

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlu de manuscris
CZU: [618.7-089.168.86:314.1+614.1](478)

DONDIUC IURIE

**MORTALITATEA MATERNĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA:
ASPECTE MEDICO-SOCIALE, DEMOGRAFICE,
MANAGERIALE ȘI CĂILE DE DIMINUARE
(*volumul I*)**

321.15 – OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

Teză de doctor habilitat în științe medicale

Consultant științific

Cernețchi Olga,
doctor habilitat în științe medicale,
profesor universitar,
Om Emerit
(321.15 – obstetrică și ginecologie)

Autor:

Dondiuc Iurie,
doctor în științe medicale,
conferențiar universitar

Chișinău, 2018

© Dondiuc Iurie, 2018

CUPRINS

ADNOTARE	5
PEȚIOME	6
SUMMARY	7
LISTA ABREVIERILOR.....	8
INTRODUCERE	10
1. MORTALITATEA MATERNĂ – COMPONENTĂ ESENȚIALĂ A SĂNĂȚĂȚII REPRODUCERII ȘI IMPORTANTĂ PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ, DEMOGRAFICĂ ȘI MANAGERIALĂ	25
1.1. Mortalitatea maternă în contextul demografic actual	25
1.2. Instrumente de identificare a cauzelor și a barierelor în reducerea mortalității materne ..	43
1.3. Factorii determinanți în asigurarea calității serviciului de asistență medicală a mamei și a copilului	50
1.4. Concluzii la capitolul 1.....	63
2. METODOLOGIA CERCETĂRII	66
2.1. Caracteristica generală a cercetării	66
2.2. Metodologia cercetării mortalității materne	67
2.3. Metodologia cercetării proximității de deces matern	68
2.4. Metodologia cercetării asigurării populației cu medici obstetricieni-ginecologi și cercetării opiniei medicilor și medicilor-rezidenți obstetricieni-ginecologi cu privire la perspectivele de dezvoltare a serviciului perinatal	70
2.5. Metodologia cercetării tendințelor de evoluție a numărului și a structurii pe vârste și sexe a populației din Republica Moldova.....	71
2.6. Metode matematice de analiză a rezultatelor obținute	77
2.7. Concluzii la capitolul 2.....	79
3. MORTALITATEA MATERNĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA: STUDIU RETRO- ȘI PROSPECTIV	81
3.1. Studiul retrospectiv al cazurilor de mortalitate maternă în Republica Moldova, anii 1990–2008.....	81
3.2. Caracteristica generală a cazurilor de mortalitate maternă în Republica Moldova în perioada 2009–2014 (studiu prospectiv)	91
3.3. Analiza clinică nosologică a cazurilor de deces matern și determinantele mortalității materne	104
3.3.1. Decesele materne cauzate de hemoragii obstetricale	104
3.3.2. Decesele materne cauzate de embolie cu lichid amniotic	108
3.3.3. Analiza cazurilor de decese materne cauzate de sepsisul obstetrical	110
3.3.4. Analiza cazurilor de decese materne prin risc indirect	111
3.4. Concluzii la capitolul 3.....	114

4. ANALIZA CAZURILOR DE PROXIMITATE DE DECES MATERN ÎN CADRUL SISTEMULUI REGIONALIZAT DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PERINATALĂ.....	119
4.1. Structura cauzală și dinamica cazurilor de proximitate de deces matern	119
4.2. Analiza comparativă a cauzelor proximității de deces matern și a cauzelor deceselor materne	138
4.3. Analiza neconformităților în asistența medicală obstetricală acordată pacienților cu morbiditate obstetricală severă	147
4.4. Concluzii la capitolul 4.....	151
5. RESURSELE UMANE DIN SISTEMUL MEDICAL – FACTOR PRINCIPAL DE ASIGURARE A CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE ȘI DE PREVENIRE A MORTALITĂȚII MATERNE	154
5.1. Asigurarea populației Republicii Moldova cu medici obstetricieni-ginecologi.....	154
5.2. Situația actuală și perspectivele de dezvoltare a serviciului de asistență a mamei și copilului în viziunea medicilor obstetricieni-ginecologi.....	162
5.3. Pregătirea specialiștilor și perspectivele asigurării cu medici a instituțiilor medicale în viziunea medicilor rezidenți obstetricieni-ginecologi	179
5.4. Concluzii la capitolul 5.....	189
6. ASPECTE DEMOGRAFICE ȘI MANAGERIALE ALE MORTALITĂȚII MATERNE.....	192
6.1. Caracteristica fenomenului demografic din Republica Moldova	192
6.2. Prognoza numărului și a structurii pe vârste și pe sexe a populației Republicii Moldova, anii 2014–2035	205
6.3. Restructurarea serviciului regionalizat de asistență medicală perinatală din Republica Moldova în contextul schimbărilor demografice prognozate	211
6.4. Concluzii la capitolul 6.....	221
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	224
BIBLIOGRAFIE	230
DECLARAȚIA CU PRIVIRE LA ASUMAREA RĂSPUNDERII	255
CV-UL AUTORULUI	256

ADNOTARE

Dondiuc Iurie: „Mortalitatea maternă în RM:

aspecte medico-sociale, demografice, manageriale și căile de diminuare”

Teză pentru obținerea gradului științific de doctor habilitat în științe medicale. Chișinău, 2018

Structura tezei. Teza este expusă în 2 volume (partea de bază și partea complementară). Partea de bază conține 228 de pagini cu text de bază și cuprinde: introducere, 6 capitole, concluzii generale, recomandări practice, bibliografie din 347 de titluri, 43 de tabele și 88 de figuri. Partea complementară cuprinde 16 Anexe. La tema cercetării au fost publicate 56 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: mortalitate maternă, sănătate reproductivă, proximitate de deces matern, managementul serviciului perinatal, structura asistenței medicale perinatale, cadre de medici obstetricieni-ginecologi, prognoză demografică.

Domeniul de cercetare: Obstetrică și ginecologie.

