

# ROLUL MĂSURĂRII MORTALITĂȚII EVITABILE ÎN APRECIEREA STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI

Prof. Dr. Cristian VLĂDESCU<sup>1</sup>

Dr. Marius CIUTAN<sup>1</sup>

Ec. Valentina MIHĂILĂ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, București

## CONTEXT

Domeniul sănătății este unul dintre cele mai sensibile barometre ale vieții sociale.

Doriința de ameliorare a stării de sănătate a populației este un obiectiv propus de aproape toate programele de guvernare, iar atingerea acestui deziderat impune măsuri care trebuie să aibă la bază o cunoaștere foarte bună a evoluției stării de sănătate din ultimul deceniu.

Nivelul cunoașterii evoluției stării de sănătate este important deoarece politicile de îmbunătățire a stării de sănătate trebuie să se bazeze pe evidențe științifice solide și valide. Eficiența unei politici depinde și de rigurozitatea științifică a metodelor de măsurare (anchete, barometre, analize cantitative și calitative, măsurarea indicatorilor stării de sănătate etc.), iar calculul parametrilor trebuie să reflecte, în foarte mare măsură, realitatea.

Starea de sănătate a populației este măsurată astăzi prin mai multe metode, dar niciuna dintre aceste metode nu poate aprecia într-o manieră exhaustivă nivelul real al stării de sănătate al unei populații.

## METODE DE MĂSURARE A STĂRII DE SĂNĂTATE

Măsurarea stării de sănătate se poate face atât obiectiv, cât și subiectiv, folosind metode de analiză cantitativă și sau calitativă, precum și instrumente sau tehnici diverse (statistici, chestionare de evaluare a unor aspecte ale stării de sănătate, chestionare de satisfacție, tehnici calitative etc.).

Nu există un „standard” al metodei prin care se măsoară starea de sănătate individuală sau a grupului populațional. Starea de sănătate pune probleme atât de *definire*, cât și de *măsurare*.

### Sănătatea – un concept multidimensional

Starea de sănătate este adesea definită prin 1) absența durerii fizice, incapacității fizice sau a condițiilor care ar putea cauza un deces; 2) starea de bine emoțională; și 3) o funcție socială satisfăcătoare. Unii cercetători consideră că ar trebui inclusă și calitatea mediului înconjurător în definiția sănătății, dar această dimensiune nu este în mod frecvent inclusă în cele mai utilizate evaluări ale sănătății.

*Starea de sănătate a populației este dificil de măsurat, dat fiind multitudinea aspectelor ce trebuie considerate. Astăzi se pune accentul pe folosirea unor instrumente care să cuprindă cât mai multe dimensiuni ale sănătății, iar calcularea unor indicatori cât mai sintetici și comprehensivi, care să includă cât mai multe aspecte ale sănătății a devenit o practică curentă. Mortalitatea evitabilă (cu cele două componente ale sale: cauze tratabile și prevenibile) este, de asemenea, utilă în aprecierea stării de sănătate a populației, precum și pentru planificarea și evaluarea performanței serviciilor medicale.*

*În România, mortalitatea evitabilă este puțin studiată, iar datele existente la nivel internațional reclamă aprofundarea cercetării acestui fenomen, în vederea identificării potențialelor puncte slabe ale sistemului de sănătate și a impactului diferitelor politici din domeniul sanitar.*

*Pentru România, nivelul fenomenului (primul loc în rândul țărilor din UE) și tendința de creștere (în principal pentru afecțiuni care sunt 100% tratabile) trebuie să atenționeze decidenții și politicienii.*

*Cuvinte cheie: măsurarea stării de sănătate a populației, mortalitate evitabilă, cauze tratabile și prevenibile de deces.*

Starea de sănătate a întregii populații este determinată prin agregarea datelor colectate de la indivizi. Sănătatea unei persoane este mai ușor de definit decât sănătatea populației; starea de sănătate a unei populații poate fi plasată pe o scală continuă de la sănătate perfectă la deces.

Sănătatea a fost definită de-a lungul timpului sub diferite aspecte, iar actualmente, cea mai acceptată și uzitată definiție este cea a OMS prin care sănătatea este privită sub aspect pozitiv (stare de bine fizic, psihic și social) nu doar sub aspect negativ (absența bolii) [1]. Alte definiții, mult mai cuprinzătoare și detaliate au la bază definirea sănătății cu cele două componente: sănătate pozitivă și negativă.

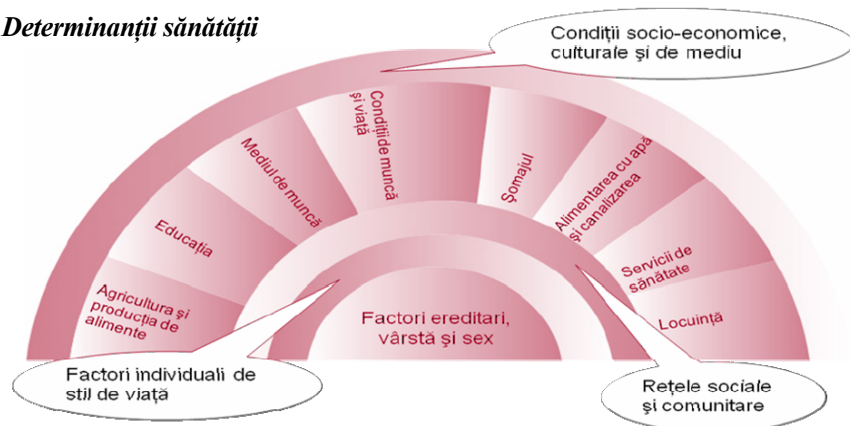
De asemenea, sănătatea este una dintre componentele principale ce definesc conceptul de „calitate a vieții”, alături de celelalte aspecte de ordin social, economic, cultural etc.

