupa 1- 4 an, 35% din decese se petrec în afara unităților sanitare, la domiciliu sau „în alte părți”. (Sursă datelor CNS/INSP)

Locul decesului –decese 1-4 ani



Frecvența mai crescută a deceselor prin accidente la această grupă de vârstă poate explica parțial numărul mare de decese în afara unităților sanitare.

În 2021 s-au înregistrat 225 decese 1- 4 ani repartizate, inegal între cei 4 ani ai intervalului, cele mai multe decese înregistrându-se la vârsta de 1 an respectiv 95 și cele mai puține la vârsta de 4 ani respectiv 37 .

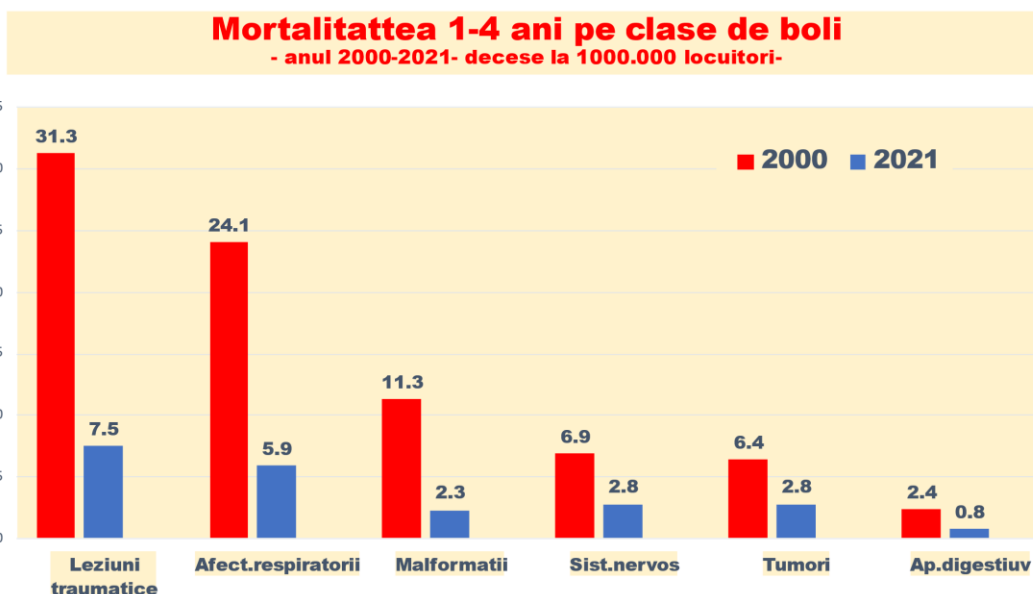


Sursa datelor CNS/INSP

Pentru întreaga grupă 1-4 ani primele 6 cauze de deces sunt:

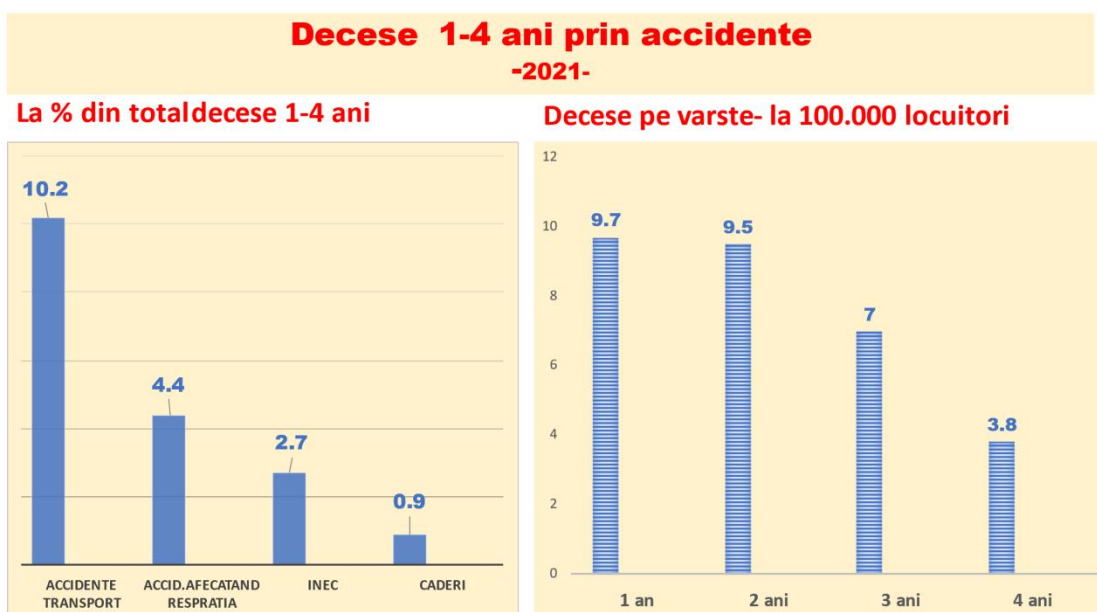
- leziunile traumatice 7,5 decese la 100.000 locuitori de această vârstă
- afecțiuni ale aparatului respirator 5,9 la 100.000 locuitori
- tumori și afecțiuni ale sistemului nervos 2,8
- malformații congenitale 2,3
- afecțiuni ale aparatului digestiv 0.8 decese la 100.000 locuitori

Analiza pe vârste, la care s-a petrecut evenimentul indică că în toți anii componenți ai intervalului 1-4 ani, se regăsec pe primele locuri cele 4 clase de boli listate mai sus, dar frecvența lor diferă în raport cu vârsta copiilor.



Sursa datelor CNS/INSP

Subliniem numărul important de decese prin leziuni traumatice, care afectează de regulă copii sănătoși, anterior evenimentului. Sistemul de sănătate în cooperare cu serviciile sociale, cu școala, cu comunitatea poate contribui la informarea/educarea familiilor prin campanii pentru prevenirea accidentelor casnice și rutiere cele mai frecvente cauze implicate în această categorie de decese. În graficul de mai jos se pot observa cauzele deceselor prin accidente. Paradoxal sunt mai frecvente la vârsta de 1 an, când copilul este sau ar trebui să fie în mai mare măsură sub supravegherea părinților. (CNS/INSP)



Afecțiunile respiratorii, a doua cauză de deces, sunt afecțiuni ce pot fi controlate prin supraveghere medicală adecvată a copilului mai ales a celui cu eventuale comorbidații, printr-un diagnostic precoce și tratament adecvat.

Decesele prin malformații congenitale necesită o cercetare pentru identificarea tipului de malformații, precum și necesarul de servicii specializate, infrastructură și personal, pentru rezolvarea acestor afecțiuni. Incidența malformațiilor și viciilor congenitale nu va scădea natural, precum incidența afecțiunilor respiratorii și de aceea investiția în servicii specifice pentru prevenirea și cura lor este rentabilă.

Decesele copiilor sub 5 ani și în special cele în vârstă de 1 an sunt puternic corelate cu statusul social al părinților.

În anul 2021 **starea civilă** a mamei păstrează aceeași dinamică din anii anteriori, adică, cele mai multe mame al căror copil a decedat în intervalul de vârstă 1-4 ani sunt căsătorite 75 (33.3%), urmează necăsătorite (12.9%) și concubine (10.7%) iar pentru 40.4% (91 cazuri) informația este necunoscută.

Nivelul de instruire al mamei acoperă toate formele de instruire specificate în fișă, cele mai multe dintre acestea având studii medii (36.4%). În 2021, 7,1% au absolvit școala primară, 15.6% gimnaziu, liceu 11.6%. Pentru 49.8% din cazuri informația nu a fost specificată.

În ceea ce privește **ocupația mamei**, în anul 2021 34.7% dintre mame au fost fără ocupație sau casnice, 15.6% salariate iar pentru 108 cazuri (48%) informația nu a fost specificată.

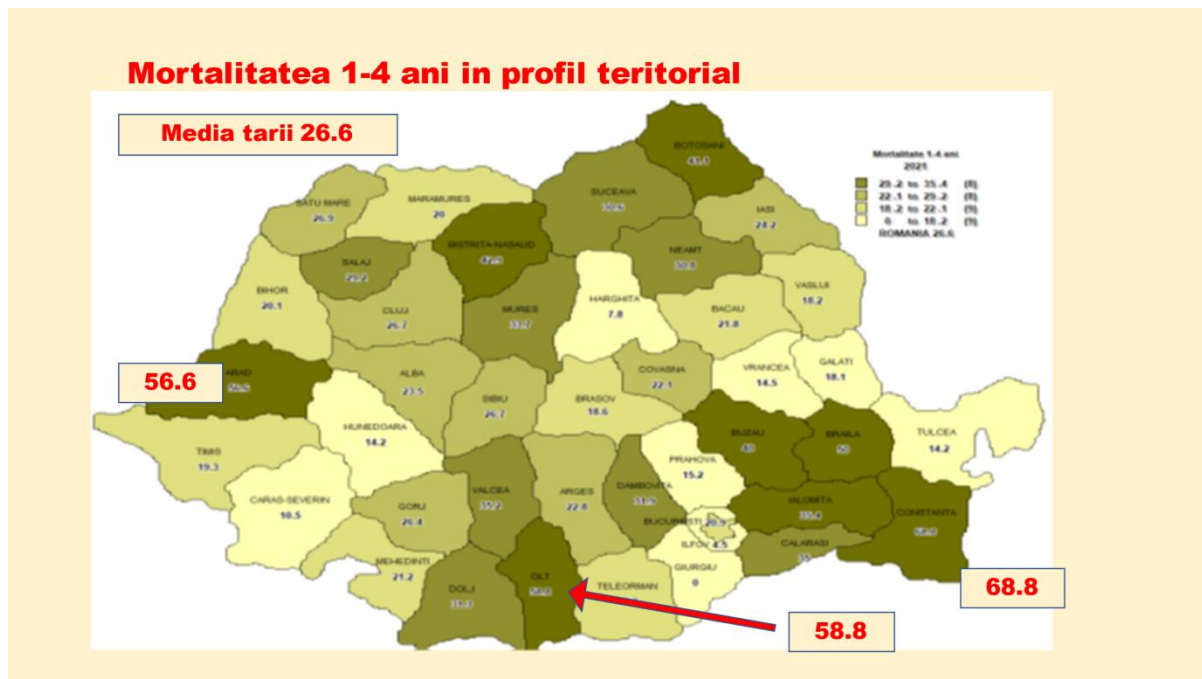
Peste jumătate din mamele copiilor decedați sunt fără ocupație sau casnice, circa 40% au studii numai gimnaziale (aproape 20% sunt analfabete sau cu școală primară neterminată) 20% nu au fost luate în evidența serviciilor medicale și nu și-au supravegheat medical sarcina. Numai 42 cazuri (16.5%) au fost asistate de medicul de familie pentru afecțiunea 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. (CNS/ÎNSP *Mortalitatea 1-4 ani - 2021*)

Situația ar putea fi explicată parțial prin cauza deceselor- leziuni traumatice- care pot conduce rapid la deces.

Aceste proporții ar putea fi în realitate mai mari deoarece multe date esențiale pentru analiza deceselor copiilor sub 5 ani lipsesc din fișele de deces care colectează datele necesare pentru rațiuni de sănătate publică.

În multe cazuri, DSP nu fac decât să transmită aceste documente către Centrul National de Statistică în Sănătate Publică, fără a face o analiză și o completare/rectificare a datelor.

Ca și la Mortalitatea Infantilă se înregistrează diferențe importante între valorile mortalității 1-4 ani înregistrate în diverse județe (*CNS/INSP Mortalitatea 1-4ani 2021*)



Având în vedere cele de mai sus, poate ar trebuii evaluat în ce masură, modelul organizării serviciilor de asistență primară, inspirat în mare parte, din formule ale unor țări din UE, cu alt nivel de dezvoltare socială și economică, corespunde structurii și necesităților populației din România, din acest moment, mai ales pentru aceea din mediul rural.

Totodată, dat fiind ponderea semnificativă a componentei sociale în structura mortalității sub 5 ani, serviciile sociale ar trebui să lucreze în mai mare măsură în mod integrat, cu serviciile de sănătate, în special de sănătate primara. Dreptul la sănătate prevăzut în **Convenția privind drepturile copilului**, nu poate fi asigurat decât printr-o colaborare intersectorială între sectorul sanitar, social, învățământ, autorități locale, colaborare ce trebuie statuată prin acte normative cu atribuții clare.

Mortalitatea perinatală

Sumează după cum se știe născuții morți (decesele fetale tardive – cu vârsta de gestație de peste 28 de săptămâni) și decesele din primele 6 zile de viață raportate la ‰ născuți vii și născuți morți.

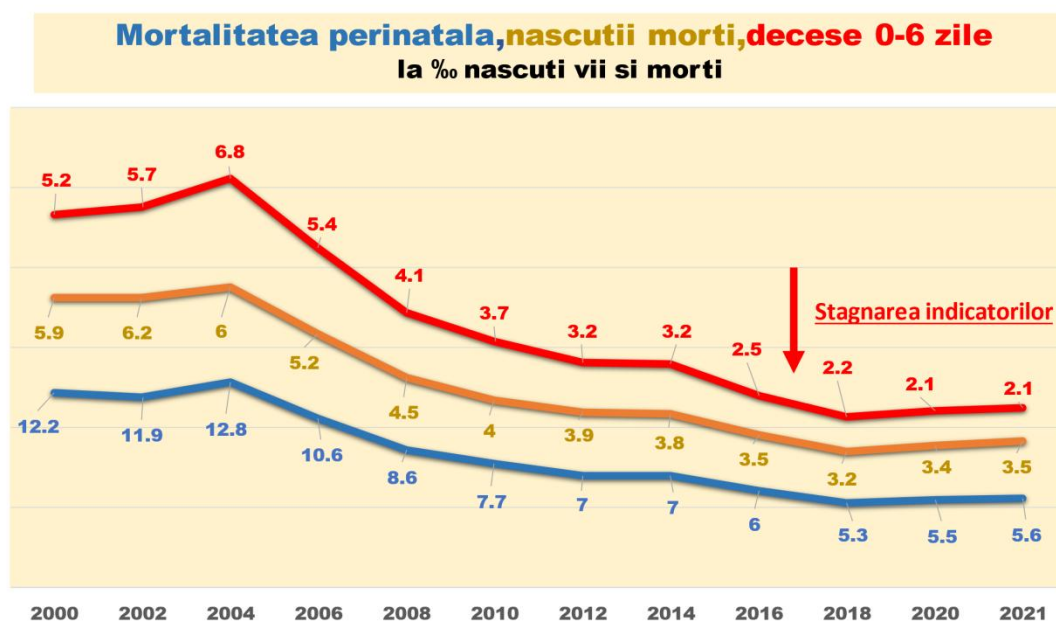
În anul 2021 indicele de mortalitate perinatală a fost de 5,7‰ născuți vii și născuți morți, (respectiv 1012 cazuri) similar valorilor înregistrate și pentru anii 2016, 2017, 2018. (CNS/INSP *Mortalitatea perinatală 2021*)

Componenta de mortalitate timpurie/precoce (0-6 zile) din structura indicatorului de mortalitate perinatală a fost amintită în document, motiv pentru care vom insista asupra componentei de mortalitate (născuți morți-deces fetal tardiv).