Scopul cercetării: Evaluarea clinico-epidemiologică, managerială și demografică a fenomenului mortalității materne în RM, cu argumentarea științifică a rezervelor existente de reducere a deceselor materne și elaborarea recomandărilor pentru diminuarea acestui indicator.

Obiectivele studiului: Evaluarea mortalității materne, cu determinarea evoluției, tendințelor, structurii, cauzelor și factorilor deceselor materne; Estimarea calității asistenței medicale în cazurile obstetricale severe, apreciate ca proximitate de deces matern; Identificarea rolului factorului uman în prestarea serviciilor medicale, a impactului asupra sănătății materne și a perspectivelor de dezvoltare a serviciului perinatal; Aprecierea tendințelor demografice prin prisma mortalității materne, pentru stabilirea acțiunilor necesare pentru o maternitate sigură; Analiza evoluției nașterilor, a eficienței amplasării maternităților în condițiile actuale ale sistemului medical și a perspectivelor demografice, pentru optimizarea serviciului obstetrical și elaborarea unui model efectiv de asistență medicală perinatală pentru RM; Argumentarea științifică a rezervelor existente de reducere a mortalității materne, cu elaborarea recomandărilor pentru diminuarea acestui indicator.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute constau în abordarea multilaterală a subiectului de cercetare – în premieră pentru RM s-a efectuat un studiu complex al mortalității materne în funcție de spațiu, mediu și timp, orientat spre îmbunătățirea situației existente și elaborarea unei noi strategii de dezvoltare a serviciului obstetrical, în condițiile actuale și perspectiva demografică. Un aspect nou îl constituie și prognoza demografică, prin care au fost elaborate posibile scenarii de evoluție a structurii pe vârste și pe sexe a populației. Pentru prima dată a fost realizată analiza potențialului și a stării actuale a cadrelor de medici obstetricieni-ginecologi din țară, cu expunerea perspectivelor în asigurarea cu acești specialiști.

Problema științifică aplicativă de importanță majoră soluționată în cadrul studiului constă în evaluarea impactului factorilor medico-sociali, demografici și manageriali asupra nivelului mortalității materne din RM, fapt ce permite identificarea rezervelor existente în prestarea serviciilor de calitate și argumentarea măsurilor de reducere a deceselor materne – în condițiile natalității reduse, insuficienței cadrelor medicale, schimbărilor demografice prognozate – și valorificării lor în politicile și strategiile de dezvoltare a serviciului național de asistență acordată mamei și copilului.

Semnificația teoretică a studiului constă în prezentarea fenomenului mortalității materne într-o formulă amplă și exhaustivă, multilaterală, ce descrie aspectele medicale, sociale, manageriale și demografice ale mortalității materne, formularea interdependenței acestor factori și impactul lor asupra sănătății materne.

Valoarea aplicativă a lucrării: este prezentată analiza cazurilor de deces matern cu dinamica anuală și cincinală a indicatorului mortalității materne, structura cauzală a deceselor materne și evoluția acesteia, descrisă structura mortalității materne după cauza decesului. Este realizată caracteristica fenomenelor demografice majore, cu prezentarea tabloului detaliat al evoluției demografice din RM, și se propune un model de prognoză demografică a natalității și a structurii populației.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele cercetărilor științifice au fost utilizate la pregătirea documentelor directive ale MSMPS al RM, în activitatea instituțiilor medico-sanitare republicane, municipale și raionale, la elaborarea ghidurilor naționale de perinatologie, îndrumărilor didactico-metodice, protocoalelor clinice utilizate în activitatea practică a instituțiilor medico-sanitare din republică, precum și în cadrul USMF „Nicolae Testemițanu” în calitate de material didactic pentru instruirea studenților, medicilor-rezidenți, medicilor de familie, medicilor-specialiști obstetricieni-ginecologi și managerilor instituțiilor medicale.

РЕЗЮМЕ

Дондюк Юрий: «Материнская смертность в Республике Молдова:

медико-социальные, демографические и организационные аспекты, пути её снижения».

Диссертация на соискание ученой степени доктора хабилитат медицинских наук, Кишинэу, 2018.

Структура диссертации. Диссертация изложена в 2 томах (основной и дополнительный). Основная часть изложена на 228 страницах, состоит из введения, 6 глав, выводов, практических рекомендаций, 43 таблиц, 88 графиков. Библиография включает 347 источников. Дополнительная часть состоит из 16 приложений. По теме диссертации опубликовано 56 печатных работ.

Ключевые слова: материнская смертность, репродуктивное здоровье, анализ критических случаев, организация перинатальной помощи, структура перинатальной службы, кадровый состав врачей акушеров-гинекологов, демографический прогноз.

Область исследования: Акушерство и гинекология.

Цель работы: Клинико-эпидемиологическое, организационное и демографическое исследование феномена материнской смертности в РМ, с научным обоснованием существующих резервов и разработкой рекомендаций по уменьшению материнских потерь.

Задачи исследования: Анализ материнской смертности с определением динамики, тенденций, структуры, причин и факторов, обуславливающих материнские потери; Оценка качества оказания медицинской помощи в случаях тяжелых акушерских осложнений; Определение роли человеческого фактора в оказании качественного медицинского обслуживания, его влияния на материнское здоровье и перспективы развития перинатальной службы; Изучение факторов естественного движения населения, ее численности и структуры по возрасту и полу, для прогнозирования демографических тенденций и необходимых действий по обеспечению безопасного материнства; Анализ динамики родов и идентификация родильных учреждений с ограниченным потенциалом предоставления качественных услуг, для разработки эффективной модели перинатальной помощи; Научная аргументация существующих резервов снижения материнской смертности с разработкой рекомендаций по снижению этого показателя.

Новизна и оригинальность исследования заключается в многогранности подхода в изучении проблемы материнской смертности. Впервые в РМ проведено её комплексное исследование, направленное на улучшение создавшейся ситуации и разработки нового стратегического подхода в организации акушерской помощи, исходя из реальных условий и демографической перспективы. Новым аспектом исследования является и демографический прогноз, на основе которого были созданы виртуальные сценарии развития возрастной и половой структуры населения. Впервые проведен анализ реалий и потенциала кадрового состава акушерской службы в стране и изложены перспективы в обеспечении родовспомогательных учреждений врачами акушер-гинекологами.