### Multideterminismul stării de sănătate a populației

Dificultatea elaborării unei metode standard de măsurare este determinată, în mare parte, și de multitudinea factorilor care pot influența starea de sănătate a populației. Conform modelelor clasice de clasificare a determinațiilor stării de sănătate, cele patru categorii de determinanți acționează sinergic asupra sănătății populației, iar abordarea lor la nivel strategic, politic, poate influența sănătatea întregii populații [2,3].

*Vârsta, sexul și caracteristicile ereditare sunt considerate determinanți de bază ai stării de sănătate. Aceștia sunt însă factori asupra cărora indivizii au control redus. Rețelele sociale și ale comunităților în care este inclusă și familia, joacă un rol considerabil în sănătatea indivizilor.*

## Determinanții sănătății



**Sursa.** Imagine preluată din articolul: Vlădescu C., Astărăstoae V., Scîntee S.G., "Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului. România. Analiză de situație (I)", *Revista Română de Bioetică*, Vol. 8, Nr. 2. Aprilie-Iunie 2010

Adeeseori prin structurile locale se asigură servicii indivizilor sau comunităților prin care aceștia primesc informații în legătură cu sănătatea și serviciile de sănătate. Astfel, ei primesc sprijinul necesar pentru a juca un rol activ în îmbunătățirea propriei sănătăți. Alți determinanți ai stării de sănătate includ: învățământul, munca, condițiile de viață, condițiile de muncă, agricultura, producția de alimente, apa și igiena, precum și serviciile de sănătate. Factorii comportamentali reprezintă unul dintre determinanții ce pot fi influențați în mare măsură atât prin implicarea personală/individuală, cât și prin intervenții ale sistemului.

Ca atare, a atinge întregul potențial de sănătate nu depinde numai de furnizarea serviciilor de sănătate. Mulți alți factori, și de aceea mulți indivizi, grupuri, instituții publice sau private trebuie să joace un rol în efortul general de a crește starea de sănătate și de a atinge potențialul de sănătate al unei națiuni [2,3].

### Specificitatea indicatorilor „stării de sănătate”

Indicatorii "stării de sănătate" ai populației au, de asemenea, caracteristici specifice, și anume: multiple posibilități de definire, ceea ce duce la o comparabilitate limitată; "perioadă de reacție" lungă, respectiv efectele unor măsuri sunt vizibile după un interval îndelungat de timp; etiologie multiplă - același efect poate fi atribuit mai multor cauze, cu influențe mai mult sau mai puțin directe.

În absența unei măsurători cuprinzătoare sau absolută a sănătății populației, durata medie de viață, prevalența bolilor prevenibile sau frecvența deceselor (rate brute, specifice, standardizate; decese evitabile etc.) și disponibilitatea serviciilor medicale servesc ca indicatori ai stării de sănătate. Judecățile referitoare la nivelul de sănătate al unei populații particulare sunt de obicei realizate prin compararea unei populații cu alta sau prin studierea tendințelor evolutive a nivelului indicatorilor de sănătate, în cadrul unei populații, de-a lungul timpului.

Pentru mulți ani, starea de sănătate a unei populații s-a evaluat recurgând la anumiți indicatori (caseta 1) și, în principal, prin indicatori precum: ratele de mortalitate specifice pe vârste și cauze de deces sau speranța de viață la naștere (SMV).

Pe măsură ce modelul de mortalitate pe cauze s-a modificat trecând de la bolile acute pe primul loc în ierarhia cauzelor de deces, la boli cronice și degenerative, ratele de mortalitate și SMV n-au mai fost în măsură să reflecte corect realitatea. Preponderența bolilor cronice duce la un număr mare de ani trăiți în incapacitate. Din această cauză au apărut alte modalități de exprimare a stării de sănătate, inclusiv indicatori sintetici care combină indicatorii de mortalitate cu cei de morbiditate.

Acești indicatori sunt împărțiți în două clase mari: 1) "health expectancies" speranțele în sănătate, care combină ratele de mortalitate cu cele de morbiditate pentru a calcula speranța de viață trăită în deplină sănătate, fără incapacitate; 2) "health gap" pierderea în sănătate, ia în calcul numărul de ani care se pierd din speranța de viață prin decese premature și prin morbiditate. Din prima categorie fac parte: DFLE – disability free life expectancy (speranța de viață fără incapacitate); ALE – active life expectancy (speranța de viață activă); DALE – adjusted life expectancy (speranța de viață ajustată în funcție de incapacitate). A doua categorie "Health gap" cuprinde indicatori precum: DALY – disability adjusted life years (ani de viață ajustați cu incapacitate); HALE – (speranța de viață ajustată în funcție de starea de sănătate).