Mortalitatea (născuții morți)

Se iau în considerare pentru calcul născuții morți cu vârsta de gestație de peste 28 de săptămâni (peste 196 zile vârsta de gestație; dacă nu se poate cunoaște vârsta de gestație se poate lua în considerare greutatea fătului de 1000 gr. sau mai mult) raportat la 1000 născuți vii și născuți morți.

Indicatorul de mortalitate înregistrează în 2021 valoarea de 3,5‰ născuți vii și născuți morți, (respectiv 639 cazuri) fiind similar începând cu anul 2013.



Sursa datelor CNS/INSP

Principalele clase de boli care au condus la decesul fătului ante și intrapartum au fost (*CNS/INSP Mortalitatea perinatală 2021*)

P20-P29	Tulburări respiratorii și cardio-vasculare specifice perioadei perinatale
P00-P04	Făt și nou-născuți afectați de tulb. materne și complementare sarcinii, nașterii și lehoziei

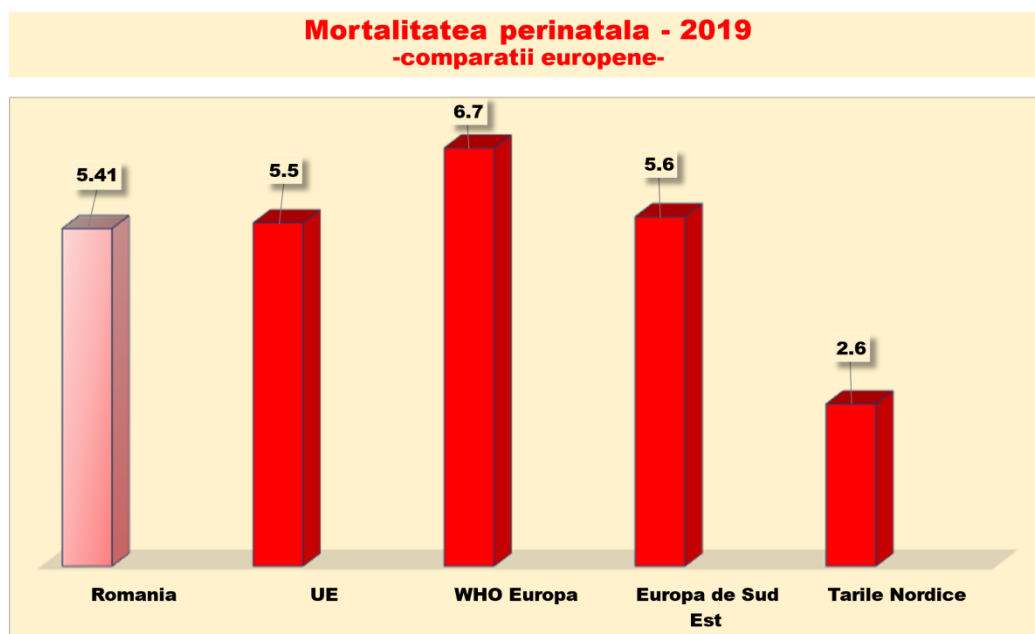
Iar în cadrul acestor clase, principalele cauze au fost

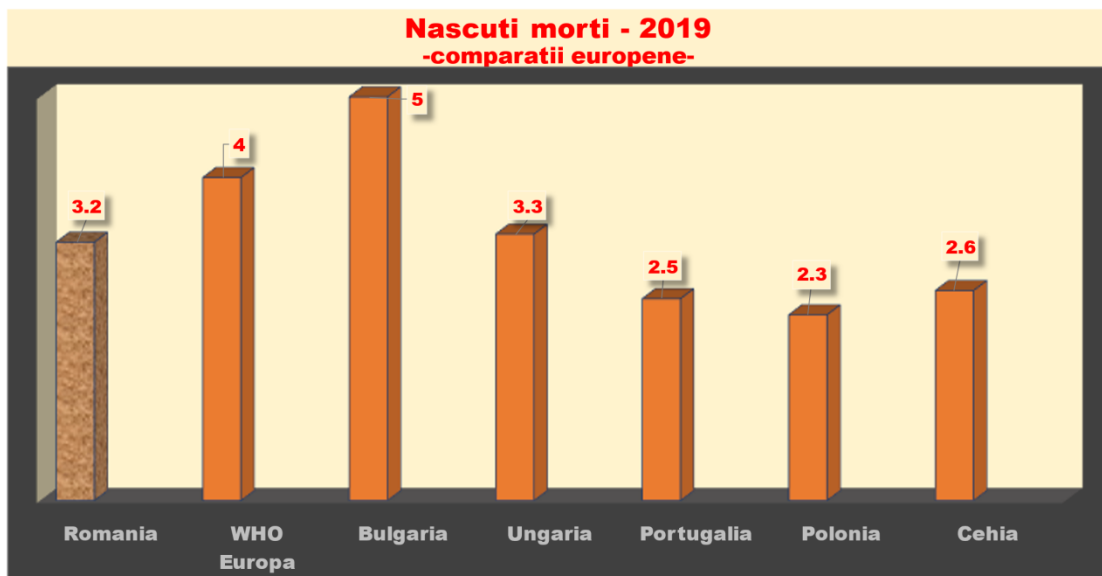
Hipoxie întra – uterină în 37,8% din cazuri

Făt și nou-născuți afectați de complicații privind placenta, cordonul ombilical în 32,5% cazuri.

Important de menționat este faptul ca indicatorul mortalității perinatale, mai ales prin componenta sa de mortinatalitate (născuți morți) plasează România în context european într-o poziție mai favorabilă în comparație cu alți indicatori ca de ex. mortalitatea infantilă, mortalitatea precoce, mortalitatea neonatală, mortalitatea postneonatală.

Ex. media UE la mortalitate perinatală este de 5,5 (2019) media României este de 5,41. La mortinatalitate media țărilor pendinte de Biroul OMS Europa este de 4,0 (în 2019) în România a fost de 3.2‰.-(*esaB etad SMO*)





Sursa datelor WHO Europ date base

Această situație nu are o explicație logică, obiectivă.

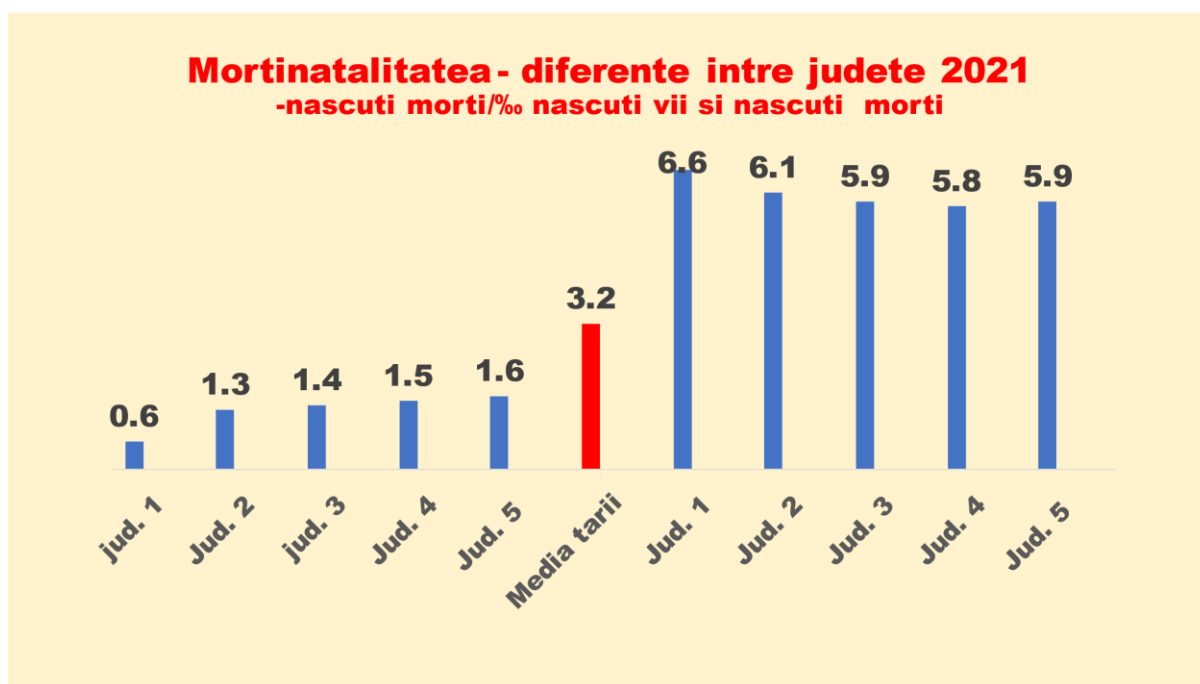
Indicatorul mortalității perinatale este calculat conform practicii internaționale, luând în calcul decesele fetale tardive, deci cei născuți morți cu vârsta de gestație de peste 28 săptămâni sau 1000gr. greutate. În România nu se colectează în prezent date despre decesul fetal intermediar, respectiv cel sub 28 de săptămâni de gestație sau 1000 gr. greutate, aceste decese, fiind incluse la categoria avorturi. O apreciere insuficient de riguroasă a vârstei de gestație sau a greutateii de la naștere ar putea influența calcularea corectă a indicatorului de mortalitate, el putând fi în realitate mai mare.

Calculul oficial al indicatorului se face de către INS pe baza Certificatului născutului mort întocmit de către Biroul de Evidență a Populației. Sunt situații în care părinții deși primesc de la maternitate Certificatul medical constatator al născutului mort (document medical) nu mai declară la Biroul de Evidență a populației născutul mort (declarație ce trebuie făcută în termen de 3 zile) și nu obțin Certificatul născutului mort (act de stare civilă), astfel încât cazul respectiv nu mai apare în statistica oficială. Acest lucru este confirmat și de faptul că Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică din cadrul INSP primește anual un număr mai mare de Fișe ale născutului mort (document medical ce se completează în maternitate) decât înregistrează sistemul de evidență a populației.

O cercetare riguroasă cu monitorizarea în maternități a diagnosticului deceselor fetale tardive, dar și a celor intermediare ar putea confirma sau infirma valoarea corectă a acestui indicator.

Există în prezent o propunere de declarare a născutului mort începând de la 24 de săptămâni de gestație similar situației din alte țări europene. Indiferent de la ce vârstă se va declara născutul mort, 28 sau 24 de săptămâni, pentru a asigura o standardizare europeană și posibilitatea de comparații internaționale conform deciziei WHO, în calculul mortalității perinatale se vor lua în considerație numai născuții morți cu vârsta gestațională de 28 săptămâni sau 1000 gr.

La nivel național se înregistrează diferențe semnificative între numărul de născuți morți raportați și înregistrați în diverse județe, diferențe care la o evaluare statistică nu pot avea o cauză obiectivă.



Sursă datelor CNS/INSP

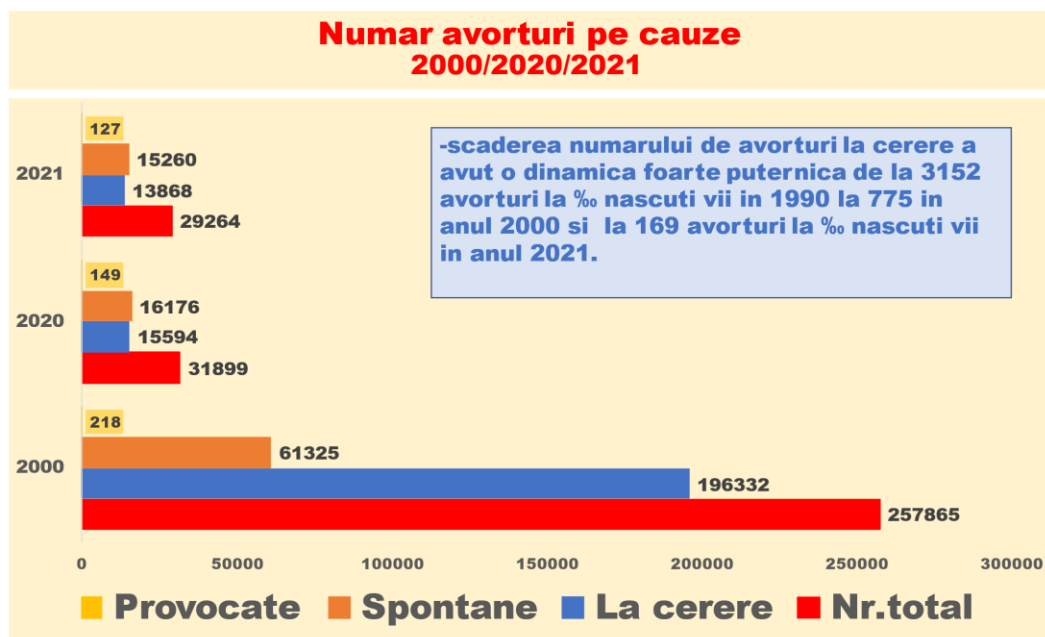
Întreruperi se sarcină

În anul 2021 au fost raportate către DSP de către spitale și cabinetele de obstetrică ginecologie publice și private un număr de 31.889 întreruperi de sarcină din care 15.594 la cerere și 16.176 avorturi spontane, continuând trendul descrescător al anilor anteriori: 47.492 întreruperi de sarcină în 2019 din care 26.862 la cerere și 20.462 spontane în comparație cu 70.885 întreruperi de

sarcina în 2015, din care 41.056 întreruperi la cerere și 29.827 avorturi spontane.