Основная прикладная решенная научная проблема состоит в установление влияния медико-социальных, демографических и организационных факторов на уровень материнской смертности в РМ, что позволило выявить реальные резервы в оказании квалифицированной помощи и аргументировать меры по снижению материнской смертности в условиях регрессивной рождаемости, нехватки медицинских кадров и прогнозируемых демографических сдвигов, а также разработать новые стратегии развития перинатальной службы в стране.

Теоретическая значимость. Представлен феномен материнской смертности во всеобъемлющей и исчерпывающей, многосторонней формуле как многогранного процесса, взаимозависимого от медицинских, социальных, управленческих и демографических аспектов, влияющих на материнское здоровье. **Практическая значимость.** Представлен анализ конкретных случаев материнской смертности и критических акушерских случаев, структурированы причины и их изменения по годам. Показан кадровый состав врачей акушер-гинекологов, его структура и обеспечение административных территорий этими специалистами. Представлена характеристика важнейших демографических процессов его прогноза до 2035 года и предложена модель перинатальной помощи для обеспечения безопасного материнства.

Внедрение научных результатов. Результаты исследования были использованы для подготовки директивных документов МЗТСЗ, в организационной работе медико-санитарных учреждений республиканского, муниципального и районного уровней, в подготовке национальных гидов, клинических протоколов для практической деятельности, а также как дидактический материал для подготовки студентов, резидентов, семейных врачей и врачей акушер-гинекологов.

SUMMARY

Dondiuc Iurie: “Maternal mortality in Republic of Moldova: medico-social, demographic, management aspects and ways of decreasing”

PhD thesis, Chisinau, 2018

Structure of the thesis: presented in 2 volumes (main and complementary part). The main part contains: introduction, 6 chapters, general conclusions, practical recommendations, a bibliography of 347 sources, 228 pages of main text with 43 tables and 88 figures. The complementary part contains 16 annexes. The author published 56 scientific works related to the research subject.

Keywords: maternal mortality, maternal health, maternal near miss, management of perinatal care, the structure of perinatal medical assistance, obstetrics and gynecology specialists, demographic prognosis.

Field of research: Obstetrics and Gynecology.

The aim of the study: Clinical-epidemiological, managerial and demographic assessment of the maternal mortality phenomenon in the Republic of Moldova, with scientific argumentation of existing limitations in reducing maternal deaths and development of complex recommendations for the diminution of this indicator. **Objectives of research:** Analyze the maternal mortality and determine the evolution, tendencies, structure and the main causes of maternal death, its medical, social and management factors; Assess the quality of perinatal medical care in severe obstetric cases, considered as proximity to maternal death; Identify the role of human factor in the delivery of medical services, its impact on maternal health and perspectives of perinatal service development; Study the demographic trends and the main factors of population's natural movement, in order to identify the necessary actions to ensure a safe maternity; Analyze the evolution of births' rate and the efficiency of maternity placements within the current medical system and demographic perspectives, for the optimization of the obstetrical service and development of an effective model of perinatal medical care for the Republic of Moldova; Scientific argumentation of the existing limitations in reducing the maternal mortality, thus proposing practical recommendations to decrease this indicator.

Research novelty and originality consists in the multilateral approach of the maternal mortality problem – for the first time in the Republic of Moldova there was performed a complex study of maternal mortality according to time, space and environment aspects, focused on the improvement of existing situation and the building of a new development strategy of the obstetrical service, considering actual conditions and demographic perspective. The demographic prognosis also represents a new aspect that made possible the development of presumptive scenarios of population's evolution according to age and gender structure. The research presents an assessment made for the first time in the country, of the obstetrics and gynecology specialists' capacities and actual situation, laying out the perspectives in ensuring the population with these specialists in the future.

The major scientific problem solved in this study is the evaluation of the social, medical, demographic and managerial factors' impact on the maternal mortality in Republic of Moldova, which enables the identification of existing limitations in providing quality medical services and the acknowledgment of the necessary measures to reduce the maternal deaths, considering the low natality level, insufficient medical specialists, the projected demographic changes and their revaluation in development strategies and policies of the mother and child's healthcare service.

Theoretical significance reveals in the presentation of the maternal mortality phenomena in a wide and multilateral approach, which describes medical, social, demographic and managerial aspects of maternal deaths and acknowledges the interdependence of these factors and their impact on maternal health.

Applicative value of the study: the research presents the analysis of maternal death cases, with the description of annual and five years dynamic of maternal mortality indicators, the cause structure of maternal mortality and its evolution. Also, the study offers a characteristic of the major demographic phenomena with the detailed picture of the demographic evolution in the Republic of Moldova, proposing a model of demographic prognosis of natality and population structure for the next decades.

Implementation of the scientific results. The results of the research were used in preparation of the directive documents of the Ministry of Health, in the activity of sanitary-medical institutions of national, municipal and district levels, in the development of perinatology national guidelines, in didactic and methodology references, clinical protocols and as a didactic material in training the students and residents, family doctors, resident doctors and obstetrics and gynecology specialists at SUMP „Nicolae Testemitanu”.