Dacă lărgim aria indicatorilor clasici (negativi) pentru descrierea sănătății ar trebui luat în calcul mortalitatea (death), morbiditatea (disease), incapacitatea (disability/disfunction); disconfortul (discomfort) și insatisfacția (dissatisfaction) formând lista celor 5 „D-indicatori” ai aprecierii stării de sănătate. Există însă și indicatori pozitivi care pot descrie starea de sănătate. Sănătatea pozitivă este un concept cu o utilizare în creștere cuprinzând nu numai absența bolii dar și starea de bine mintală și fizică, funcționalitatea deplină, abilități ale individului, suportul social, randamentul minții și corpului. Toate aceste stări pozitive au fost definite în literatură ca sănătate pozitivă, sănătate socială și sănătate asociată calității vieții.

### Autoevaluarea stării de sănătate

Starea de sănătate poate fi apreciată atât obiectiv (ex: colectarea și analizarea unor parametri biologici și clinici

#### Caseta 1

Cei mai utilizați indicatori ai stării de sănătate a populației [3]:

- Procentul noilor născuți cu greutate scăzută la naștere
- Procentul copiilor cu greutate corespunzătoare vârstei și corespunzătoare standardelor
- Indicatorii de dezvoltare psiho-socială a copiilor
- Rata mortalității infantile și sub 5 ani
- Rata mortalității la populația tânără
- Speranța de viață la o vârstă determinată
- Mortalitatea maternă
- Mortalitatea specifică
- Morbiditatea specifică
- Nivelul de incapacitate de muncă
- Indicatorii de patologie mentală și socială: rata suicidului, dependența de droguri, criminalitatea, delinquența juvenilă, alcoolismul, fumatul și consumul de tranchilizante

**Tabel 1. Clasificarea instrumentelor de măsurare a stării de sănătate asociată calității** (MH); Rolul fizic (RP); Rolul emoțional (RE); Dureri corporale (BP); Vitalitate (VT); Funcționalitate socială (SF).

	GENERAL – se poate utiliza în populația generală sau pentru pacienți, indiferent de forma afecțiunii	SPECIFIC – întrebările din chestionar sunt specifice unei afecțiuni anume
<b>INDICE</b> - prin prelucrarea răspunsurilor la întrebările din chestionar se obține o singură valoare, un SCOR.	Rosser; Quality of Well-being Scale (QWB); Euroqol; Torrance	Arthritis Impact Measurement; Scale (AIMS); General Health; Questionnaire (GHQ).
<b>PROFIL</b> – prin prelucrarea răspunsurilor, se obțin mai multe scoruri, pentru fiecare dintre dimensiunile stării de sănătate	Nottingham Health Profile NHP; SF-36; Sickness Impact Profile (SIP).	Kidney Diseases Questionnaire (KDQ)

SURSA: Michael F. Drummond, Alan Maynard "Purchasing and Providing Cost-Effective Health Care" Churchill Livingstone; Edinburgh London Madrid Melbourne New York, Tokyo

cuprinși într-o fișă de cercetare/evaluare, pentru fiecare individ al unei populații), cât și subiectiv.

Cea mai frecventă metodă de apreciere subiectivă a stării de sănătate este autoevaluarea. Chestionarele de satisfacție și/sau de evaluare a stării proprii de sănătate sunt destul de frecvent utilizate, de obicei în complementaritate cu o metodă de apreciere obiectivă a stării de sănătate.

Avantajul măsurării subiective a sănătății constă în faptul că, la răspunsul subiectiv al pacientului se pot asocia și parametri biologici ai pacientului. Măsurarea subiectivă a sănătății poate fi utilizată pentru: monitorizarea îngrijirii pacientului; îmbunătățirea interrelației dintre medic și pacient; informarea medicilor, pe tot parcursul îngrijirii asupra stării de bine a pacientului; studii clinice pentru evaluarea a două sau mai multe tratamente diferite; evaluarea câștigului în sănătate la diferite grupe de pacienți când se evaluează furnizările de servicii cele mai valoroase; monitorizarea stării de sănătate a populației în general.

#### Chestionarele de apreciere a calității vieții

Preocuparea pentru elaborarea unor chestionare de măsurare a calității vieții (un concept mai larg care include și starea de sănătate) datează din anii 1970 și are la bază respectarea principiilor psihometrice.

Instrumentele utilizate pentru măsurarea calității vieții pot fi, în mare, grupate în 4 grupe, în funcție de două caracteristici:

- *tipul de chestionar* care poate fi cu întrebări generale referitoare la calitatea vieții, putând fi aplicat populațiilor generale sau pacienților, independent de forma afecțiunii, precum și chestionare specifice pentru anumite boli, întrebările vizând să evalueze calitatea vieții bolnavilor cu o anumită afecțiune; și respectiv

- *tipul de date* pe care le furnizează instrumentul. Întrebările chestionarului se cuantifică obținând un singur scor/indice care reflectă calitatea vieții sau se poate obține un profil al sănătății asociate calității vieții (Tabel 1).

Destul de frecvent, instrumentele (chestionare) oferă un profil al stării de sănătate cu scoruri pentru diferitele dimensiuni ale sănătății, prezentate separat. De ex: chestionarul "SF 36 Short form" produce 8 scoruri care reflectă starea de sănătate (Auto-evaluarea stării de sănătate (GH); Funcționalitatea fizică (PF); Sănătatea mentală

(MH); Rolul fizic (RP); Rolul emoțional (RE); Dureri corporale (BP); Vitalitate (VT); Funcționalitate socială (SF).

În schimb, un număr mai mic de chestionare sunt concepute pentru a obține un singur scor al stării de sănătate asociate calității vieții care înglobează toate dimensiunile măsurate într-o singură cifră.