Raportat la populația fertilă și numărul de nașteri în 2021 s-au realizat următorii indicatori:

- 7,0 avorturi la 1000 femei in grupa de varsta 15-49 ani, din care 3,3 la‰ avorturi la cerere
- 161,9 avorturi la 1000 născuți vii din care 76,7‰ avorturi la cerere



Sursa datelor CNS/INSP

Se înregistrează în continuare un număr mare de întreruperi de sarcină la adolescenete. In anul 2020 au fost efectuate 2935 întreruperi de sarcină la persoane sub vârsta de 19 ani din care 189 sub vârsta de 15 ani. Din total întreruperi 1411 au fost la cererea persoanei.

Imediat după liberalizarea avortului din anul 1990, s-au înregistrat un număr foarte mare de întreruperi de sarcină la cerere (circa 1 milion avorturi in 1990) ulterior numărul acestora scăzând odată cu dezvoltarea serviciilor de planificare familială (PF) și a modificării comportamentului reproductiv al populației.

Numărul de avorturi înregistrat și raportat din perioada 1966-1989 în condițiile interzicerii avortului la cerere, reprezintă numai avorturile ce erau aprobate de către comisiile ce avizau întreruperea cursului sarcinii pentru rațiuni medicale și sociale și avorturile ce ajungeau în unitați sanitare, de obicei ca urmare a unei

manevre abortive efectuate în prespital de către femeia însărcinată sau de către personal necalificat pentru astfel de manevre.

După 1990, raportarea și înregistrarea întreruperilor de sarcină este obligatorie pentru toate instituțiile sanitare atât cele publice cât și cele private. Deși trendul descrescător este evident, nu putem aprecia pe criterii obiective dacă raportarea se face integral conform reglementărilor, dar putem observa foarte clar diferențe semnificative între întreruperile de sarcină înregistrate în diferite județe, situație neexplicată prin numărul diferit de locuitori și implicit prin populația fertilă a zonei.

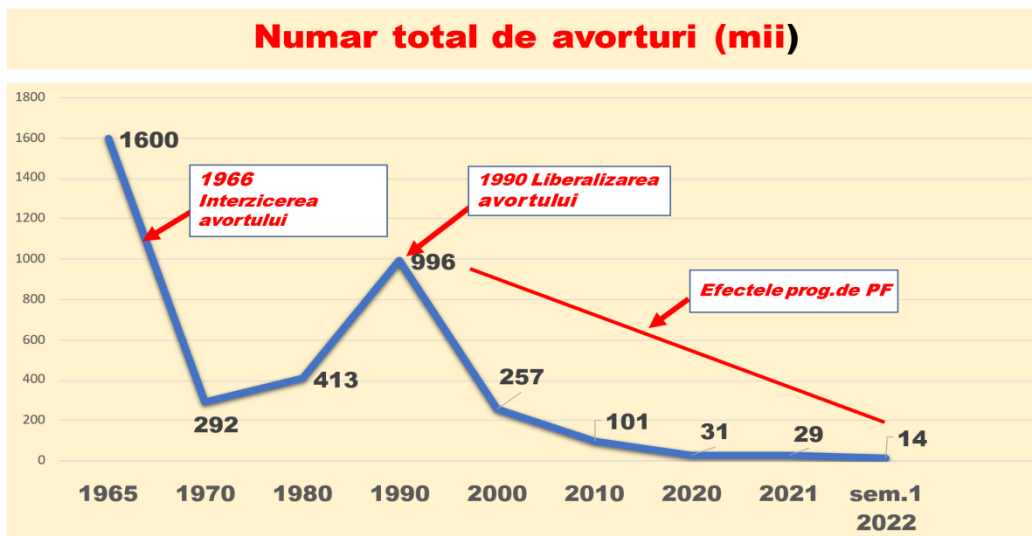
Sunt județe care nici în anul 2021 și nici în sem.1 din 2022 nu au raportat avorturi la cerere.

Diferențele mari în raportarea avorturilor între județe poate eventual să fie explicată și prin numărul foarte diferit de unitați sanitare, de regulă din asistența primară, care oferă încă consiliere pentru PF. S-a semnalat faptul ca în anumite județe sunt unitați sanitare de specialitate publice care refuză efectuarea de întreruperi de sarcină pentru considerente diverse. Această situație trebuie analizată pentru identificarea cauzelor și găsirea soluțiilor, având în vedere că întreruperea sarcinei la cerere este un serviciu medical la care femeia are dreptul conform legislației în vigoare.

În ceea ce privește numărul de avorturi încadrate la grupa avorturi provocate, raportate și înregistrate, este dificil de acceptat cifrele raportate, atât timp cât în 2020 au fost raportate 119 cazuri numai de către 6 județe (Cluj-19, Arad-8, Bistrița-4, Timiș-3, Harghita 2 și M. București 83). În anul 2019 s-au raportat 204 avorturi provocate tot în județele Timiș, Cluj, M. București și Dolj.

După 1990 odată cu dezvoltarea unui program de planificare familială bine constituit care îngloba training al personalului medical, descentralizarea serviciilor către rețeaua de medicină primară, campanii de informare a populației și totodată oferirea de metode contraceptive moderne în mod gratuit către o categorie foarte largă de beneficiare, numărul de întreruperi de sarcină la cerere a scăzut rapid.

Trendul descrescător este evident, chiar dacă cifrele absolute de întreruperi de sarcină înregistrate poate nu înglobează toate avorturile la cerere efectuate în unele instituții medicale.



Sursa datelor CNS/INSP

Rezultatele rapide obținute au determinat ca România cunoscută drept țara cu cea mai mare mortalitate prin avort și ulterior prin numărul cel mai mare de avorturi la cerere, să fie un exemplu pozitiv al unei intervenții de sănătate publică la nivelul biroului OMS/UNFPA pentru Europa.

În ultimii ani, deși programul de planificare familială a constituit obiectiv al Strategiei pentru sănătate a României, acesta nu a mai fost finanțat, nu au mai fost alocate resurse pentru procurarea și distribuția gratuită a contraceptivelor, numărul de cabinete și de personal specializat a diminuat. Deși figurează în programul de sănătate pentru femeie și copil intervenția nu mai este finanțată de circa 2-3 ani.

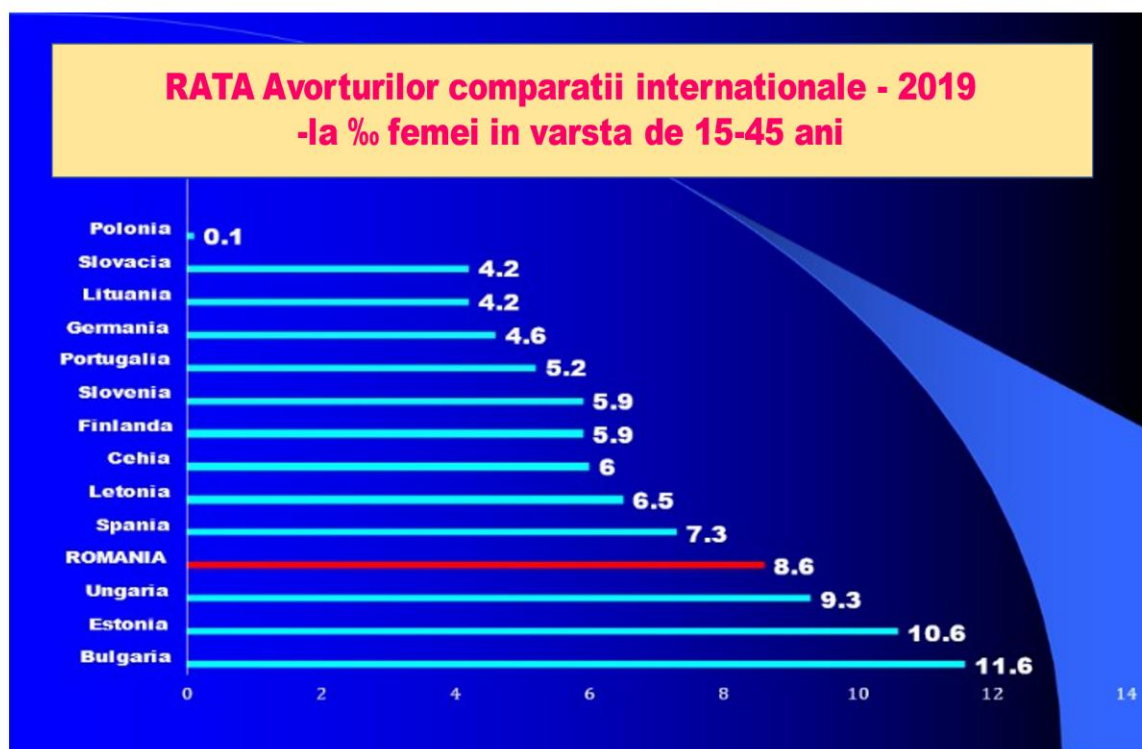
În anul 2022 a fost aprobată o reglementare care facilitează procurarea și distribuția contraceptivelor în cadrul programelor de sănătate. Totodată, a fost înființat un Grup Tehnic de Lucru prin ordinul Ministrului Sănătății, (Direcția Generală Asistență Medicală, Serviciul Asistență Medicală și Planificare Strategică, Compartimentul Sănătatea Femeii și Copilului în parteneriat cu Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii) în vederea adaptării legislației aplicabile în domeniu cu necesitățile actuale. Deasemenea în Programul PNRR sunt prevăzute reabilitarea și dotarea a 119 cabinete de planificare familială prin apelul competitiv al Ministerului Sănătății („Cabinete de planificare familială” din cadrul Componentei 12 – Sănătate – Investiția 1.5 Dezvoltarea infrastructurii medicale prespitalicești). Toate acestea constituie

premisele ca programul de PF să răspundă atât solicitărilor populației cât și unor rațiuni de sănătate publică.

Studiul Sănătății Reprodusei (INSMC 2016) relevă faptul ca utilizarea contracepției și în special a contracepției 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 (comparativ cu 23% în anul 1999) și 9,6% metode tradiționale.

Același studiu citat mai sus arăta că 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 tradiționale, fiind astfel expuse riscului unei sarcini nedorite, neplanificate. În aceste condiții nevoia neacoperită pentru o metodă de contracepție modernă calculată la femeile de vârstă fertilă este de 26,3 % iar la cele căsătorite 31,4%. Aceste date constituie argumente pentru continuarea programului de PF, în parametrii inițiali, program care și-a dovedit eficiența atâta timp cât a funcționat corespunzător

Cu toata scăderea importantă a întreruperilor de sarcină, ceea ce ce constituie o realizare importantă a unui program de sănătate, numărul de întreruperi de sarcină înregistrat în România este mai mare decât în multe țări europene.



Sursa datelor Eurostat

Mortalitatea maternă

Rata (indicele) mortalității materne și cauzele mortalității materne, sunt considerate doi dintre cei mai importanți indicatori ai sănătății materne. Mortalitatea maternă este un important indicator al performanței sistemului de sănătate chiar și în țările dezvoltate, unde decesele materne sunt foarte rare. În aceste țări decesele materne sunt percepute ca evenimente semnificative pentru eficacitatea și calitatea îngrijirilor pre, intra și postnatale.

Din acest motiv OMS, recomandă, atât țărilor cu număr mare cât și țărilor cu număr mic de decese, să realizeze periodic analiza deceselor materne.

În anul 2022 a fost elaborat de către agențiile internaționale cu preocupări în domeniul sănătății reproductivă și sănătății materne, respectiv OMS/UNICEF/UNFPA/World Bank și Divizia de Populație a UN raportul Trends in Maternal Mortality 2000-2022.

Raportul precizează următoarele constatări principale:

- la nivel global s-au obținut rezultate semnificative în ceea ce privește diminuarea numărului de decese materne dar trendul descrescator a

stagnat după anul 2015, înregistrându-se creșteri ale indicatorului în unele țări și regiuni;

- pandemia COVID-19 a îngreunat și mai mult progresele în domeniul sănătății materne. Influențele deceselor obstetricale indirecte determinate de către COVID - 19 sunt în curs de evaluare dar accesul la vaccinare și supraveghere medicală prenatală sunt două căi sigure pentru asigurarea unei sarcinii sănătoase;
- sângerările masive, hipertensiunea arterială, infecțiile din timpul sarcinii, complicațiile post avort și afecțiunile preexistente care pot fi agravate de către sarcină constituie cauzele majore ale deceselor materne dar pot fi prevenite prin acces la servicii medicale prenatale de calitate;
- In jur de 1/3 dintre femei, la nivel global, nu beneficiază nici măcar de patru din cele 8 controale prenatale recomandate.

Multe din constatările menționate de către Raport la nivel global sunt întâlnite și în țara noastră.

În România, colectarea datelor și analiza mortalității materne este reglementată prin Ordinul Ministrului Sănătății nr.620/2001.

Ordinul necesită o revizuire, adaptare și corelare cu alte reglementări legale ce au fost elaborate între timp (ex.protecția datelor cu caracter personal, modificări în organizarea sistemului de sănătate atât la nivel administrativ cât și la nivelul furnizorilor de servicii medicale, etc). Deasemenea OMS recomandă țărilor membre ca pe lângă analiza mortalității materne să se efectueze și o analiza a cazurilor cu patologie gravă.

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

Decesele materne sunt sub-împărțite în patru categorii:

- Decesele prin risc obstetrical direct sunt cele care rezultă din complicații obstetricale (sarcină, naștere, lehozie), intervenții, omisiuni, tratamente

incorecte sau printr-o înlănțuire de evenimente rezultând 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 și “decesele fortuite” sunt acele decese care se produc în 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 vârsta sarcinii la care s-a petrecut evenimentul care conduce la deces. Dat fiind faptul ca multe dintre decesele prin avort sunt prin avort autoprovocat, în țări precum România unde avortul provocat a constituit o problemă majoră socială și de sănătate publică, aceste tipuri de decese sunt tratate încă separat și nu în cadrul deceselor materne prin risc obstetrical direct.