LISTA ABREVIERILOR

a.	anul/ anii
Abs.	Absolut
AMP	asistență medicală primară
AMT	asociație medicală teritorială
ANACEC	Agencia Națională de Asigurare a Calității în Educație și Cercetare
ATI	anesteziologie și terapie intensivă
AVC	accident vascular cerebral
AVSC	Association for Voluntary Surgical Contraception
BNS	Biroul Național de Statistică
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNAA	Consiliul Național pentru Acreditare și Atestare
CP	Centru Perinatologic/ Centre Perinatologice
CSI	Comunitatea Statelor Independente
CZU	Clasificarea Zecimală Universală
ELA	embolie cu lichid amniotic
Fem.	feminin
FIGO	Federația Internațională a Ginecologilor și Obstetricienilor
Gr	gram
Gr/l	gram per litru
HC	Hotărârea Colegiului
HIV	virusul imunodeficienței umane care provoacă SIDA
HTAIS	hipertensiune arterială indusă de sarcină
IFP	Institutul de Ftiziopneumologie
IMU	Institutul de Medicină Urgentă
IMSP	instituție medico-sanitară publică
IMSP IMC	Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și Copilului
INN	Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
IO	Institutul Oncologic
IPPF	Federația Internațională a Planificării Familiale
m	media
Masc.	Masculin
Max.	Maxim
Min.	Minim
MM	Mortalitate maternă
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
Mun.	Municipiu
N	număr
n/v	născuți vii
ODM	Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului
OECD	Organizația pentru Dezvoltare Economică și Cooperare
OMS	Organizația Mondială a Sănătății

ONU	Organizația Națiunilor Unite
OR	raportul Odd
Ord.	ordinul
PDM	proximitate de deces matern
RDD	regiune de dezvoltare
REPEMOL	Regionalizarea serviciilor pediatrice de urgență și terapie intensivă din RM
Rh	Rhesus
RM	Republica Moldova
s.a.	săptămâni de amenoree
SCM	Spitalul Clinic Municipal
SCR	Spitalul Clinic Republican
SUA	Statele Unite ale Americii
Sup.	Superioară
TBC	Tuberculoză
UE	Uniunea Europeană
UNDP	Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
UNFPA	Fondul Națiunilor Unite pentru Populație
UNICEF	Fondul Internațional pentru Urgențe ale Copiilor al Națiunilor Unite
URSS	Uniunea Republicilor Sovietice Socialiste
UMF	Universitatea de Medicină și Farmacie
USG	Ultrasonografie
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
WHO	World Health Organization
MЗTCЗ	Министерство здравоохранения Труда и Социальной Защиты
MC	Материнская смертность
PM	Республика Молдова

INTRODUCERE

Actualitatea temei. Cercetarea este consacrată sănătății materne, abordând în particular mortalitatea maternă, fenomen demografic negativ cu majore implicații medicale și sociale. În prezent, specialiștii în domeniu susțin unanim faptul că mortalitatea maternă este o problemă complexă, care ține nu doar de sistemul medical, cum se considera până nu demult, ci implică și diverși factori sociali, economici, demografici, culturali etc. [274, 305, 307, 323]. Astfel, apare necesitatea cercetării acestui subiect dintr-o perspectivă mai largă, ce ar permite identificarea cauzelor mortalității materne, a căilor ei de reducere și, în consecință, ar contribui la îmbunătățirea sănătății materne. În același timp, schimbările demografice din țara noastră – prin migrație, scăderea natalității, reducerea fertilității, modificarea structurii populației și socioeconomice produc un impact semnificativ atât asupra sănătății reproductive a populației, cât și asupra întregului sistem de asistență medicală. În acest sens, cercetarea de față abordează problema mortalității materne în contextul actual din RM, identificând neconformitățile în prestarea serviciilor, lacunele managementului clinic din instituțiile medicale și necesitățile de restructurare, reorganizare și optimizare a serviciului perinatal în teritoriile administrative, pentru propunerea măsurilor eficiente de reducere a mortalității materne.

Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemelor de cercetare. Sănătatea reproductivă este unul dintre compartimentele fundamentale necesare dezvoltării societății, iar mortalitatea maternă reprezintă unul dintre principalii indicatori ai sănătății reproductive. Nivelul mortalității materne reflectă atât calitatea sistemului de ocrotire a sănătății, cât și gradul de orientare a acestuia către necesitățile mamei și copilului: accesul femeilor la asistență medicală, asigurarea unei sarcini și nașteri sigure, ameliorarea sănătății generale a femeilor, statutul femeilor în societate. Studiile arată că acest indicator evidențiază nu doar capacitatea serviciilor de maternitate dintr-o țară, dar și situația socioeconomică, nivelul de cultură și de trai al populației, dezvoltarea societății în ansamblu [274, 307]. Nivelul înalt al mortalității materne denotă o atenție insuficientă față de mamă și copil în cadrul unei societăți.

Mortalitatea maternă reprezintă o temă sensibilă, întrucât, pe lângă pierderile umane, vizează și pierderile de potențial reproductiv. Experții OMS relatează că rata mortalității materne în lume este inadmisibil de înaltă. Zilnic, din cauza complicațiilor determinate de sarcină sau naștere, în lume decedează aproximativ 800 de femei [274]. Cele mai multe cazuri au avut loc în țările în curs de dezvoltare, unde nu există resurse suficiente. Riscul ca o femeie dintr-o țară în curs de dezvoltare să moară dintr-o cauză maternă este de 33 de ori mai mare, comparativ cu o femeie dintr-o țară dezvoltată. Practic toate cazurile soldate cu deces au survenit în țările

subdezvoltate și majoritatea pot fi evitate [274, 323]. În perioada 1990-2015, coeficientul global de mortalitate maternă s-a micșorat cu doar 3,1% anual (în RM – cu 3,2%), fapt ce nu corespunde obiectivului propus de diminuare cu 5,5%, puține țări reușind să îndeplinească angajamentul de reducere a mortalității cu 2/3 din cadrul ODM [305]. În anul 2016, comunitatea mondială a formulat noi *Obiective de Dezvoltare Durabilă până în anul 2030*, prin care orientează statele spre reducerea deceselor materne încă cu 2/3, având drept reper anul 2010, care pentru țara noastră reprezintă un deziderat prea complicat de realizat [307].

În RM, pe parcursul ultimilor ani se înregistrează un declin demografic, reprezentat de o scădere continuă a numărului populației și un dezechilibru în structura pe vârste a acesteia. Rata natalității și cea a fertilității se vor diminua și mai mult în următorii ani, ca urmare a micșorării ponderii femeilor de vârstă fertilă născute după anii 1990, a schimbărilor care s-au produs și vor avea loc în comportamentul reproductiv și a exodului migrațional. În fiecare an crește numărul femeilor cu diferite afecțiuni ale sistemului reproductiv, care duc la dezvoltarea diferitor forme de complicații ale evoluției sarcinii și nașterii, fapt ce poate determina survenirea decesului matern. Mai multe organizații umanitare responsabile de monitorizarea respectării tratatelor internaționale și-au exprimat îngrijorarea cu privire la indicatorul ratei mortalității materne din RM, care se menține în continuare ridicat, în comparație cu alte țări din regiune. În raportul din 2014 al Departamentului Afaceri Economice și Sociale al ONU se menționează că Moldova nu a făcut eforturi necesare pentru reducerea mortalității materne [306].