Scorurile medii care se calculează pentru profilul stării de sănătate asociat calității vieții, pot varia pe o scală între 0 - *absența totală* a stării de sănătate (vitalitate zero, funcționalitate fizică absentă - persoana este total imobilă, sănătate mintală absentă etc) și 100 reprezentând *stare de sănătate perfectă* (vitalitate maximă, funcționalitate fizică totală, sănătate mintală perfectă etc). În acest mod se măsoară sănătatea utilizând diferite tipuri de chestionare, a căror răspunsuri la întrebări se cuantifică, ajungând la scoruri medii ce variază pe o scală de la 0 la 100 de procente. Se aplică în populații diferite putându-se face comparații, datorită existenței aceleiași unități de măsură, exprimată în procente.

#### MORTALITATEA EVITABILĂ

După cum s-a prezentat, măsurarea stării de sănătate presupune utilizarea unei diversități de indicatori, fiecare fiind capabil să reflecte diferitele fațete ale acestui concept. Întrebarea care apare frecvent atunci când se analizează starea de sănătate este "Cât de mult îngrijirea pentru sănătate (serviciile medicale) contribuie la sănătatea populației?"

Furnizarea de servicii medicale are ca scop final îmbunătățirea stării de sănătate. Problema care se pune este cum poate fi evaluată sănătatea pentru a vedea dacă serviciile medicale sunt eficiente sau nu. În același timp serviciile medicale nu sunt singurele care pot influența sănătatea unei populații, un rol determinant avându-l factorii de natură socio-economică și de mediu.

Graficul nr.1 prezintă relația dintre starea de sănătate și determinanții ei. În contextul finanțării, adesea deficitare a asistenței medicale, problema care se pune este dacă o cantitate suplimentară de bani cheltuită pentru un anumit "input" ar fi mult mai productivă în termeni de îmbunătățire a sănătății și reducere a mortalității.

Întrebarea dacă serviciile medicale pot avea o contribuție semnificativă în influențarea sănătății populației, a constituit subiect de dezbateri de multă vreme. Diferiți autori [4] au argumentat, încă din anii 1970, că îngrijirea medicală a contribuit puțin la declinul mortalității (respectiv îmbunătățirea sănătății) survenită în țările industrializate la mijlocul secolului XIX, precum și la mijlocul secolului XX. Afirmația este însoțită de prezentarea declinului ratelor de mortalitate prin tuberculoză, în Anglia și Țara Galilor între anii 1838 și 1970.



Reducerea cea mai importantă a mortalității prin tuberculoză a avut loc înainte de introducerea imunizării sau a chimioterapiei. S-a presupus că această reducere s-a datorat influenței unor factori din afara sistemului sanitar, în mod particular datorită nutriției și îmbunătățirii condițiilor de mediu. Este adevărat, însă, că introducerea imunizării și a chimioterapiei au avut un impact remarcabil asupra ratelor de deces, nu însă așa de mare ca cel petrecut anterior.

Schimbarea rapidă a scopului și naturii îngrijirii medicale fac ca această afirmație "îngrijirea medicală contribuie puțin la reducerea mortalității" să nu mai fie de actualitate.

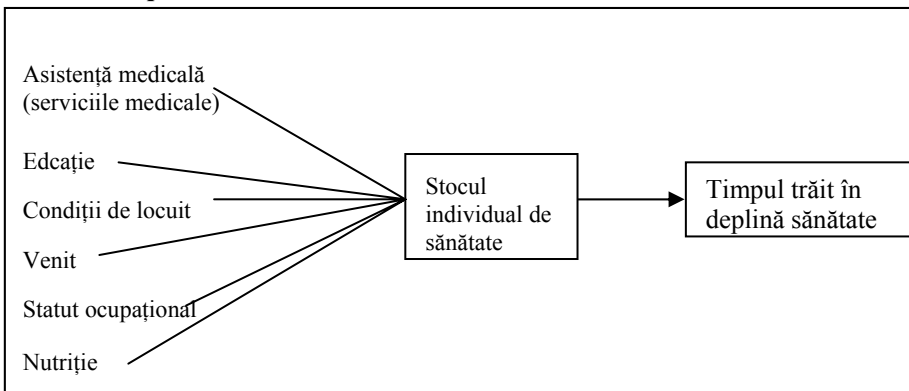
Scopul îngrijirii pentru sănătate s-a modificat enorm în a doua jumătate a secolului XX. Schimbarea a avut loc nu doar în zonele vizibile precum noile produse farmaceutice și noile tehnologii, dar și în noile moduri, mult mai eficiente de organizare a îngrijirilor medicale. Chiar dacă îngrijirea medicală a avut în trecut o contribuție redusă la starea de sănătate a populației, în prezent acest lucru nu se mai confirmă. Diferite încercări s-au întreprins pentru cuantificarea acestei contribuții a îngrijirilor medicale asupra stării de sănătate. Cea mai utilizată este "mortalitatea evitabilă (avoidable mortality)" numită și „mortalitate ce poate fi influențată de îngrijirea medicală/mortality amenable to medical/health care”, bazată pe analizarea acelor cauze de decese și acelor grupe de vârste, pentru care o îngrijire medicală acordată eficient și la timp ar trebui să preîntâmpine decesul.

Acest termen de mortalitate evitabilă a fost utilizat începând cu anii 1960 în urma activității desfășurate de David D. Rutstein și colaboratorii săi pentru dezvoltarea unei măsurători privind calitatea actului medical. Acest concept a fost supus comentariilor și revizuirii de către diferiți autori, dintre care cei mai remarcabili au fost Charlton J.R., Holland, Mackenbach și Westerling.