În România, începând cu anul 1996, se înregistrează toate decesele materne indiferent de cauza producerii acestora incluzând și 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 :

1. *prin avort* (coduri între O00 și O08 inclusiv),

2. *risc obstetrical direct* (coduri între O10 și O92 inclusiv),

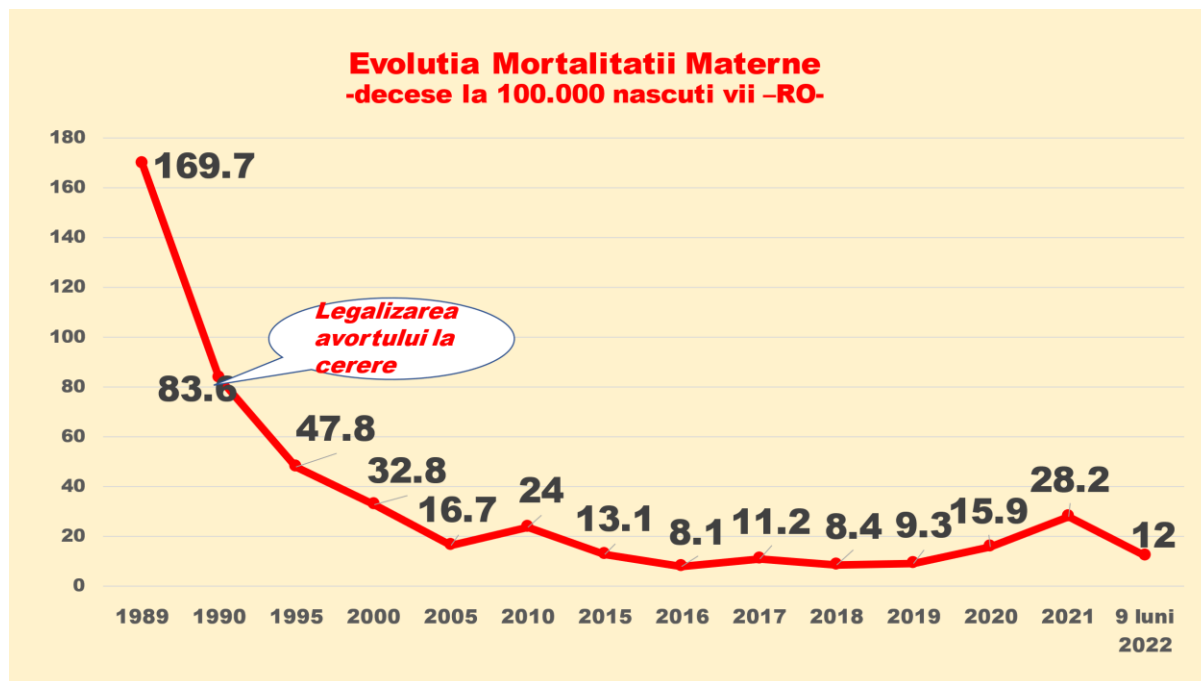
3. *risc obstetrical indirect* (coduri între O95 și O99 inclusiv, care până la acea dată se codificau la codul de boală respectiv, de exemplu la boli ale aparatului respirator, ale aparatului circulator, etc) și

4. *cauzele colaterale*.

Obiectivul național privind scăderea indicatorului mortalității materne stabilit de către MS, până în anul 2015 respectiv, 10 decese la 100.000 nașteri a fost atins numai în anii 2016, 2018 și 2019. În anul 2020 s-a înregistrat din nou un vârf cu 32 decese materne la un număr de circa 200.000 nou născuți cu un indicator de 15,9 decese materne la 100.000 nou născuți, iar în anul 2021 mortalitatea maternă (în contextul epidemiei de Covid 2) a înregistrat un vârf cu un număr similar anului 2010, de 51 decese respectiv 28,2 decese la 100.000

născuți vii. În primele 9 luni ale anului 2022 au fost înregistrate 16 decese cu un indicator provizoriu de 12 decese la 100.000 născuți vii.

Din cele 51 decese înregistrate în anul 2021, 35 decese au fost determinate de cauze indirecte, din care 25 cazuri fiind asociate infecției cu coronavirus.



Sursa datelor CNS/INSP

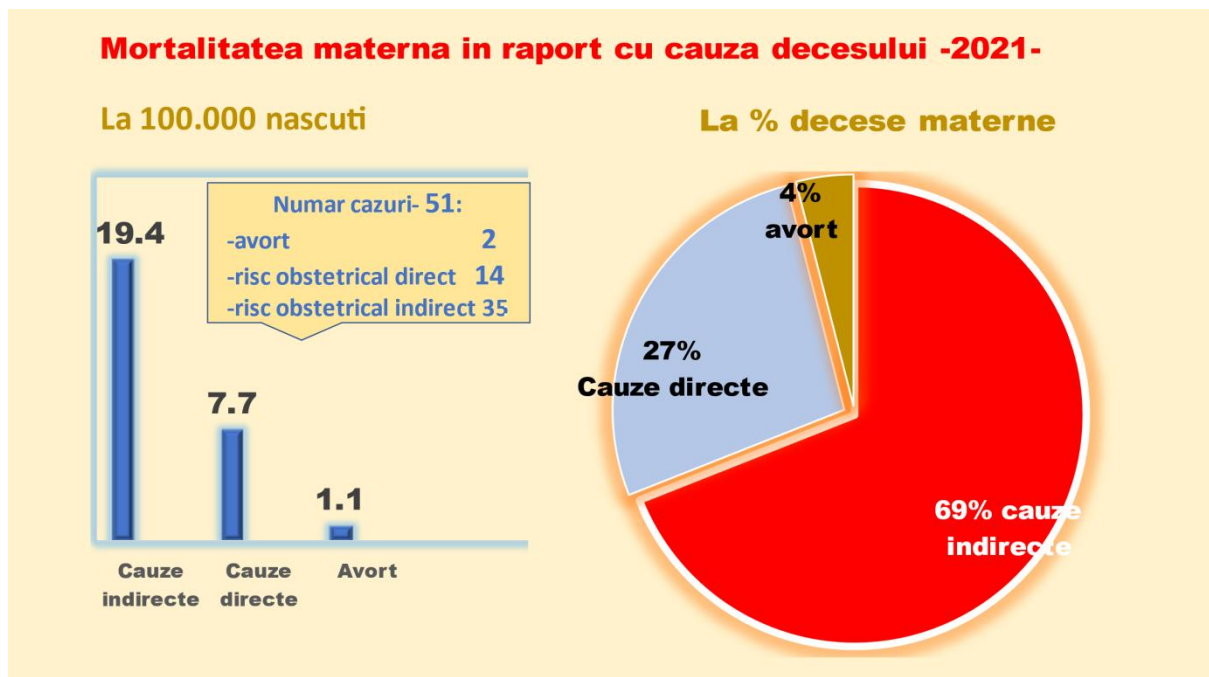
Această scădere marcată și rapidă după anul 1990 s-a datorat în special legalizării întreruperii cursului sarcinii la cerere și diminuării drastice, chiar dispariției, deceselor prin avort provocat. Din acest punct de vedere România constituie un caz de studiat, relevând care pot fi consecințele unei politici pronataliste forțate.

Concomitent cu scăderea mortalității prin avort a scăzut și mortalitatea prin risc obstetrical direct de la 43 cazuri în anul 2000 la 14 cazuri în anul 2021. Din 2009, de când se înregistrează în statistici, se evidențiază ponderea deceselor materne prin risc indirect din mortalitatea maternă.

Ponderea importantă a deceselor datorate sau favorizate de afecțiuni preexistente sarcinii sau concomitente cu sarcina (risc indirect) indică importanța încadrării unei sarcini în categoria de risc și definirea riscului; medicul de familie are un rol important, cunoscând atât istoricul stării de sănătate a gravidei cât și al familiei, precum și necesitatea supravegherii sarcinii

cu risc de către o echipa multidisciplinară, echipă în care medicul obstetrician este unul dintre specialiști.

Constituirea acestei echipe de specialiști care ar trebui să își asume responsabilitatea pentru îngrijirea și managementul general al sarcinii și lăuziei, în special la gravidele/lăuzele cu boli cronice preexistente sarcinii constituie, o provocare a administrației sistemului de sănătate prin prisma numărului limitat de specialiști, alții decât obstetricieni, care doresc și pot să se implice efectiv în 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 măsura mai mare responsabilitatea și a altor specialiști, nu numai a medicilor obstetricieni.



Sursa datelor CNS/INSP

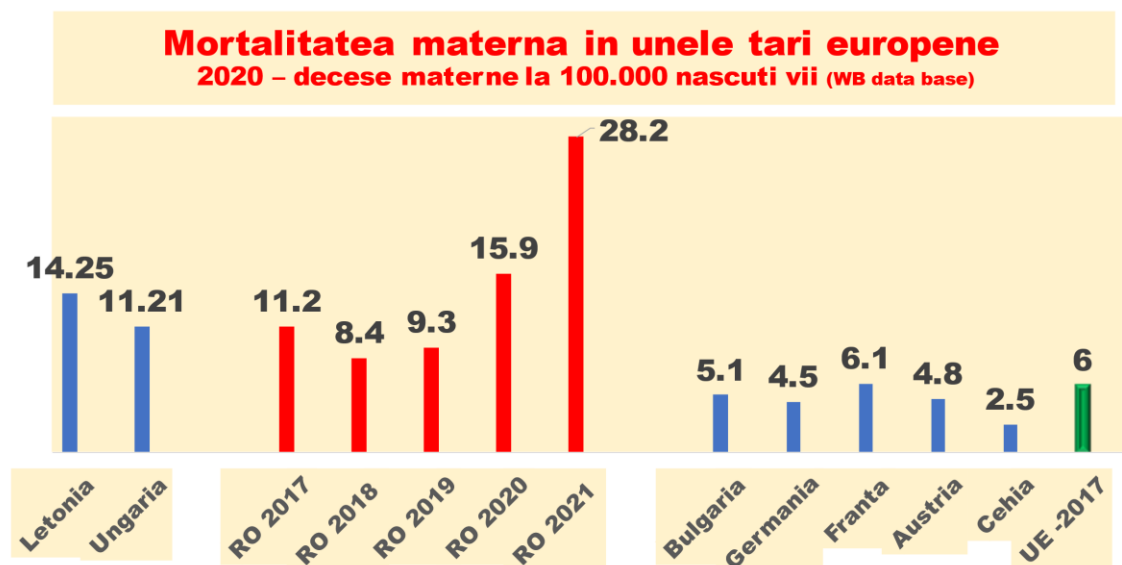
Decese materne /grupe de diagnostic 2021

Grupa de diagnostic	Coduri boala	Numar cazuri	Observatii
1.Avort	000-008	2	
2.Risc obstetrical direct			
• Edeme,Hipertensiune	010-016	2	Preeclamsie,eclampsie
• Cauze legate de fat,distocii	030-048	4	Cauze fetale,disproprtii,prezentatii anormale
• Complicatii travaliu,nastere	060-075	4	Hemoragie,Infectii
• Complicatii lehuzie	085-092	4	Sepsis in lehuzie,hemoragie
3.Risc obstetrical indirect			
• Boli ce complica sarcina,naterea si lehuzia,	095-099	35	Infectioase,sechele dupa complicatii,alte afectiuni complicand sarcina

Sursa datelor CNS/INSP

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 deasemenea contribuția în mortalitate a deceselor prin cauze indirecte. Analiza în curs a deceselor înregistrate în anul 2020 și 2021 va evidenția cauzele creșterii brutale a indicatorului în acești ani.

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 datelor CNS/INSP

Numărul relativ mic de decese înregistrate anual face irelevantă prelucrarea statistică anuală pe cauze determinante și favorizante.

In analiza datelor colectate pe perioada 2000-2019 efectuată de către CNS/INISP (*Mortalitatea Materna 2019 - Cristina Cirtog, Gabriela Ghenea, Dan Pirvu*) reies următoarele :

Decesele prin risc obstetrical direct

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

- complicațiile travaliului și nașterii (146 cazuri),
- complicațiile legate in principal de lăuzie (119 cazuri),
- îngrijiri acordate mamei legate de făt, cavitatea amniotică și eventuale distocii (73 cazuri),
- edem, proteinurie și hipertensiune in cursul sarcinei, nașterii și lăuziei (67 cazuri)
- alte tulburări materne legate in special de sarcină (8 cazuri).

Cele mai frecvente complicații care au condus la deces au fost hemoragia, preeclampsia/eclampsia și septicemia. Pe plan internațional este unanim admis ca hemoragiile intra și postpartum precum și eclampsia sunt afecțiuni care pot fi controlate printr-un management corespunzator în unitați care pot satisface riscul prezentat de către gravidă.

Intr-un studiu efectuat de către INSMC asupra deceselor materne din anul 2014 și 2015 (*Studiul mortalității materne și infantile-2016 Stativa, Mihailescu, Stanescu*) a reieșit ca la gravidele care au decedat, la 12 ore de la internarea în maternitate, în 41,7% din cazuri se înregistrau fenomene clinice și biologice de septicemie, în 36,1% hemoragie severă 25% semne clinice de preeclampsie/eclampsie, 8,5% fisura/ruptură uterină.

Decesele prin risc obstetrical indirect,

In perioada analizată s-au înregistrat 121 cazuri clasificate ca diagnostic la:

- alte boli ale mamei, clasate la alte locuri, dar complicând sarcina, nașterea și lăuzia (106 cazuri). In această categorie majoritatea cauzelor de deces au fost clasificate la boli ale aparatului circulator complicând sarcina și 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 obstetricala de cauză neprecizată (1 caz).

Decesele prin avort

In perioada 2000-2019 s-au înregistrat 250 de decese prin avort. Menționăm că mortalitatea prin avort a scăzut semnificativ în ultimii ani, de la 16,2 în anul 2000 la 0,5 decese la 100.000 nașteri în anul 2019. Din anul 2016 nu s-a mai înregistrat anual decat 1-2 cazuri de deces prin avort.

Deasemenea din anul 2014 nu s-au mai înregistrat decese ca urmare a unui avort medical.

Majoritatea deceselor prin avort au fost clasificate la categoria avort, alte forme de avort, avort spontan. Diminuarea până la dispariție a deceselor prin avort probează încă odată că un program de sănătate cu multe valențe sociale, respectiv programul de PF, a putut obține rezultate foarte bune într-un timp istoric relativ scurt.