Unul dintre factorii ce împiedică reducerea așteptată a mortalității materne este creșterea ratei gravidelor cu patologii extragenitale. Datele prezentate indică o creștere a ponderii patologiei extragenitale la femei de vârstă fertilă de la 57,4% în anul 2008 la 62% în anul 2012. În același timp, conform datelor statistice disponibile, circa 2/3 din numărul de femei gravide au avut o patologie extragenitală, deseori depistată tardiv, netratată la timp, fapt ce, în consecință, reprezintă un pericol de deces. Fluctuațiile din domeniul economic și cel politic au cauzat reducerea calității vieții, polarizarea societății, șomaj, migrație fără precedent. Drept rezultat, pe parcursul ultimelor 30 de ani (1986–2017), numărul nașterilor în RM s-a redus mai mult de două ori – de la 95.000 până la 36.775. Fenomenul reducerii cantitative nu a determinat însă și schimbări calitative. Pe fundalul nașterilor sub nivelul necesar menținerii sporului natural al populației, morbiditatea și mortalitatea maternă în Moldova are o dinamică oscilatorie, fără tendință de stabilizare.

Pentru a elabora măsuri eficiente de prevenire a mortalității materne, sunt necesare informații veridice privind cauzele deceselor. Unul dintre instrumentele efective, recunoscute la

nivel internațional și recomandate de OMS pentru identificarea cauzelor reale ale mortalității materne, este *ancheta confidențială a deceselor*. Utilizarea acestei metode în RM a relevat faptul că în 78,4% din cazurile de decese obstetricale directe și 57,1% din cazurile de decese obstetricale indirecte conduita medicală a fost sub standard. Cele mai multe deficiențe țin de nerespectarea standardelor și protocoalelor existente, de nivelul scăzut al cunoștințelor lucrătorilor medicali. Indiscutabil, cauzele directe ale pierderilor reproductive sunt cele condiționate de proximități grave: hemoragii, stările hipertensive severe în sarcină, procese septice, nașteri dificile, avorturile complicate. Totodată, este cunoscut faptul că în majoritatea absolută a cazurilor aceste situații critice, care deseori se soldează cu deces, sunt precedate de o serie de erori medicale în strategia și tactica de conduită și de tratament. În acest context, un alt instrument, la fel de efektiv, pentru analiza calității asistenței medicale, ca alternativă de expertiză a cazurilor de mortalitate maternă, este evaluarea proximităților de deces matern. Implementarea analizei cazurilor de proximitate de deces matern ca un element fundamental de audit al asistenței medicale la nivel de instituții obstetricale permite identificarea rapidă a neconformităților existente și întreprinderea măsurilor corective corespunzătoare, fapt ce influențează pozitiv procesele de reducere a mortalității materne.

Îmbunătățirea indicatorului mortalității materne este direct condiționată atât de calitatea instituțiilor medicale, cât și de potențialul uman ce activează în cadrul lor. Astfel, rezultatele negative ale sarcinii și nașterii sunt provocate de circumstanțe complicate și multifactoriale, cu o legătură cauzală reciprocă, agravate de greșeli medicale și defecte manageriale. Analiza și evaluarea multilaterală a acestui ansamblu de legături cauzale constituie o componentă esențială în realizarea unui studiu complex și sistematizat în domeniul problemelor mortalității materne din RM.

Scopul studiului constă în evaluarea clinico-epidemiologică, managerială și demografică a fenomenului mortalității materne în RM, cu argumentarea științifică a rezervelor existente de reducere a deceselor materne și elaborarea recomandărilor pentru diminuarea acestui indicator.

Obiectivele studiului:

1. Evaluarea retrospectivă și prospectivă a mortalității materne, cu determinarea evoluției, tendințelor, structurii, cauzelor letalității materne, factorilor medicali, sociali și manageriali care au provocat decesele materne.

2. Estimarea calității serviciilor medicale, în cadrul sistemului regionalizat de asistență medicală perinatală, acordate în cazurile de complicații obstetricale severe, apreciate ca proximitate de deces matern;

3. Identificarea rolului factorului uman în prestarea serviciilor medicale de calitate, a impactului acestuia asupra sănătății materne și asupra perspectivelor de dezvoltare a serviciului perinatal.

4. Aprecierea tendințelor demografice prin prisma mortalității materne și a factorilor determinați ai mișcării naturale a populației, pentru stabilirea acțiunilor necesare de asigurare a unei maternități sigure.

5. Analiza evoluției nașterilor în teritoriile administrative, a eficienței amplasării maternităților în condițiile actuale de dezvoltare a sistemului medical și a perspectivelor demografice, pentru optimizarea serviciului obstetrical și elaborarea unui model efectiv de asistență medicală perinatală pentru RM.

6. Argumentarea științifică a rezervelor existente de reducere a mortalității materne, cu elaborarea recomandărilor pentru diminuarea acestui indicator.