În principal s-a stabilit o listă de cauze de deces și anumite grupe de vârstă, pentru care o îngrijire medicală corect acordată și la timp ar face decesul prevenibil. Această listă este prezentată în tabelul nr. 2. Această listă a cauzelor de deces reflectă consensul specialităților față de ceea ce se poate realiza printr-o îngrijire medicală corectă și eficientă, acordată la un moment dat în timp. Ca urmare a modificărilor survenite în progresul tehnic medical și în modul de organizare a îngrijirilor medicale, această listă poate varia în timp. Astfel, unele cauze de deces considerate în trecut ca fiind neprevenibile, pot fi considerate tratabile la momentul actual, datorită progreselor medicale realizate. La fel, grupele de vârstă luate în considerare în lista de mai sus, au fost supuse schimbării de-a lungul timpului, o dată cu prelungirea speranței de viață la naștere.

Privită din perspectiva tipului de afecțiuni cauzatoare de deces, mortalitatea evitabilă are două componente:

**Grafic 1. Modelul Grossman al intrărilor în sistemul de sănătate și al rezultatelor pentru sănătate**



Sursa: Grossman M (1972) *The Demand for health: a Theoretical and Empirical Investigation*. National Bureau of Economic Research Occasional Paper No.119. New York, Columbia University Press – citat de Cam Donaldson și Karen Gerard, în : *Economics of Health Care Financing The Visible Hand*. Macmillan 1992

- Mortalitatea determinată de afecțiuni tratabile (cauze de deces care ar putea fi evitate prin intervenții medicale și prevenție secundară). Ex: tumori maligne ale colului uterin, hipertensiune, apendicită, tuberculoză;
- Mortalitatea determinată de afecțiuni prevenibile (pentru care sunt responsabile intervențiile aflate de obicei în afara controlului direct al serviciilor medicale și anume politicile de sănătate intersectoriale). Ex: cancer pulmonar (prevenibil prin politicile de reducere a fumatului), boli cronice ale ficatului și ciroză (prevenibile prin politicile de reducere a consumului de alcool), accidente de circulație (prevenibile prin măsuri legale privitoare la limita de viteză, purtarea de centuri de siguranță, etc.).

Mortalitatea evitabilă nu a intenționat niciodată să fie mai mult decât un indicator *potențial* al slăbiciunii sistemului sanitar, al modului de acordare a serviciilor medicale. Compararea performanțelor sistemelor sanitare există azi pe agenda politică internațională, în special de când s-a publicat Raportul OMS 2000. Incluziunea conceptului de mortalitate evitabilă în metodologia utilizată în acest raport, constituie o încercare de evaluarea a performanțelor și de anticipare a situației privind ierarhizarea sistemelor de sănătate.

## STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI DIN ROMÂNIA

Indiferent de clasamente sau de perioadele în care aceste clasamente sunt făcute, România ocupă ultimele locuri în ceea ce privește performanța sistemului de sănătate. Astfel, Indexul european de sănătate (EHCI) pentru 2008 (o cercetare comparativă a sistemelor de sănătate din Europa) prezintă România pe locul 27 din 31 de țări analizate. Pe lângă cele 27 de țări membre ale Uniunii Europene, clasamentul a luat în calcul și țări precum Norvegia, Elveția, Croația și FYROM. Situația nu este deloc încurajatoare, mai ales din cauza faptului că poziția României în acest clasament a fost mai slabă comparativ cu anii precedenți (locul 25, în anul 2007).

De asemenea, dacă analizăm global performanța sistemului sanitar românesc în contextul internațional →

Tabel nr. 2. Cauze de deces considerate evitabile

GRUP DE CAUZE	VÂRSTA	ICD9	ICD10
1 Infecții intestinale	0-14	001-009	A00-A09
2 Tuberculoză	0-74	010-018, 137	A15-A19, B9
3 Alte infecții (Difterie, tetanos, poliomielită)	0-74	032, 037, 045	A36, A35, A80
4 Tuse convulsivă	0-14	033	A37
5 Septicemie □	0-74	038	A40-A41
6 Pojar	1-14	0-55	05
7 Tumoră malignă de colon și rect	0-74	153-154	C18-C21
8 Tumoră malignă a pielii	0-74	173	C44
9 Tumoră malignă de sân	0-74	174	C50
10 Tumoră malignă de col uterin	0-74	180	C53
11 Tumoră malignă de col și corp uterin	0-44	179,182	C54, C55
12 Tumoare malignă de testicol	0-74	186	C62
13 Boala Hodgkin	0-74	201	C81
14 Leucemie	0-44	204-208	C91-95
15 Boli de tiroidă	0-74	240-246	E00- E07
16 Diabet	0-49	250	E10-E14
17 Epilepsie	0-74	345	G40-G41
18 Afecțiuni cronice cardiace provocate de reumatism	0-74	393-398	I05-I09
19 Boli hipertensive	0-74	401-405	I10-I13, I15
20 Boli ischemice ale inimii	0-74	410-414	I20-I25
21 Boli cerebro-vasculare	0-74	43-438	I60-I69
22 Toate bolile respiratorii (excluzând pneumonia/gripa)	1-14	460-479,88-519	J00-J09,J20-J99
23 Gripa	0-74	487	J10-J11
24 Pneumonia	0-74	480-486	J12-J18
25 Ulcer peptic	0-74	531-533	K25-K27
26 Apendicită	0-74	540-543	K354-K38
27 Hernia abdominală	0-74	550-553	K40-K46
28 Colelitiaza și colecistita	0-74	574-575.1	K80-K81
29 Nefrite și nefroze	0-74	580-589	N00-N7,N17-N19,N25-N27
30 Hiperplazia benignă de prostată	0-74	600	N40
31 Decese materne	Toate	630-676	O00-O99
32 Anomalii cardiovasculare congenitale	0-74	745-747	Q20-Q28
33 Decese perinatale, toate cauzele excluzând născuții morți	Toate	760-779	P00-P96,A33,A34
34 Accidente ale pacienților în timpul îngrijirii medicale sau a intervenției chirurgicale	Toate	E870-E876, E878-E879	Y60-Y69, Y83-Y84