Locul decesului:

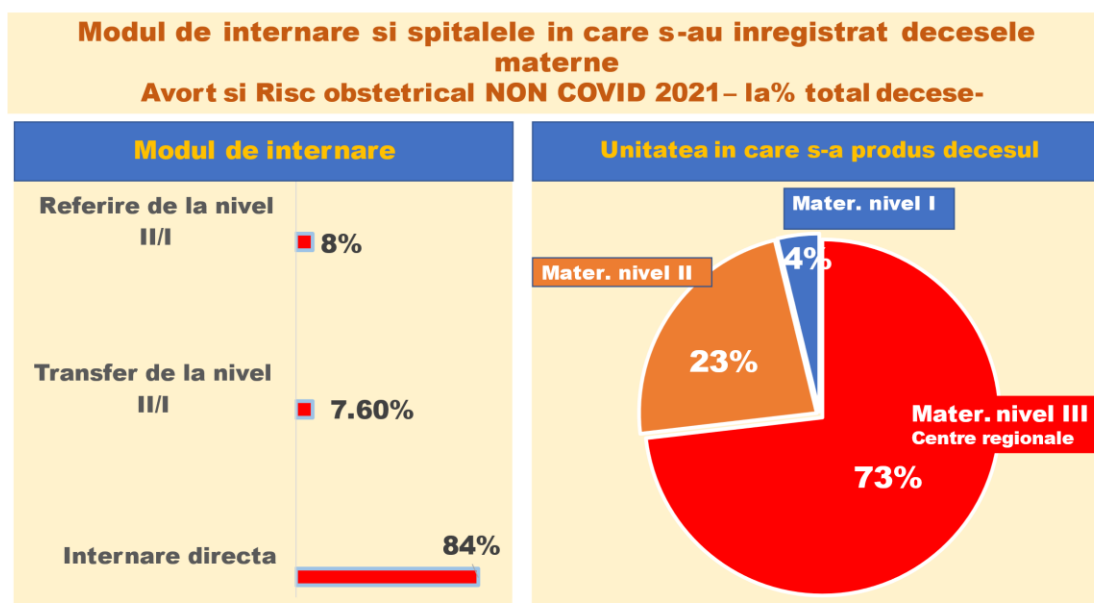
Marea majoritatea a deceselor materne s-au înregistrat în maternități (adică în secții/compartimente de obstetrică ginecologie) sau in spitale (de regula în secții/compartimente de ATI).

Totuși in 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 unitati 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 în ultimii ani. În anul 2021 nu s-au înregistrat decese materne la domiciliu. Aceste cifre ridică probleme serioase privind adresabilitatea și accesul la servicii medicale capabile să stăpânească riscul prezentat de către gravidă în special pentru persoane aparținând grupurilor vulnerabile, dar nu numai.

Evaluând locul decesului printre decesele înregistrate în anul 2021, excluzând decesele determinate de către Covid (respectiv 25 cazuri) care au fost internate în unități specializate, nominalizate, restul deceselor materne s-au înregistrat în următoarele tipuri de unități, după cum urmează:

- 19 decese în unități de nivel III maternități regionale
- 6 decese în unități clasificate la nivelul II de ierarhizare
- 1 deced într-o unitate de nivel I



Sursa datelor : INSMC

Din decesele înregistrate în unități terțiare, numai două au fost transferate postpartum de către unități de nivel II, iar alte două au fost referite antepartum către unități terțiare de către unități de nivel I, restul cazurilor decedate în unități terțiare s-au internat direct și au născut în aceste unități.

Având în vedere datele de mai sus avem argumente să afirmăm că regionalizarea îngrijirilor pentru asistența la naștere stabilite prin Ordinul

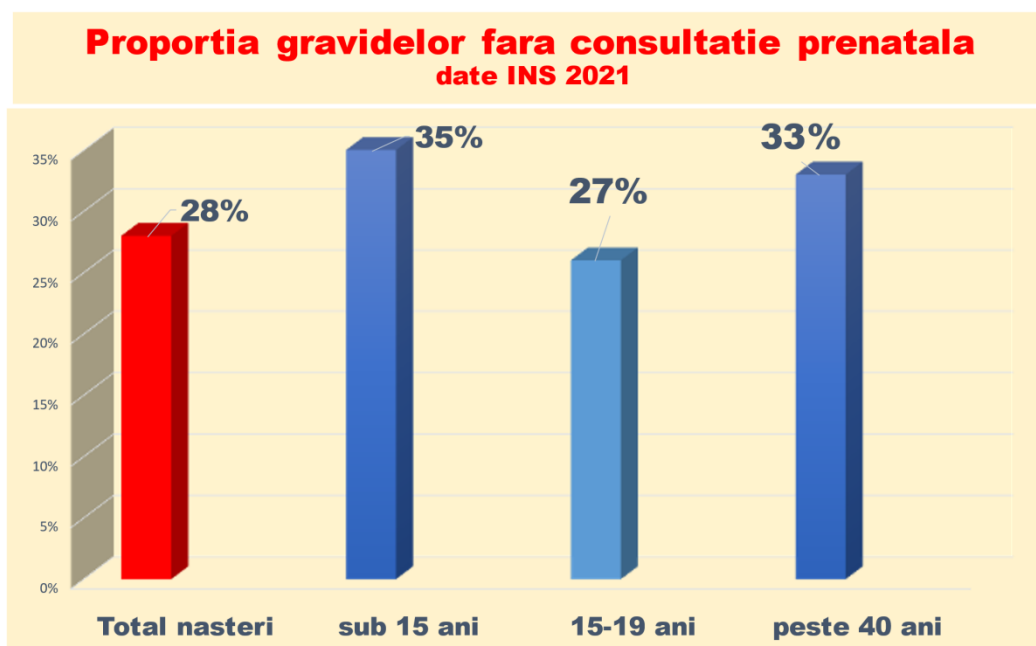
Ministrului Sanatatii 323/2011, funcționează, cazurile grave fiind referite sau adresandu-se direct, antepartum, către maternitațile de nivel III, maternități regionale .

Consultația prenatală

Supravegherea medicală a sarcinii atât de către medicul de familie, de către obstetriceni și alți specialiști, în funcție de riscul prezentat de către gravidă este o cale sigură și eficientă de prevenire și/sau tratament precoce a unor complicații ale gravidității.

Specialiștii din sistemul de sănătate, în special cei din maternități, apreciază că o proporție mare dintre gravide nu se prezintă la medic în timpul sarcinii sau realizează numai 1-2 vizite, eventual numai pentru efectuarea unor investigații de laborator.

Raportările INS indică pentru anul 2021 un număr foarte mare de gravide fără consultație prenatală, respectiv 51.053 de gravide, reprezentând 28% din totalul nașterilor



Sursa datelor INS

La cele două extreme ale perioadei fertile, acolo unde riscul unei sarcini este mult mai mare, proporția gravidelor fără consultație prenatală este și mai mare.

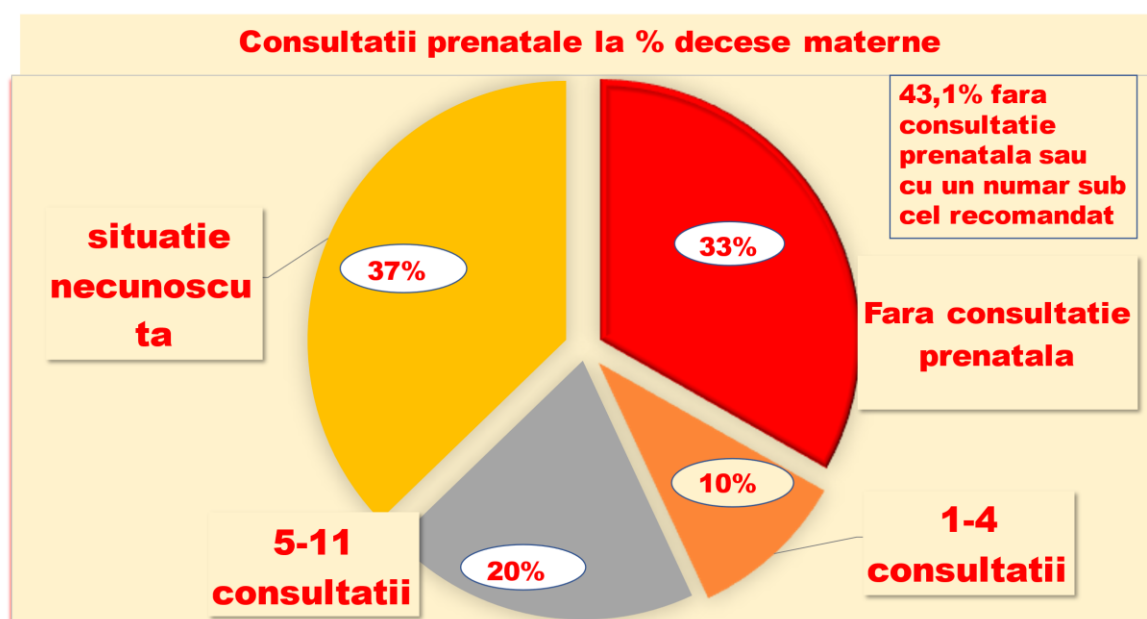
INS colectează datele privind consultația prenatală din *Certificatul constatator al născutului viu*, în cuprinsul căruia există o rubrică privind controalele prenatale. Acest document, deși semnat de către un medic, este completat de

regula de către un registrator/statistician medical și este posibil ca rubrica privind controalele prenatale să nu fie completată și deci datele raportate către INS să nu aiba un fundament solid. Această ipoteză poate fi eventual susținută și de faptul ca multe *Fișe ale decesului prin complicațiile nașterii și leuziei* nu au completate toate rubricile sub motivul ca datele nu există în documentele medicale primare, respectiv în foile de observație.

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

- 7,1% din gravide fara consultație prenatală și circa 8% numai cu 1-3 consultații (*Studiul Sănătății Reproduserii INSMC – 2016, N.Suciu și colab.*),
- 5% gravide fără consultație prenatală și 18% (!) sub 3 consultații (*Acompanierea nașterii FONCP 2011- M.Gheorghe și colab.*)

Din analiza deceselor materne din anul 2021 a reieșit o proporție mai mare de gravide fără consultație prenatală sau cu un număr insuficient de vizite medicale decât media țării, respectiv 33% fără consultație și 10% cu numai 1-4 consultații.

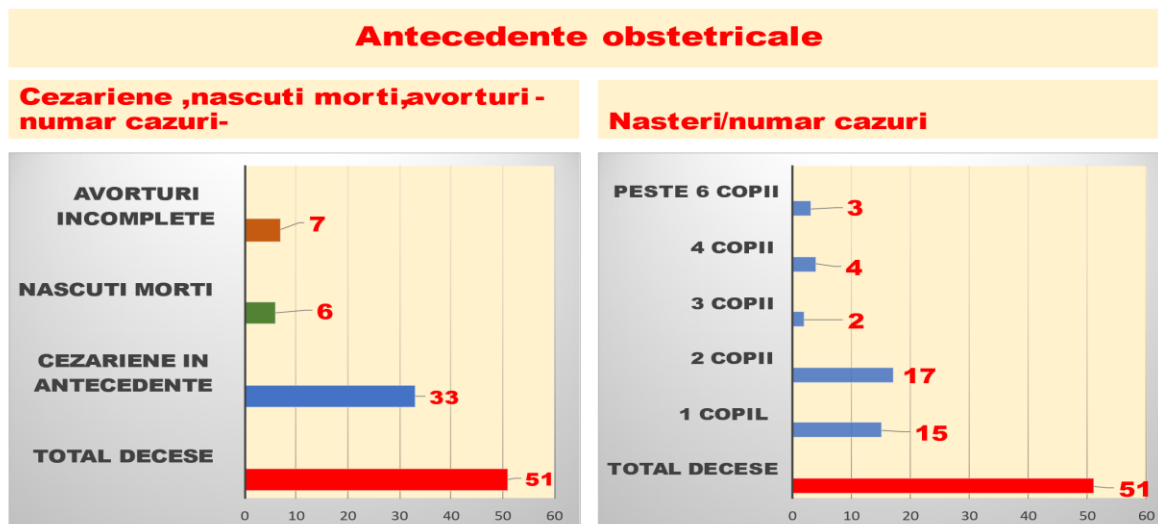


Sursa datelor CNS/INSP

Anul 2021 nu reprezintă o excepție. Analiza mortalității materne și infantile 2014/2015-(INSMC 2016 -*E.Stativa, Gh. Mihailescu, A.Stanescu*) indică ca în 37% din decesele materne din anii 2014 și 2015 sarcinile femeilor nu au fost

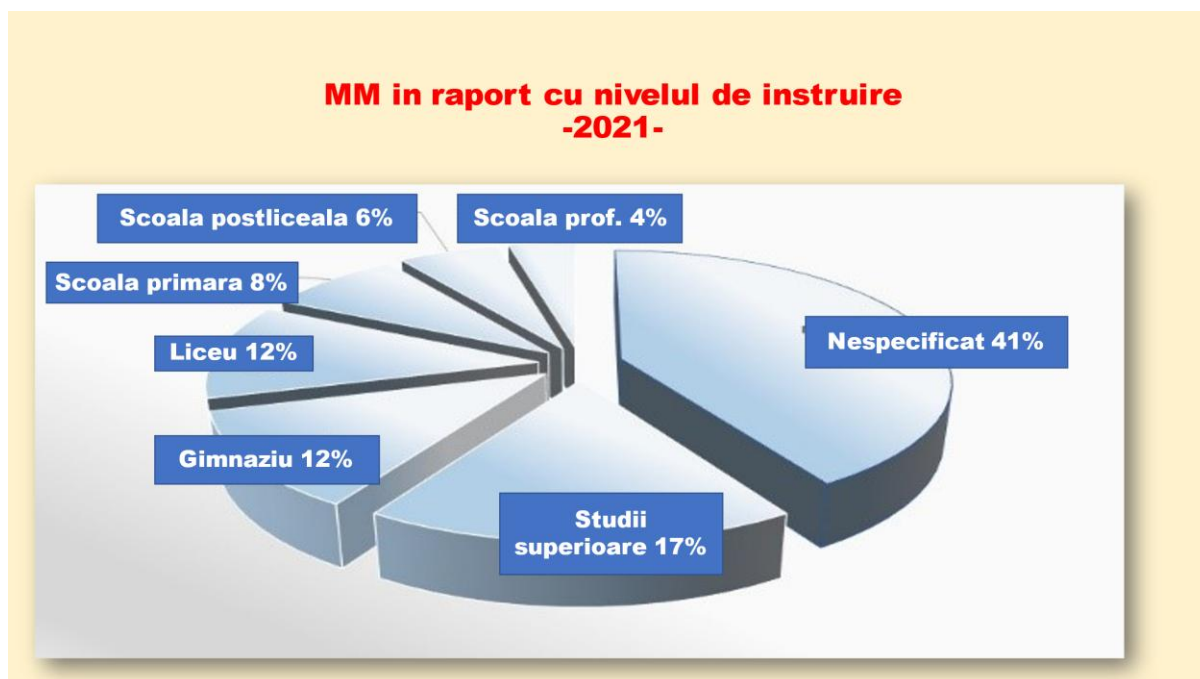
supravegheate medical. Datele au fost culese din documentele medicale de la maternități și de la medicul de familie.