Metodologia cercetării științifice. Pentru realizarea scopului și a obiectivelor cercetării, au fost desfășurate șapte studii științifice: 1) Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral, aplicat la aprecierea mortalității materne în funcție de spațiu, de persoană și de timp; 2) Studiul transversal, după volumul eșantionului selectiv, aplicat la realizarea expertizei mortalității materne; 3) Studiul de cohortă, pentru a evidenția factorii de risc ai mortalității materne; 4) Studiul retrospectiv de tip descriptiv, după volumul eșantionului integral, ce a permis analiza retrospectivă a cazurilor de proximitate de deces matern, în baza proceselor-verbale de audit matern și fișelor de observații; 5) Studiul descriptiv, după volumul eșantionului selectiv, pentru a analiza asigurarea serviciului cu resurse umane, conturarea tendințelor de dezvoltare în perspectivă; 6) Studiul de cohortă, aplicat la prognozarea numărului și structurii populației; 7) Studiul calitativ, realizat cu ajutorul metodei focus-grup, cu participarea diferitor factori cu tangență sau impact asupra nivelului mortalității materne (medici obstetricieni-ginecologi, medici-rezidenți obstetricieni-ginecologi). Ca metode de cercetare au fost utilizate: ancheta, metoda de analiza canonică, metoda focus grup, metodele clinico-epidemiologică, clinico-statistică și matematico-statistică ș.a. Pentru analiza comparativă a indicatorilor în aceeași perioadă de timp sau în perioade diferite pentru același teritoriu, au fost aplicate tehnici matematico-statistice (indicatorii seriei dinamice, indicatori de proporție, valori medii etc.). Drept instrumente pentru cercetare au servit datele statisticii

oficiale, datele Centrului de Management în Sănătate, baza de date statistice a OMS, surse bibliografice, chestionare elaborate de autor, procese-verbale instituționale de audit al cazurilor critice. Datele colectate au fost prelucrate și interpretate folosind statistica descriptivă simplă, cu ajutorul programelor „Excel” din pachetul Microsoft Office și „Epi info 2002”. Toate datele sunt exprimate sub formă de valori medii, rate, frecvențe, iar răspunsurile sunt prezentate procentual și reflectate în tabele, grafice, diagrame.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute. Originalitatea științifică a lucrării constă în abordarea multilaterală a problemei cercetate – autorul prezintă o viziune integrată asupra mortalității materne, ce include aspectele medicale, sociale, demografice și manageriale ale acestui fenomen. În premieră pentru RM s-a efectuat un studiu complex al mortalității materne în funcție de spațiu, mediu și timp prin utilizarea metodelor contemporane de cercetare, orientat spre îmbunătățirea situației existente și spre elaborarea unei noi strategii de dezvoltare a serviciului obstetrical, având în vedere condițiile actuale și perspectiva demografică. Au fost analizate cauzele ce mențin indicatorii înalți ai mortalității materne și a fost evaluat impactul noilor metode de audit asupra calității serviciilor de asistență medicală acordată mamei și copilului. Un aspect nou în cercetările de acest tip este prognoza demografică, care a fost aplicată în prezentul studiu pentru a elabora posibilele scenarii demografice și a construi structura pe vârste și sexe a populației. Includerea componentei demografice în cadrul cercetării a constituit o provocare impusă de criza demografică și de schimbările privind structura populației, reducerea natalității, fapt ce a permis identificarea perspectivelor de reorganizare a serviciului perinatal din țară. Pentru prima dată s-a realizat o analiză minuțioasă a potențialului și a stării actuale a cadrelor de medici obstetricieni-ginecologi din republică, cu expunerea perspectivelor în asigurarea cu acești specialiști. Totodată, au fost analizate aspecte noi privind situația cadrelor de obstetricieni-ginecologi prin prisma transformărilor socioeconomice din țară. S-au luat în considerație viziunile lor asupra problemelor existente în domeniul asistenței acordate mamei și copilului, dezvoltării serviciului perinatal și rezultatelor așteptate. Pentru prima dată s-a efectuat un studiu științific multilateral despre potențialul și viziunile medicilor-rezidenți obstetricieni-ginecologi asupra procesului de pregătire a specialiștilor, principiilor de dezvoltare profesională, intențiilor și argumentelor pentru activitatea practică ulterioară, motivelor refuzului de a activa în calitate de medici-specialiști în instituțiile medicale din raioanele republicii.

Astfel, originalitatea lucrării este întemeiată pe un concept nou, științific argumentat, de diminuare a fenomenului mortalității materne, bazat pe calitatea asistenței medicale prestate, pe

rolul factorului uman și pe reorganizarea serviciului perinatal, luând în calcul schimbările demografice prognozate.

Problema științifică de importanță majoră soluționată în cadrul studiului prezentat constă în evaluarea impactului factorilor medico-sociali, demografici și manageriali asupra nivelului mortalității materne din RM, fapt ce permite identificarea rezervelor existente în prestarea serviciilor de calitate și argumentarea măsurilor propuse de reducere a deceselor materne în condițiile natalității reduse, insuficienței cadrelor medicale, schimbărilor demografice prognozate și valorificării lor în politicile și strategiile de dezvoltare a serviciului național de asistență a mamei și copilului, precum și în cadrul normativ aferent.

Semnificația teoretică a studiului constă în prezentarea fenomenului mortalității materne într-o formulă amplă, multilaterală și exhaustivă, fiind prima lucrare de acest fel în domeniul de cercetare autohton. Astfel, se descriu aspectele medicale, sociale, manageriale și demografice ale mortalității materne și se formulează interdependența acestor factori și impactul lor asupra sănătății materne. Suplimentar analizei retro- și prospective a mortalității materne, se realizează analiza proximității cazurilor de deces matern, ca o alternativă de audit al deceselor materne. Rezultatele studiului confirmă eficiența și necesitatea aplicării acestui instrument pentru evaluarea calității asistenței medicale, pentru identificarea neconformităților și a măsurilor de reducere a letalității materne, constituind dovezi științifice și argumente pentru elaborarea politicilor în domeniul sănătății mamei și copilului.