□ condiție care nu este inclusă în cauzele evitabile de deces în Danemarca, Finlanda și Suedia

Sursa: Ellen Nolte, Martin McKee, Foreword by John Wyn Owen CB; "Does health care save lives? Avoidable mortality revisited"; The Nuffield Trust For Research and Policy Studies in Health Services, 2004

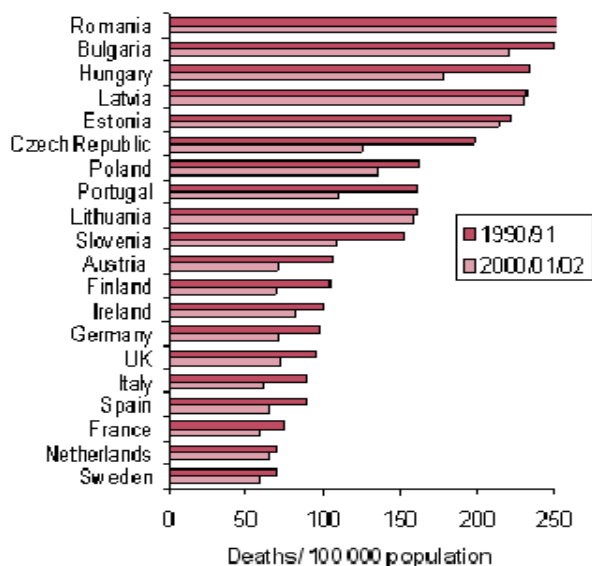
și ținând cont de conceptul de performanță al OMS [1], care se axează în jurul a trei piloni fundamentali: **1.** ameliorarea sănătății; **2.** creșterea capacității de răspuns față de așteptările populației; **3.** asigurarea echității în ceea ce privește contribuția financiară – constatăm că România se situează pe locul 99 la nivel mondial, după țări ca Albania (55), Slovacia (62), Ungaria (66), Turcia (70), Estonia (77) [2,3].

Poziția codașă ocupată de România în aceste clasamente este asociată și cu un nivel scăzut al stării de sănătate a populației. În România, periodicitatea anchetelor/barometrelor de măsurare a stării de sănătate la nivel național este scăzută (ex.: ultima anchetă efectuată pe un eșantion reprezentativ la nivel național de către Ministerul Sănătății datează din anul 1997), iar cea mai frecventă metodă de măsurare rămâne măsurarea indicatorilor statistici ai "stării de sănătate".

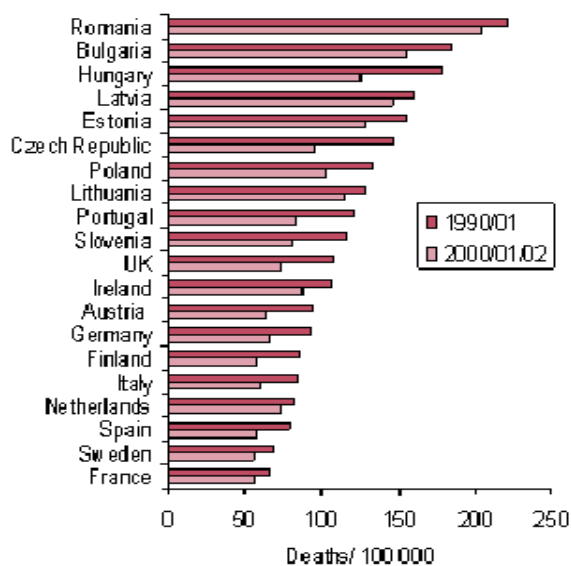
Cea mai recentă apreciere asupra stării de sănătate a populației din România este făcută de către "Comisia prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice", a cărei strategie reprezintă un punct de referință pentru politica publică de sănătate ce are ca obiectiv general îmbunătățirea funcționării sistemului de sănătate din România.

Conform Raportului Comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice ("Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului"), din punct de vedere al stării de sănătate, populația României prezintă unii dintre cei mai defavorabili indicatori din întreaga zonă europeană, nu doar de la nivelul UE. Primul indicator care atrage atenția este speranța medie de viață (71,7 ani) care, deși prezintă o ușoară îmbunătățire, continuă să fie printre cele mai scăzute din regiunea europeană. Din analiza datelor de morbiditate și mortalitate, se remarcă faptul că, în România, setul de indicatori prezintă un mix de indicatori care sunt specifici țărilor dezvoltate (mortalitate crescută prin boli cardio-vasculare, creșterea bolilor neoplazice), cu indicatori specifici întâlniți mai ales în țările în curs de dezvoltare (recrudescența bolilor infecțioase, de la tuberculoză la cele cu transmitere sexuală). Indicatorii de mortalitate infantilă și mortalitate maternă, care au o puternică corelare cu performanța sistemului de sănătate, plasează în continuare România pe ultimele locuri în Uniunea Europeană. Principalele cauze de deces în România sunt reprezentate de bolile aparatului cardiovascular, urmate de tumori, boli digestive, leziuni traumatice, otrăviri și boli ale aparatului respirator.