O supraveghere medicală a sarcinii era cu atât mai necesară cu cât antecedentele obstetricale printre cazurile decedate indică posibile patologii.



Sursa datelor CNS/INSP

Mortalitatea materna /nivelul de instruire,

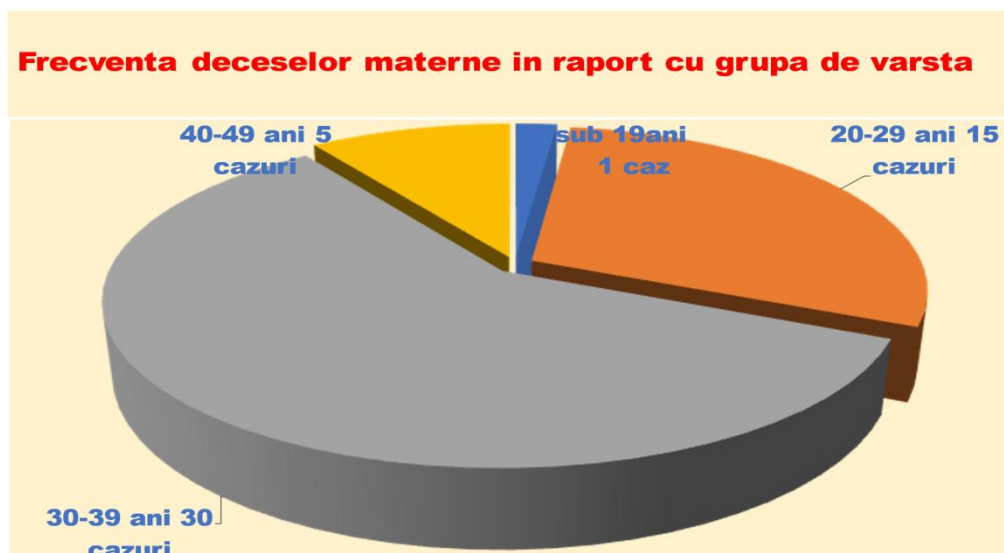


Sursa datelor CNS/INSP

Remarcăm procentul de 6% mame care au frecventat numai școala primară (terminată sau neterminată) și 24% au absolvit numai studii gimnaziale.

Procentul mare la care nu se cunoaște nivelul de educație fac mai puțin fiabile aceste date.

Mortalitatea materna /varsta pacientei



Sursa datelor CNS/INSP

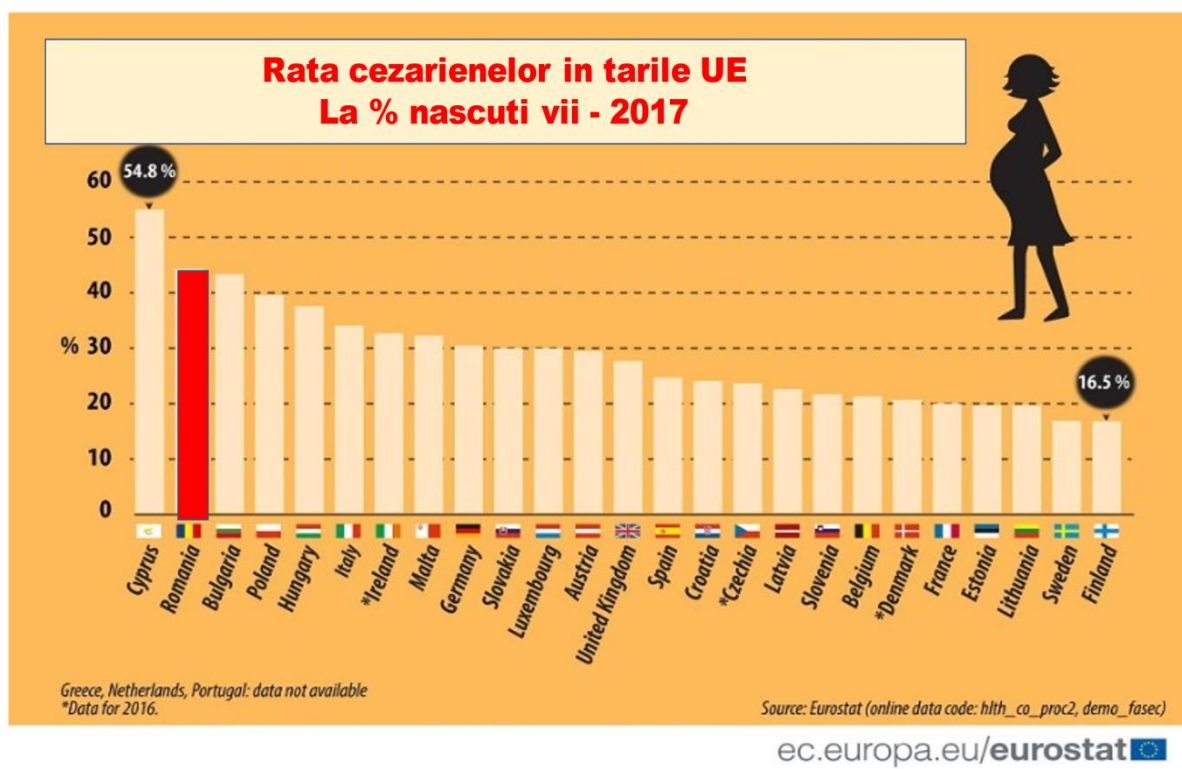
Cele mai multe decese se înregistrează la grupele de vârstă cu cele mai multe, respectiv 30-39 ani.

Rata cezarienelor

România ocupă în anul 2017 locul doi în UE în ceea ce privește rata operației cezariene (date Eurostat). Posibil ca în acest moment rata să fie și mai crescută.

În ceea ce privește relația între frecvența operației cezariene și starea de sănătate a gravidei și noului născut, nu există argumente solide care să explice numai prin rațiuni medicale rata crescută, atâta timp cât frecvența crescută a cezarienelor nu pare a avea o influență pozitivă față de mortalitatea maternă și mortalitatea neonatală precoce.

Se poate observa din graficul de mai jos că ratele crescute ale cezarienelor, cu excepția Ciprului, se înregistrează în țările din Europa Centrală și de Est în contrast cu țările nordice ale continentului unde ratele sunt mult mai mici: 16-17% în Finlanda și Suedia. Este posibil ca diferențele în morbiditatea maternă și calitatea serviciilor medicale prenatale să poată explica cel puțin parțial aceste diferențe.



Cercetari mai aprofundate privind indicațiile operației cezariene și modelul de finalizare a unei sarcini, ar putea aduce date suplimentare care să poată explica aceste diferențe semnificative.

CONCLUZII

- În condițiile unei natalități scăzute, fenomen comun tuturor țărilor europene și a unei mortalități generale crescute semnificativ în ultimii doi ani, sporul natural înregistrează pierderi importante de populație.
- Trendul descrescător al mortalității copiilor sub 5 ani, mortalității perinatale și mortalității materne, înregistrat în ultimii 30 de ani, a diminuat sau este staționar de circa 4-5 ani și situează în continuare România pe ultimul sau penultimul loc în clasamentul țărilor din UE
- Mortalitatea copiilor sub 5 ani în toate componentele ei este puternic influențată de factori economici, sociali și de un suport comunitar limitat pentru familiile cu abilități parentale reduse. Intervenția în mai mare măsură a sistemului educațional și serviciilor sociale constituie o condiție esențială pentru îmbunătățirea sănătății copiilor
- Prevenirea și intervenția terapeutică în cazul greutății mici/prematurității a malformațiilor și viciilor cromozomiale, supravegherii medicale

multidisciplinare a sarcinii, suportul comunitar medico/social pentru grupurile vulnerabile pot constitui ținte strategice pentru dezvoltarea serviciilor de sănătate.

- Reforma serviciilor de planificare familială, asigurarea cu contraceptive gratuite a grupurilor vulnerabile pot conduce la reducerea numărului de avorturi la cerere și a morbidității asociate

- Asigurarea accesului și adresabilității gravidelor la servicii medicale prenatale de calitate oferite pentru cazurile cu risc de către echipe multidisciplinare pot constitui, inclusiv conform recomandărilor OMS, calea cea mai eficientă de diminuare a morbidității și mortalității materne.

- Datele statistice colectate în mod curent din sistemul de sănătate, nu furnizează întotdeauna suficiente explicații, pentru o analiză coerentă și profesională a stării de sănătate a mamei și copilului, a necesarului de structurii și servicii de sănătate. Sunt necesare cercetări epidemiologice calitative și cantitative pentru a putea evalua cauzele ce determină stagnarea indicatorilor de sănătate și a putea identifica intervențiile necesare;

- Reglementarea de o manieră practică/eficientă a monitorizării calității serviciilor de sănătate și a accesului la aceste servicii în special în mediul rural poate constitui deasemenea o prioritate a administratorilor serviciilor de sănătate.

Bibliografie

- Eurostat si World Bank- data base - natalitate,mortalitate generală,mortalitate infantilă,mortalitate maternă,mortalitate perinatală,mortalitate sub 5 ani - 2017/2018/2019
- Fișier Natalitate 2021 INS
- WHO/HFA -data base
- INSP/CNSSP Mortalitatea infantilă 2021 *Gabriela Ghenea*
- INSP/CNSSP Mortalitate maternă 2021- *Cristina Cîrtog, Gabriela Ghenea, Dan Pîrvu*
- INSP/CNSSP Mortalitate perinatală 2021 *Gabriela Ghenea*
- INSP/CNSISP Mortalitatea primei copilării 1-4 ani - 2021- *Gabriela Ghenea*
- /INSP/ CNSSP Buletine onformative-2019-2020-2021 privind mișcarea populației *Cristina Cartog,Gabiela Ghenea,Dan Parvu,Catu Iuliana*
- INSP/CNSSP/ Buletin informativ nr. 10/2021 privind cunoașterea stării de sănătate *Constaina Cristea*
- Analiza mortalitatii materne si infantile 2016 – INSMC- *Stativa,Mihailescu, Stanescu*
- Studiul Sănătății Reproduserii România 2016 – INSMC- *Suciu si colab.*
- Acompanierea nașterii -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 România comunicare sesiunea IOMC – 2021 *E.Stativa,A.Stefanescu,C.Popovici,A. Stanescu*
- Demografia României în perioada postbelică (1948-2015) / *Traian Rotariu, Luminița Dumănescu,Mihaela Hărăguș. – Iași: Polirom, 2017*
- Trends in Maternal Mortality 2000-2022. *OMS/UNFPA/UNICEF/World Bank*

Anexa 1 Mortalitatea infantila –

(decese 0-1 an la 1000 nascuti vii)