Valoarea aplicativă a lucrării. Au fost identificate toate cazurile de deces matern înregistrate în RM pe parcursul anilor 1990–2008 și este prezentată repartizarea lor geografică conform locului de trai și Regiunilor de dezvoltare Nord, Centru, Sud, cu expunerea în dinamică anuală și cincinală a indicatorului mortalității materne estimate la 100 000 de nou-născuți vii, repartizate pe grupe de vârstă, mediu de trai și statut social. Este prezentată structura cauzală a mortalității materne și evoluția ei, sunt elucidate cazurile de deces matern, provocate de hemoragiile ante-, intra- și post-partum, de complicațiile septice și cele de după avort. De asemenea, este reflectată letalitatea survenită în urma emboliei cu lichid amniotic. Sunt prezentate minuțios cazurile de deces matern care s-au produs la domiciliu, fiind expuse cauzele acestui fenomen. Este redată mortalitatea maternă provocată de afecțiunile extragenitale existente la gestante, structura patologiei și cauzele deceselor. Sunt descrise amănunțit toate cazurile de deces matern survenite în perioada 2009–2014, cu reflectarea tuturor aspectelor care le-au condiționat și cu o analiză clinică a determinantelor mortalității materne pe nosologiile de hemoragii obstetricale, embolie cu lichid amniotic, sepsis obstetrical și patologie extragenitală. A fost estimată eficacitatea implementării analizei cazurilor de proximitate de deces matern în

contextul evaluării practicilor obstetricale din instituțiile medicale din țară și corespunderii lor cu cerințele protocoalelor și standardelor în vigoare. A fost analizată evoluția calității asistenței medicale după implementarea acestui audit, cu formularea recomandărilor de îmbunătățire. S-a apreciat gradul de asigurare a regiunilor țării și teritoriilor administrative cu cadre medicale de obstetricieni-ginecologi și perspectivele accesului populației la servicii medicale de calitate pentru următorii decenii, având în vedere numărul actual al specialiștilor, vârsta lor și resursele existente de tineri specialiști. A fost realizată caracteristica fenomenelor demografice majore ce determină structura și numărul populației pentru RM: natalitatea, fertilitatea, sporul natural al populației, mortalitatea și migrația, evidențiind particularitățile specifice țării noastre. A fost prezentat tabloul detaliat al evoluției demografice din RM pentru anii 1980–2014, în contextul tranziției demografice mondiale. În special, am analizat evoluția natalității începând cu perioada sovietică până în prezent. De asemenea, se discută cauzele ce determină scăderea natalității și eventualele consecințe pentru țara noastră. A fost elaborată prognoza demografică a numărului și a structurii pe vârste și pe sexe a populației RM pentru perioada 2014–2035, ceea ce permite formularea unor scenarii ipotetice de evoluție a natalității în țara noastră și demonstrează necesitatea adaptării serviciului de asistență a mamei și copilului la noile situații. Astfel, prognoza demografică realizată în cadrul cercetării constituie un punct de reper semnificativ și un argument științific întemeiat pentru restructurarea și reformarea sistemului de maternități din țară.

Principalele rezultate științifice înaintate spre susținere:

1. În cadrul studiului s-a constatat că indicatorul mortalității materne în RM, pe parcursul a 25 de ani (1990-2014), a avut o evoluție lentă de diminuare de la 53,2 până la 23 la 100 000 născuți vii (trendul cincinal), însă cu o instabilitate anuală a acestui indicator (44-15 la 100 000 născuți vii) pe parcursul ultimului deceniu. Totodată, comparativ cu media europeană (13 la 100 000 născuți vii), nivelul deceselor materne rămâne destul de înalt. În structura mortalității materne prevalează decesele din cauze obstetricale directe, provocate de hemoragii obstetricale masive, embolie cu lichid amniotic, complicații septice, cu predominare în rândul femeilor tinere, din mediul rural și cu factori sociali defavorizanți, iar mai mult de jumătate din decese au avut loc în perioada de lăuzie. Rata deceselor prin risc obstetrical indirect este în creștere stabilă, ajungând până la ½ la finele studiului, iar structura cauzală a acestor decese este variată, fiind determinată de gripa pandemică H1N1, maladiile oncologice, accidentele vasculare intracraniene, patologia chirurgicală acută.

2. Implementarea sistemului regionalizat de asistență medicală perinatală a avut drept scop trierea oportună a pacientelor și, respectiv, îmbunătățirea calității asistenței medicale a

mamei și copilului. Cu toate acestea, pe parcursul studiului s-a stabilit că majoritatea femeilor decedate au născut în CP de nivelele I și II, iar fiecare a cincea a murit la domiciliu din cauze obstetricale evitabile și dirijabile. Totodată, $50,0 \pm 5,00\%$ de decese materne prin hemoragii obstetricale s-au produs în CP de nivel III, unde femeile au fost transferate pentru acordarea asistenței medicale specializate. Rămâne înaltă ponderea deceselor materne provocate de sepsis (21% din cauzele obstetricale directe), fiind constatate subestimări ale stării pacientelor și întârzieri la stabilirea managementului curativ adecvat. Numărul de cazuri de proximitate de deced matern a avut o tendință de creștere în perioada de cercetare (14,9-18,9 la 1000 de nașteri), cu predominare în structura nosologică a stărilor hipertensive severe și hemoragiilor masive.

3. Studiul efectuat a demonstrat că majoritatea absolută a complicațiilor obstetricale grave au fost apreciate ca asistență medicală necorespunzătoare standardelor, determinată de factorul uman, cu deficiențe de cunoștințe și abilități clinice, întârzieri și erori în diagnostic și tratament. În același timp, asigurarea populației cu medici-specialiști obstetricieni-ginecologi în republică este insuficientă (1,5 la 10 000 locuitori), neuniformă (0,4-2,1 specialiști), iar în unele teritorii administrative situația este alarmantă (0,4-0,5 specialiști). Vârsta medie a obstetricienilor-ginecologi este înaintată ($46 \pm 1,0$ – $67,58 \pm 1,2$ ani), ponderea cadrelor tinere fiind foarte joasă. Medicii-rezidenți solicită o pregătire practică mai solidă, majoritatea dintre ei ($80,0 \pm 4,47\%$) refuză să activeze în zonele rurale din motivul că acolo nu există o perspectivă certă de creștere profesională, condiții bune de trai și un salariu suficient.