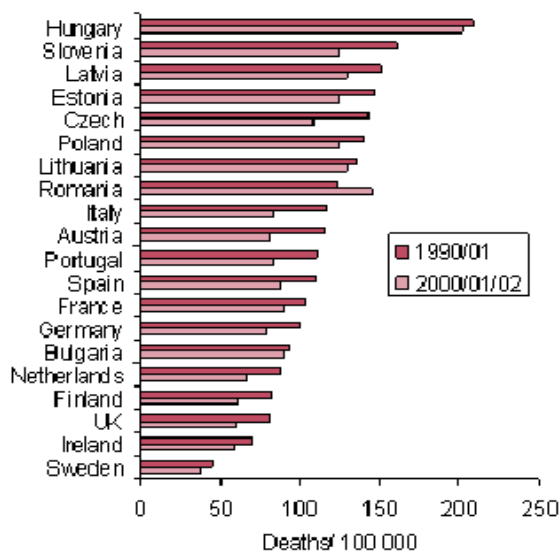
**Mortalitatea evitabilă, la bărbați, decese %00.000 loc.**  
(mortalitatea prin cauze *tratabile*)



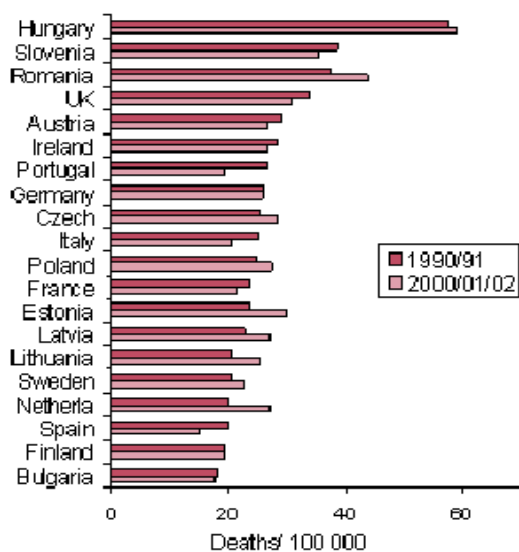
**Mortalitatea evitabilă, la femei, decese %00.000 loc.**  
(mortalitatea prin cauze *tratabile*)



**Mortalitatea evitabilă, la bărbați, decese %00.000 loc.**  
(mortalitatea prin cauze *prevenibile*)



**Mortalitatea evitabilă, la femei, decese %00.000 loc.**  
(mortalitatea prin cauze *prevenibile*)



Sursa: Raportul privind "Mortalitatea evitabilă în UE lărgită", Claire Newey, Ellen Nolte, Martin McKee, Elias Mossialos, [http://www.euractiv.com/28/images/ISS%20Avoidable%20Mortality%20final%20%20Nov%2004\\_tcm28-132956.pdf](http://www.euractiv.com/28/images/ISS%20Avoidable%20Mortality%20final%20%20Nov%2004_tcm28-132956.pdf) [6]

Ca o apreciere generală, raportul subliniază faptul că, în România, modelele de morbiditate și mortalitate au suferit modificări importante în ultimele decenii, în sensul creșterii prevalenței bolilor cronice și a mortalității prin aceste cauze, în contextul creșterii ponderii populației vârstnice, asociată cu acțiunea multiplă a factorilor de risc biologici, de mediu, comportamentali și cu influența condițiilor socio-economice și de asistență medicală.

În contextul României, un complex de factori poate explica situația actuală: contribuția diferită a determinanților sănătății, disparitățile în disponibilitatea și accesul la serviciile medicale (mai mari în rural decât în urban), răspunsul ineficient al sistemului sanitar la problemele majore de sănătate (accent pe asistența curativă spitali-

cească în defavoarea asistenței primare preventive), finanțarea neadecvată și ineficient utilizată (subfinanțare, nesustenabilitatea finanțării), management deficitar al resurselor umane, lipsa de integrare a serviciilor de sănătate în cadrul sistemului, astfel încât să se asigure continuitatea îngrijirilor, managementul deficitar al informațiilor din sănătate, colaborare inter-sectorială inadecvată etc.) [2,3].

În ceea ce privește determinanții sănătății, contribuția determinanților sănătății este diferită, un rol semnificativ în argumentarea nivelului scăzut al stării de sănătate din România, în comparație cu țările europene, fiind atribuit dezvoltării rețelelor sociale și comunitare, precum și condițiilor socio-economice, culturale și de mediu.



Factorii comportamentali au un rol important, dintre aceștia, impactul cel mai puternic asupra stării de sănătate a populației din România avându-l: fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri, dieta și inactivitatea fizică. Dintre cei peste 5 milioane de fumători existenți în România, în anul 2007, aproximativ 38 de mii de persoane mor anual din cauza afecțiunilor cauzate ca urmare a consumului de tutun, majoritatea dintre aceștia decedând înainte de a împlini vârsta de 65 de ani [3].