	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ROMANIA	18.6	9.8	9.4	9.0	7.8	8.1	7.3	6.7	6.4	5.7	5.7	5.5	5.6
ALBA	17.2	9.8	11.7	5.3	5.7	8.1	7.5	5.8	6.4	4.4	7.4	6.0	5.9
ARAD	13.8	9.6	9.3	8.9	8.4	7.7	5.9	5.7	6.1	4.2	7.4	5.7	5.5
ARGES	21.4	11.2	9.1	9.7	8.9	8.0	6.8	7.2	5.4	7.3	6.0	5.2	5.5
BACAU	28.3	11.1	11.4	12.0	7.5	7.0	7.0	7.3	6.6	7.4	7.4	5.3	5.7
BIHOR	24.7	9.5	10.7	8.5	9.8	6.4	8.2	8.4	5.5	6.7	6.9	6.6	6.0
BISTRITA N	14.0	9.1	7.7	6.6	7.8	6.8	6.3	6.6	8.2	6.4	8.4	7.1	7.2
BOTOSANI	26.8	13.4	13.2	12.4	11.9	12.4	8.8	8.8	10.9	10.6	5.6	5.9	6.8
BRASOV	14.7	6.1	9.9	7.6	8.4	6.9	7.0	6.6	7.1	6.4	6.4	7.1	6.4
BRAILA	14.5	15.0	13.1	14.2	13.5	9.8	5.3	10.6	8.3	8.0	6.1	6.4	6.9
BUZAU	19.4	11.6	10.4	11.6	9.4	10.2	8.4	7.9	5.3	6.7	7.0	3.4	5.5
CARAS	19.2	11.9	10.2	11.6	9.3	9.6	11.4	8.7	9.3	8.4	4.9	4.1	3.7
SEVERIN													
CALARASI	22.0	15.1	10.9	13.8	11.7	15.6	11.5	12.0	10.8	10.1	5.5	6.4	7.9
CLUJ	14.5	6.1	5.7	4.7	7.2	7.0	6.7	4.5	4.5	5.8	5.4	4.7	4.0
CONSTANT	22.3	12.3	10.5	9.7	8.8	11.4	9.8	7.5	7.5	5.9	9.4	6.7	7.4
A													
COVASNA	13.8	11.8	10.1	11.2	10.4	7.4	7.2	9.0	8.3	7.9	4.1	8.0	5.9
DAMBOVIT	15.0	8.2	7.8	6.7	6.2	7.4	6.5	5.7	6.4	2.8	3.3	4.1	4.9
A													
DOLJ	21.0	5.3	8.1	7.9	7.9	7.6	9.5	5.3	5.4	5.8	6.2	6.1	7.8
GALATI	16.9	9.9	13.1	14.7	7.9	7.9	5.3	8.3	7.8	4.3	7.5	5.8	5.6
GIURGIU	15.5	12.4	13.0	11.9	7.7	13.2	6.0	9.7	5.6	4.1	6.1	4.3	4.9
GORJ	14.7	9.3	9.9	12.1	8.8	9.6	6.3	8.1	6.5	5.8	7.0	6.3	6.1
HARGHITA	14.5	10.7	13.7	12.5	6.8	8.9	7.7	6.8	5.8	6.4	8.7	7.6	6.5
HUNEDOAR	15.1	9.5	8.9	7.3	8.9	7.1	7.2	9.1	5.7	4.9	7.3	5.2	7.2
A													
IALOMITA	28.2	10.6	12.7	12.0	7.3	9.5	7.2	8.9	6.5	5.2	5.4	5.9	5.7
IASI	22.5	9.8	8.4	8.9	6.4	7.4	6.5	5.8	5.4	3.9	3.1	3.8	4.3
ILFOV	14.4	9.1	8.9	7.3	9.0	4.6	6.2	3.4	5.4	4.1	3.5	5.3	3.2
MARAMUR	15.3	10.5	7.6	11.6	4.5	7.2	8.7	6.3	7.4	6.6	6.1	6.6	7.5
ES													
MEHEDINT	18.9	11.6	16.1	14.7	9.8	8.0	11.0	11.0	6.7	4.1	8.7	5.9	5.2
I													
MURES	20.3	10.5	9.1	7.6	8.3	10.1	9.8	8.5	7.2	6.2	8.4	8.3	7.5
NEAMT	23.9	10.0	10.6	10.4	7.7	9.1	6.3	6.1	5.2	6.9	4.3	4.8	8.8
OLT	16.5	10.8	6.6	10.2	10.0	7.3	7.5	5.5	6.8	5.4	5.1	9.5	6.8
PRAHOVA	18.3	9.3	10.5	9.5	6.4	7.5	6.6	4.4	6.4	5.8	4.8	5.1	4.4
SATU	16.3	10.5	10.5	10.7	7.9	7.6	8.4	10.1	7.1	6.8	5.1	11.0	5.2
MARE													
SALAJ	16.0	9.5	13.1	10.5	8.1	10.2	8.0	6.5	9.8	10.3	5.1	5.8	9.0
SIBIU	13.3	5.9	8.0	7.4	8.0	8.5	6.3	6.2	5.9	5.8	4.7	6.6	6.2
SUCEAVA	16.8	11.3	8.9	7.7	7.8	8.3	8.8	7.2	6.4	7.2	6.1	8.0	8.5
TELEORMA	17.2	13.5	11.0	8.7	8.3	10.0	7.0	5.9	5.9	5.5	5.6	4.6	2.7
N													
TIMIS	23.5	10.7	8.2	9.3	5.8	7.0	7.1	4.3	7.2	4.1	4.8	4.3	4.2
TULCEA	17.0	14.7	15.3	9.8	9.6	10.7	14.1	11.1	6.7	14.0	14.5	9.9	11.6
VASLUI	21.2	13.2	10.4	10.1	7.7	8.6	7.7	6.5	4.6	4.9	3.7	2.9	4.0
VALCEA	12.2	13.3	8.6	7.6	10.0	9.3	6.0	5.0	8.4	5.5	5.4	5.3	3.2
VRANCEA	22.0	11.4	8.1	10.6	8.5	11.1	6.9	8.7	9.4	7.4	8.5	4.1	5.5
BUCURESTI	12.7	5.4	5.1	3.9	5.2	4.9	4.8	4.2	4.1	3.0	2.6	2.4	2.5

Sursa datelor:

INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
CENTRUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ
MORTALITATE INFANTILA 2021

Anexa 2 Mortalitatea neonatala

	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ROMANIA	9.2	5.5	5.3	4.7	4.6	4.8	4.2	3.7	3.5	3.3	3.3	3.2	3.3
ALBA	11.1	7.3	8.3	2.5	3.3	5.9	3.8	3.1	3.6	3.4	4.2	4.7	3.7
ARAD	5.8	5.2	6.8	5.8	5.6	4.8	4.0	3.2	3.2	2.5	5.5	3.8	4.4
ARGES	11.6	7.3	4.5	6.3	6.1	4.7	4.6	5.1	3.1	5.3	3.8	3.8	3.4
BACAU	13.1	5.6	5.3	5.2	3.4	4.3	3.2	3.5	3.3	3.5	2.3	2.2	2.5
BIHOR	9.9	5.8	6.6	5.2	5.8	4.9	5.4	4.5	3.5	3.2	4.3	4.6	3.4
BISTRITA N	7.2	5.7	4.0	3.6	4.0	3.8	3.4	4.0	4.8	3.6	4.6	3.5	4.3
BOTOSANI	9.5	7.7	7.8	6.3	6.4	9.1	5.3	5.2	6.8	6.7	3.2	3.9	3.8
BRASOV	8.2	2.6	5.2	3.6	4.9	4.2	4.1	3.8	3.4	3.0	3.4	3.3	3.1
BRAILA	4.7	9.9	7.0	8.8	8.2	6.2	4.0	5.7	5.1	4.2	4.1	4.3	3.7
BUZAU	8.5	8.1	5.2	6.9	6.0	5.8	5.2	3.3	3.4	3.7	4.0	2.0	3.4
CARAS	8.2	7.0	6.1	5.2	5.4	5.8	6.8	4.7	6.5	6.8	2.7	1.4	2.1
SEVERIN													
CALARASI	11.3	4.5	5.6	5.6	6.8	8.5	5.1	5.7	5.9	5.2	2.9	3.9	2.8
CLUJ	9.2	4.0	3.3	1.7	5.1	3.0	3.8	2.3	1.5	3.5	2.6	3.4	3.3
CONSTANTA	8.7	6.7	6.2	5.4	5.2	7.6	6.1	4.9	3.9	3.2	4.9	4.2	3.4
COVASNA	7.1	4.1	5.3	5.4	6.8	3.9	5.0	3.4	3.5	4.8	3.2	3.5	3.4
DAMBOVITA	7.3	5.2	5.7	3.0	3.1	4.8	3.9	3.4	3.4	2.3	1.8	1.7	3.0
DOLJ	7.5	1.9	4.1	4.4	5.2	3.3	4.4	2.4	2.3	2.3	3.4	3.8	5.1
GALATI	8.2	5.3	9.0	8.2	4.4	4.4	3.0	6.1	5.5	2.7	4.8	3.5	3.5
GIURGIU	7.9	6.7	5.7	6.9	4.6	8.1	2.8	5.3	4.4	2.1	2.6	2.6	3.1
GORJ	9.5	5.4	7.2	8.4	5.1	6.8	4.6	4.7	3.1	4.1	4.4	4.8	4.9
HARGHITA	8.8	5.7	7.3	7.4	4.4	6.2	4.6	3.4	3.4	3.0	5.0	3.7	3.1
HUNEDOARA	8.7	7.1	6.7	4.1	6.6	4.6	5.6	6.1	4.3	3.8	5.5	2.5	3.7
IALOMITA	13.9	5.0	7.7	5.5	3.5	6.0	2.2	5.0	2.7	2.8	4.3	2.9	3.9
IASI	7.7	3.9	3.1	2.4	2.7	2.0	3.4	2.5	2.2	1.2	1.4	1.9	2.6
ILFOV	9.2	5.0	5.3	4.1	5.5	3.1	4.2	2.0	3.1	2.5	2.3	3.2	1.3
MARAMURES	9.0	7.0	6.1	7.4	2.9	3.8	5.2	4.4	4.5	4.3	3.8	5.1	4.7
MEHEDINTI	10.7	8.1	10.9	8.1	6.6	4.6	7.2	6.7	3.4	2.9	7.4	4.5	5.2
MURES	12.2	5.7	3.9	4.0	4.1	4.6	3.2	4.5	3.9	3.3	4.0	2.7	3.3
NEAMT	13.2	4.2	4.3	3.6	3.4	5.1	3.0	1.8	2.2	2.8	2.4	3.1	3.9
OLT	5.7	4.4	3.6	5.2	6.3	4.4	3.6	2.3	4.5	3.7	2.7	6.4	3.7
PRAHOVA	8.9	5.7	6.2	4.7	4.3	4.8	4.1	1.9	4.0	3.7	2.7	3.2	2.3
SATU MARE	8.0	5.5	6.1	6.6	4.1	4.9	5.3	6.7	4.1	4.1	3.9	5.9	3.8
SALAJ	9.5	5.9	6.5	5.8	3.7	7.8	4.2	2.7	4.5	6.1	1.2	4.6	5.2
SIBIU	8.9	2.8	5.2	2.7	4.5	5.4	2.6	2.6	3.1	2.4	3.6	3.8	3.9
SUCEAVA	9.1	7.4	5.2	5.0	4.9	5.9	6.1	4.7	4.4	5.1	3.7	4.4	6.4
TELEORMAN	7.6	6.1	5.3	5.4	3.8	5.3	3.5	2.4	2.4	2.5	3.0	1.9	0.9
TIMIS	13.4	6.4	4.3	6.5	4.0	4.1	3.8	3.0	4.5	2.8	4.0	3.3	2.5
TULCEA	7.4	8.3	9.4	3.4	4.3	6.3	7.5	5.3	2.6	6.7	10.9	4.1	9.1
VASLUI	9.0	7.8	3.5	3.5	3.7	2.6	4.0	3.1	1.7	2.3	1.8	1.5	2.6
VALCEA	6.3	7.7	4.6	4.6	6.7	7.6	3.5	3.2	6.7	4.2	3.2	3.4	1.6
VRANCEA	10.3	7.3	4.2	5.1	5.2	6.9	5.8	6.8	6.6	5.7	5.0	2.5	3.8
BUCURESTI	8.6	3.0	3.4	2.4	3.1	3.2	2.9	2.5	2.2	1.6	1.4	1.2	1.4

Sursa datelor:

INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
CENTRUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ
MORTALITATE INFANTILA 2021

Anexa 3 Mortalitatea precoce- 0-6 zile

(decese 0-6 zile / 1000 nascuti vii)

	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ROMANIA	6.2	3.7	3.5	3.2	3.3	3.2	2.9	2.5	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1
ALBA	7.6	5.5	6.8	1.2	2.7	3.7	2.5	2.8	3.0	1.9	3.5	2.7	2.2
ARAD	4.1	4.2	4.5	5.1	5.1	4.1	2.6	2.5	2.3	2.5	3.7	2.4	3.3
ARGES	7.5	4.9	3.6	2.8	4.1	3.2	3.7	3.3	1.4	2.9	2.4	2.9	2.3
BACAU	8.7	3.4	3.9	3.2	2.9	3.0	2.2	1.9	1.7	2.3	1.2	1.1	1.1
BIHOR	5.6	3.9	4.7	3.4	4.2	3.4	3.9	3.5	2.4	2.2	3.1	3.8	2.3
BISTRITA N	5.0	4.3	2.8	2.4	2.7	2.9	2.3	3.1	4.0	2.0	2.9	2.4	2.6
BOTOSANI	5.7	5.9	6.4	5.4	4.7	7.5	3.9	3.6	6.1	4.4	2.2	2.7	1.6
BRASOV	6.7	1.2	3.9	2.0	3.3	2.7	2.7	2.1	1.3	1.2	2.3	2.2	1.7
BRAILA	2.2	8.2	5.0	4.6	4.9	4.9	2.8	4.9	4.3	2.7	2.8	3.0	2.8
BUZAU	6.0	5.3	3.6	5.8	4.5	3.4	4.1	2.6	2.6	2.7	3.2	0.6	2.4
CARAS	6.0	6.7	4.5	4.4	3.9	3.3	4.7	4.3	4.1	4.4	2.2	1.4	1.6
SEVERIN													
CALARASI	7.3	3.3	4.6	3.3	5.2	5.3	3.4	3.0	3.1	3.1	2.2	2.5	1.6
CLUJ	6.4	2.5	2.2	1.1	3.2	1.9	2.3	1.7	0.8	2.0	2.0	2.4	2.5
CONSTANTA	5.0	4.8	4.0	3.5	3.4	4.8	3.2	2.9	2.2	2.2	2.7	2.3	2.0
COVASNA	4.5	3.2	4.4	4.2	5.2	2.2	4.1	2.1	2.2	2.6	2.3	0.9	2.5
DAMBOVITA	5.4	2.9	3.0	1.9	2.1	3.1	1.7	2.3	2.1	1.9	0.9	1.1	1.6
DOLJ	4.9	1.3	1.7	2.3	4.0	1.7	2.3	1.8	1.1	1.2	2.1	2.1	3.0
GALATI	6.4	3.7	5.9	6.7	3.1	3.1	2.8	4.1	3.9	1.6	3.3	2.5	1.7
GIURGIU	5.2	5.6	3.4	4.2	4.2	5.5	2.4	2.4	2.4	2.1	2.2	2.2	1.8
GORJ	7.8	2.6	5.8	6.4	3.7	4.3	3.2	3.4	1.4	2.4	2.9	4.8	3.3
HARGHITA	7.2	4.5	4.6	5.4	2.9	4.5	2.5	2.2	3.1	1.8	3.1	2.3	1.0
HUNEDOARA	6.4	4.3	5.2	3.5	4.9	3.1	4.8	4.5	3.3	2.7	4.9	1.5	2.4
IALOMITA	8.1	3.7	4.4	4.1	2.5	3.5	1.4	3.5	1.7	2.4	2.7	2.2	2.6
IASI	5.2	1.7	1.6	1.4	1.7	1.1	2.6	1.3	1.3	0.9	0.8	1.4	1.5
ILFOV	6.3	3.1	2.5	2.1	5.0	2.7	2.9	0.6	1.5	1.9	0.8	1.5	0.8
MARAMURES	6.8	5.8	4.4	5.2	2.4	1.9	2.4	3.4	3.1	3.9	2.3	3.6	3.5
MEHEDINTI	7.5	5.8	7.3	4.6	3.9	3.4	4.2	4.7	2.5	2.5	3.9	1.8	2.1
MURES	8.6	3.6	1.7	2.8	2.6	2.8	2.2	3.0	2.3	1.3	2.6	2.2	1.3
NEAMT	8.5	2.7	2.6	3.0	2.2	3.2	2.0	1.0	0.8	2.2	2.2	2.4	1.8
OLT	3.9	2.2	2.7	3.5	4.0	2.1	2.7	1.5	3.1	2.6	1.5	3.7	3.1
PRAHOVA	6.8	2.9	4.8	3.2	3.6	3.5	2.8	1.2	2.1	2.5	1.9	2.3	1.1
SATU MARE	5.2	4.2	3.8	4.9	2.8	3.3	4.2	4.3	3.3	2.2	2.8	4.5	3.1
SALAJ	6.1	2.8	4.5	4.7	3.3	5.5	3.4	1.2	2.6	3.8	1.2	3.1	3.4
SIBIU	6.5	1.7	2.8	1.1	3.0	3.7	1.9	1.5	2.0	1.5	1.8	2.6	2.6
SUCEAVA	6.4	5.5	3.8	3.9	4.3	4.2	5.1	3.0	3.3	3.7	3.0	2.4	4.5
TELEORMAN	5.4	5.8	3.5	3.7	1.3	5.0	2.8	2.1	1.0	2.2	1.5	1.5	0.4
TIMIS	9.4	4.0	2.3	4.3	2.6	1.7	2.2	2.2	2.7	1.5	2.4	2.3	2.2
TULCEA	4.8	5.1	7.4	2.5	2.4	5.4	5.5	3.2	2.6	5.0	9.1	3.5	7.3
VASLUI	5.7	4.3	1.4	1.8	2.9	1.9	2.9	3.1	1.2	1.2	1.6	1.1	1.9
VALCEA	4.7	5.6	3.0	2.3	5.5	5.3	2.5	1.8	4.4	2.0	2.5	2.6	0.8
VRANCEA	7.1	6.0	2.8	3.8	4.0	5.0	4.7	5.4	5.2	4.8	4.4	1.3	1.4
BUCURESTI	5.0	1.9	2.1	1.4	1.8	2.1	2.0	1.7	1.4	1.1	0.9	0.8	0.8

Sursa datelor:

INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
CENTRUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ
MORTALITATE INFANTILA 2021

Anexa 4 MORTALITATEA PERINATALA (decese 0-6 zile +nascuti morti raportat la 1000 nascuti vii si morti)

	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ROMANIA	12.1	7.7	6.5	6.0	5.5	5.4	5.0	5.5	5.6
ALBA	13.1	13.3	7.2	4.9	6.9	7.8	6.2	5.7	8.8
ARAD	12.6	12.4	8.6	7.0	6.3	8.2	6.5	7.0	9.8
ARGES	11.8	8.4	7.7	7.5	6.4	5.7	6.1	5.9	8.3
BACAU	13.5	6.1	5.5	4.0	4.3	4.1	2.4	4.4	4.9
BIHOR	13.9	9.9	8.9	9.5	6.5	7.4	7.3	10.3	8.1
BISTRITA-NASAUD	11.4	9.3	7.1	7.4	10.1	6.9	7.2	8.2	7.5
BOTOSANI	12.1	9.3	8.5	7.1	10.7	7.3	4.9	6.6	4.6
BRASOV	11.9	3.8	4.0	4.1	3.1	2.5	4.0	4.4	4.3
BRAILA	3.1	13.2	5.2	10.2	9.0	9.5	6.2	4.3	5.1
BUZAU	11.6	8.6	6.8	5.4	5.8	8.0	6.7	5.9	4.9
CARAS-SEVERIN	11.9	12.9	8.8	8.6	9.3	6.4	8.7	4.5	6.8
CALARASI	15.2	9.6	9.7	5.6	9.3	8.3	4.5	6.1	5.1
CLUJ	10.9	4.5	4.2	3.3	2.8	3.1	3.4	3.8	4.0
CONSTANTA	8.5	11.0	7.0	7.0	6.2	4.9	6.0	5.8	6.4
COVASNA	9.3	10.9	11.2	4.7	7.4	6.5	7.0	6.6	4.9
DAMBOVITA	10.4	3.8	3.9	6.1	3.4	4.2	3.2	5.0	6.1
DOLJ	6.5	1.9	2.5	2.1	1.4	1.8	2.3	2.8	3.6
GALATI	10.8	7.3	4.9	7.7	6.7	3.2	5.2	5.4	5.8
GIURGIU	12.0	8.6	6.8	5.6	7.9	4.9	3.8	4.3	3.6
GORJ	13.7	5.7	6.3	6.0	3.8	4.5	4.2	7.4	8.1
HARGHITA	14.4	10.1	8.9	6.7	6.7	6.7	5.5	7.6	5.1
HUNEDOARA	17.4	10.5	9.6	9.8	8.9	10.3	10.0	6.4	7.8
IALOMITA	13.9	9.9	5.0	10.2	6.1	6.2	6.0	6.6	7.4
IASI	8.7	2.9	4.5	1.9	2.0	1.9	1.6	3.4	2.8
ILFOV	10.3	5.0	4.4	3.8	3.1	3.7	3.5	3.4	4.4
MARAMURES	17.4	8.9	5.9	7.7	6.4	7.9	5.6	7.0	7.7
MEHEDINTI	12.3	13.4	8.8	9.4	7.5	7.3	8.5	5.4	3.7
MURES	14.6	7.3	7.7	7.7	7.2	9.3	6.5	7.6	8.4
NEAMT	15.1	6.7	4.8	5.4	5.0	4.6	5.8	6.1	5.2
OLT	6.3	4.1	3.9	3.5	4.5	5.1	3.7	6.7	5.1
PRAHOVA	14.1	8.7	7.5	6.0	5.4	6.2	6.5	5.6	4.6
SATU MARE	16.3	10.4	10.5	13.8	7.6	5.7	6.6	10.1	10.0
SALAJ	17.8	10.6	8.7	6.1	9.7	9.2	7.2	10.3	9.0
SIBIU	12.1	7.8	6.0	5.3	3.9	4.1	4.4	4.3	4.6
SUCEAVA	12.5	9.6	10.5	6.4	7.2	7.3	5.8	7.7	7.2
TELEORMAN	10.7	9.6	7.7	4.2	3.8	5.1	4.6	6.9	2.7
TIMIS	14.6	9.7	6.0	5.5	6.8	6.2	6.3	5.4	5.7
TULCEA	19.3	8.7	10.0	7.9	8.3	9.5	12.2	9.3	13.3
VASLUI	12.7	8.0	5.4	6.7	3.4	3.9	4.5	3.3	5.2
VALCEA	8.9	8.5	6.0	3.6	7.1	3.9	7.0	6.4	3.2
VRANCEA	14.8	8.3	7.8	8.7	8.0	8.5	6.4	4.4	2.8
BUCURESTI	10.1	4.6	4.7	4.9	3.6	3.2	3.1	2.8	3.6

Sursa datelor:

INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
CENTRUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ
MORTALITATE PERINATALĂ 2021

Anexa 5 MORTINATALITATE

(nascuti morti /1000 nascuti vii si morti)

	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ROMANIA	5.9	4.0	3.6	3.5	3.2	3.2	2.9	3.4	3.5
ALBA	5.5	7.9	4.7	2.1	3.9	5.9	2.8	3.0	6.6
ARAD	8.5	8.2	6.1	4.5	4.0	5.8	3.0	4.7	6.6
ARGES	4.4	3.5	4.0	4.3	5.0	2.8	3.7	3.1	5.9
BACAU	4.9	2.7	3.2	2.2	2.6	1.7	1.3	3.3	3.9
BIHOR	8.3	6.0	5.0	6.1	4.1	5.2	4.3	6.6	5.8
BISTRITA-NASAUD	6.5	5.1	4.8	4.3	6.2	5.0	4.4	5.9	4.9
BOTOSANI	6.4	3.4	4.6	3.5	4.6	3.0	2.9	3.9	3.0
BRASOV	5.2	2.6	1.4	2.0	1.8	1.3	1.8	2.2	2.6
BRAILA	0.8	5.1	2.4	5.3	4.7	6.8	3.1	1.3	2.3
BUZAU	5.6	3.2	2.7	2.8	3.2	5.3	3.6	5.4	2.4
CARAS-SEVERIN	5.9	6.3	4.2	4.3	5.3	2.0	6.6	3.2	5.2
CALARASI	8.0	6.3	6.4	2.7	6.2	5.2	2.4	3.6	3.6
CLUJ	4.5	2.0	2.0	1.7	2.0	1.1	1.5	1.4	1.5
CONSTANTA	3.5	6.2	3.8	4.1	3.9	2.7	3.5	3.5	4.4
COVASNA	4.8	7.6	7.2	2.6	5.2	3.9	4.8	5.7	2.5
DAMBOVITA	5.0	1.0	2.2	3.8	1.3	2.3	2.3	3.9	4.4
DOLJ	1.6	0.7	0.2	0.3	0.3	0.6	0.3	0.7	0.6
GALATI	4.4	3.6	2.1	3.7	2.8	1.6	2.3	2.9	4.1
GIURGIU	6.9	3.0	4.4	3.2	5.5	2.9	1.7	2.2	1.8
GORJ	5.9	3.2	3.1	2.7	2.4	2.1	1.4	2.6	4.9
HARGHITA	7.2	5.6	6.5	4.6	3.7	4.9	2.4	5.3	4.1
HUNEDOARA	11.1	6.2	4.8	5.3	5.7	7.6	5.4	4.9	5.4
IALOMITA	5.8	6.2	3.6	6.7	4.4	3.8	3.5	4.4	4.8
IASI	3.5	1.3	1.9	0.7	0.7	1.0	0.9	2.1	1.3
ILFOV	4.1	1.8	1.5	3.2	1.5	1.8	2.6	1.9	3.6
MARAMURES	10.6	3.2	3.6	4.3	3.3	4.1	3.4	3.4	4.2
MEHEDINTI	4.9	7.7	4.6	4.7	5.0	4.9	4.8	3.6	1.6
MURES	6.0	3.8	5.6	4.7	5.0	7.9	3.9	5.4	7.1
NEAMT	6.7	4.0	2.8	4.4	4.2	2.4	3.8	3.7	3.4
OLT	2.4	1.9	1.2	2.0	1.4	2.6	2.3	3.1	2.0
PRAHOVA	7.4	5.8	4.8	4.9	3.4	3.7	4.6	3.3	3.5
SATU MARE	11.2	6.3	6.4	9.5	4.3	3.5	4.0	5.6	6.9
SALAJ	11.8	7.8	5.3	5.0	7.1	5.3	6.0	7.3	5.6
SIBIU	5.6	6.0	4.1	3.8	1.8	2.6	2.6	1.7	2.1
SUCEAVA	6.1	4.1	5.4	3.4	3.9	3.7	3.0	5.3	2.7
TELEORMAN	5.4	3.8	4.9	2.1	2.8	2.9	3.2	5.4	2.2
TIMIS	5.2	5.8	3.8	3.3	4.1	4.7	4.0	3.0	3.4
TULCEA	14.6	3.7	4.5	4.7	5.7	4.5	3.5	5.8	6.1
VASLUI	7.1	3.8	2.5	3.7	2.3	2.7	3.1	2.1	3.3
VALCEA	4.2	2.9	3.5	1.8	2.7	2.0	4.5	3.7	2.4
VRANCEA	7.7	2.3	3.0	3.3	2.7	3.7	2.3	3.2	1.4
BUCURESTI	5.2	2.7	2.7	3.2	2.3	2.0	2.2	2.0	2.7

Sursa datelor:

**INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
CENTRUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ
MORTALITATE INFANTILA 2021**

Anexa 6 Mortalitate maternă

Decese la 100000 născuți vii

	2000	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ROMANIA	32.8	24.0	13.1	8.1	11.2	8.4	9.3	15.9	28.2
ALBA	25.3								
ARAD	21.5				22.5			23.6	
ARGES		33.8	18.3	18.0			35.7	19.2	63.8
BACAU	11.1	27.4		14.4	14.3	29.0	14.1		17.7
BIHOR	44.1	31.5			15.8		32.0	17.0	70.9
BISTRITA N			28.4				27.8		
BOTOSANI									27.0
BRASOV	17.5	30.6	31.1		14.8		14.9		
BRAILA		34.0	40.4		39.4	38.2	38.9		
BUZAU	19.4							28.4	30.6
CARAS SEVERIN								45.1	52.2
CALARASI	53.7		33.7	66.5					
CLUJ		43.9							
CONSTANTA	39.1	61.3	13.3	26.0	13.1	13.7		14.6	16.3
COVASNA	37.4	40.5	45.0			43.8			
DAMBOVITA	52.2	19.1		21.1			21.1	21.8	23.4
DOLJ	51.7	64.5		15.9			30.6	16.4	19.0
GALATI	55.8	36.5	18.8	18.5					
GIURGIU	103.6	74.8		80.7	39.7	41.2		130.1	44.9
GORJ	47.5	64.0			34.2		35.2	37.1	
HARGHITA	26.8		31.0				30.5	33.2	
HUNEDOARA	21.2			26.7	27.1				34.1
IALOMITA	29.0	31.1	35.9			34.6		36.7	87.5
IASI	52.6	10.5	9.7				8.6		11.0
ILFOV		26.1	22.1		19.2	19.5	20.4	42.4	84.9
MARAMURES	16.3	19.9				38.8		63.8	94.0
MEHEDINTI	32.5	77.3						135.5	104.7
MURES	44.5	16.4		33.4		50.0	17.1		19.2
NEAMT	14.7			20.2	40.1		20.1	21.8	25.8
OLT	39.2	55.3	30.0		28.4	57.0		30.6	34.0
PRAHOVA	35.9	69.7			14.6			33.2	17.6
SATU MARE			27.9						34.7
SALAJ	34.0	78.9	38.2					77.1	
SIBIU	43.5		43.2		20.4				51.5
SUCEAVA	41.9		11.9			21.5	10.8	22.7	61.9
TELEORMAN			70.1		34.7				
TIMIS	63.6	14.6			25.8				15.0
TULCEA	37.0			52.7					
VASLUI	58.0	44.8	19.2		19.1				
VALCEA	93.6			35.9					40.4
VRANCEA		52.0					29.2	31.6	
BUCURESTI	45.5	4.7	25.4		22.5	4.3	4.2	4.4	42.1

Sursa datelor:

Institutul National de Sanatate Publica – Centrul National de statistica in sanatate publica -

Mortalitatea Materna - 2021