Reformele din domeniul sănătății au dus la numeroase schimbări de ordin organizatoric și funcțional, dar aceste schimbări nu au determinat o îmbunătățire a stării de sănătate a populației din România. În schimb, se remarcă o tendință de creștere a mortalității și o creștere a numărului de decese prin cauze evitabile de deces.

Există puține studii privind **mortalitatea evitabilă în România**, iar majoritatea evidențelor sunt preluate din statisticile internaționale. Conform acestor statistici, în România există cel mai înalt nivel de mortalitate evitabilă comparativ cu cele 25 de țări ale Uniunii Europene [4]. De exemplu, în 2002 mortalitatea la bărbați prin cauze evitabile de deces a fost de 5 ori mai mare decât în Suedia, respectiv pentru femei de 3,5 ori mai mare. Mai mult, în ultimul deceniu, în România, s-a constatat o creștere a mortalității evitabile, în contrast cu tendința din celelalte țări europene.

Analiza în dinamică arată o creștere a mortalității cauzate de afecțiuni tratabile, în România, în anii '90, și după anii 2000, cu o ușoară scădere în perioada 1997-2000. Ponderea deceselor determinate de cauze evitabile în rândul deceselor totale este de 11% [5].

Raportul Comisiei prezidențiale atrage atenția asupra faptului că, în contrast cu situația majorității statelor din UE (în special țările vest europene), unde se înregistrează o tendință de scădere a mortalității cauzate de bolile cardiovasculare, în România se constată o puternică tendință de creștere a acesteia. În ceea ce privește decesele prin tumori maligne, chiar dacă frecvența acestora este sub media UE, se remarcă ponderea semnificativă a **deceselor evitabile**, precum cele în cazul cancerului de col, aspect ce atrage atenția asupra inadecvării sistemului sanitar la nevoile reale ale populației.

Analizele UE referitoare la decesele evitabile cauzate de sistemul sanitar arată că România ocupă primul loc în UE, atât la mortalitatea la femei, cât și la bărbați; mai mult, dacă tendința în acest domeniu este de scădere semnificativă în toate celelalte țări ale UE, în România aceasta este fie redusă (la femei), fie staționară (la bărbați).

## CONCLUZII

Progresul tehnologic și științific din domeniul medicinei, precum și al societății în general, a condus la apariția de noi metode, mult mai eficiente și eficiente, de tratare și prevenire a îmbolnăvirii și decesului.

Consecința imediată este evidentă în tendința de creștere a SMV înregistrată la scară mondială. Astfel, în

contextul prelungirii vieții, una dintre preocupările actuale ale domeniului sănătății publice este reprezentată de “îmbunătățirea calității vieții”; în acest sens, se pune accent și pe abordarea evenimentelor evitabile, iar termeni precum “morbidity evitabilă” și “mortality evitabilă” devin concepte de actualitate.

Dintre numeroasele metode de apreciere, niciuna nu reprezintă un standard pentru măsurarea stării de sănătate. Măsurarea mortalității evitabile este utilă atât în aprecierea stării de sănătate a populației, cât și pentru planificarea și evaluarea performanței serviciilor medicale.

Nivelul acestui fenomen, măsurat prin contabilizarea *cauzelor evitabile de deces*, poate fi considerat ca unul dintre indicatorii de apreciere a calității actului medical și indicatorii de rezultat al îngrijirilor medicale [7].

Mortalitatea evitabilă poate fi considerată un indicator important al performanței sistemului de sănătate, care se referă la afecțiunile care pot fi tratate prin îngrijiri medicale adecvate și la timp sau prevenite prin politici intersectoriale.

În România, fenomenul este puțin studiat, iar datele existente la nivel internațional reclamă aprofundarea cercetării acestui fenomen, în vederea identificării potențialelor puncte slabe ale sistemului de sănătate și a impactului diferitelor politici din domeniul sanitar.

Pentru România, nivelul fenomenului (primul loc la nivelul țărilor din UE) și tendința de creștere (în principal pentru afecțiuni care sunt 100% tratabile) trebuie să atenționeze decidenții și politicienii. Evidențele științifice trebuie să reflecte exact realitatea, iar cunoașterea în dinamică și în profil teritorial a fenomenului trebuie să sprijine procesul de luare a deciziei.

## Bibliografie

1. The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance, WHO, 2000.
2. “Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului”, Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, Administrația prezidențială România, 2008.
3. VLADSCU, C., ASTARASTOAE, V., SCINTEE, S.G. - Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului. România. Analiză de situație (I)”, Revista Română de Bioetică, Vol. 8, Nr. 2. Aprilie-Iunie 2010
4. NOLTE, E., McKEE, M.-Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care, BMJ, 2003.
5. MIHAILA, V., GALAN, A., NOVAC, L.-Distribuția deceselor evitabile în România în Sănătate Publică și Management, Partea II: Suport metodologic, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 2000.
6. NEWAY, C., NOLTE, E., McKEE, M., MOSSIALOS, E.,-Raportul privind “Mortalitatea evitabilă în UE lărgită”, [http://www.euractiv.com/28/images/ISS%20Avoidable%20Mortality%20final%20%20Nov%2004\\_tcm28-132956.pdf](http://www.euractiv.com/28/images/ISS%20Avoidable%20Mortality%20final%20%20Nov%2004_tcm28-132956.pdf)
7. WHO, Atlas of avoidable mortality for countries of Central and Eastern Europe, Report on a WHO Meeting, 24-25, Septembrie 1992.