4. Rezultatele cercetării demonstrează că declinul demografic, provocat de scăderea ratei fertilității (1,26 copii/ femeie de vârstă fertilă) și reducerea natalității (10,9‰), de sporul natural negativ și migrația în creștere a populației, va avea impact și asupra fenomenului mortalității materne. Menținerea ratei joase de fertilitate a provocat un dezechilibru în structura pe vârste a populației, ceea ce va duce în continuare la scăderea semnificativă a numărului de nașteri către anul 2035 (26 000-29 000 nașteri) și va diminua capacitățile maternităților în care se înregistrează un număr mic de nașteri. În aceste condiții, structura existentă a serviciului obstetrical, pe fundalul natalității reduse, insuficienței de cadre și resurselor indispensabile, nu va putea asigura o asistență medicală calitativă, nici ameliorarea indicatorului mortalității materne, fapt ce dictează necesitatea reorganizării sistemului existent de asistență medicală perinatală din RM.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele studiului au fost utilizate la pregătirea materialelor Colegiilor MS: nr. 7/1 din 21.09.2010 „Asistența medicală acordată femeilor”; nr. 8/1 din 20.12.2011 „Cu privire la situația actuală privind mortalitatea maternă și măsuri de îmbunătățire a asistenței medicale acordate femeilor gravide, parturientelor și

lăuzelor”; nr. 2/1 din 06.07.2012 „Cu privire la mortalitatea maternă în RM”; nr. 2 din 29.09.2015 „Cu privire la evaluarea nivelului de conlucrăre între asistența medicală primară, urgentă prespitalicească, specializată de ambulatoriu și spitalicească în acordarea asistenței medicale populației” (Anexa 15), în baza cărora au fost emise ordine ale MS orientate spre diminuarea nivelului mortalității materne în Moldova, care au prevăzut:

La nivel național. *Direcția asistența medicală spitalicească a MS:* Examinarea fiecărui caz de deces matern la Comisia MS, pentru identificarea deficiențelor și întreprinderea măsurilor de ameliorare în fiecare teritoriu concret (HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 741 din 24.07.2012); Instituirea grupului de lucru pentru evaluarea cost-eficienței fondului de paturi obstetricale, preponderent a secțiilor obstetricale până la 500 nașteri pe an, cu ajustarea serviciului obstetrical la necesitățile reale și prezentarea propunerilor conducerii MS (HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 741 din 24.07.2012; Dispoziția MS nr. 426-d din 20.10.2011; proces verbal nr.1 din 26.10.2011); Instituirea comisiei operative, cu deplasarea timp de 24 ore în teritoriu, pentru examinarea cazului și efectuarea auditului verbal la fiecare caz de deces matern (Ordinul MS nr. 1168 din 21.10.2013); Analiza concluziilor Comisiei MS pentru analiza cazurilor de mortalitate maternă și ale Comitetului Național pentru Ancheta Confidențială de analiză a cazurilor de deces matern, cu prezentarea concluziilor MS și a propunerilor de îmbunătățire a calității asistenței medicale acordate (Ordinul MS nr. 1168 din 21.10.2013); Evaluarea eficienței economice a serviciului obstetrical în CP de nivel I, cu prezentarea propunerilor conducerii MS privind organizarea acestuia, conform necesităților populației în contextul regionalizării asistenței medicale perinatale (HC MS nr.2 din 29.09.2015; Ordinul MS nr. 821 din 15.10.2015); Lucidarea definitivă a paturilor patologiei sarcinii în cadrul Centrelor perinatale de nivel I (HC MS nr.2 din 29.09.2015; Ordinul MS nr. 821 din 15.10.2015); Implementarea Standartelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator (Ordinul MS nr.31 din 27.01.2016). (Anexa 15).

Comisia de specialitate în obstetrică și ginecologie a MS: Analiza semestrială, anuală, pe 2, 5 și 10 ani a coeficientului mortalității materne, cu prezentarea informației și propunerilor concrete de redresare a situației MS (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010; Ordinul MS nr. 1168 din 21.10.2013); Organizarea, în comun cu Catedra Anesteziologie și Reanimare a USMF „N. Testemițanu”, a seminarelor de pregătire a medicilor obstetricieni-ginecologi și medicilor din cadrul Asistenței Medicale de Urgență în practicile de acordare a asistenței medicale obstetricale de urgență în baza unui program coordonat cu MS (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010); Organizarea, în baza unui program prestabilit, a consfăturilor lunare cu specialiștii din republică, responsabili de asistența obstetricală și ginecologică, pentru identificarea problemelor din cadrul serviciului și

ameliorarea situației existente (Ordinul MS nr. 90 din 11.02.2011; Ordinul MS nr. 473 din 19.04.2013; Ordinul MS nr. 57 din 27.01.2014; Ordinul MS nr. 137 din 25.02.2015; Ordinul MS nr. 137 din 16.02.2016); Implementarea calitativă și durabilă a anchetei confidențiale a cazurilor de proximitate de deces matern la nivel de instituții, cu evaluarea rezultatelor și prezentarea propunerilor de îmbunătățire a situației (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010; HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 741 din 24.07.2012; Ordinul MS nr. 1168 din 21.10.2013); evaluarea activă a paturilor patologiei sarcinii în cadrul Centrelor Perinatale de nivel II și III, cu prezentarea propunerilor MS privind îmbunătățirea acestora (HC MS nr.2 din 29.09.2015; Ordinul MS nr. 821 din 15.10.2015). (Anexa 15).

La nivel de IMSP IMC: Intensificarea lucrului organizatorico-metodic în republică, pentru soluționarea problemelor existente și control al procesului de triere în asistența perinatală (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010; HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 741 din 24.07.2012); Identificarea mecanismului de referire a pacientelor grave cu afecțiuni extragenitale, poliorganice, cu risc de proximitate de deces matern, prin cauze obstetrice indirecte, către instituțiile de profil, cu prezentarea propunerilor conducerii MS (HC MS nr. 8/1 din 01.12.2011; Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Prezentarea propunerilor privind îmbunătățirea continuității între verigile sistemului de sănătate, inclusiv prin revizuirea Carnetului Medical Perinatal și a Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulatoriu (HC MS nr. 8/1 din 01.12.2011; Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Întreprinderea măsurilor de sporire a nivelului de informare a populației, folosind toate metodele de promovare a informației privind necesitatea supravegherii femeilor gravide, inclusiv prin multiplicarea și distribuirea spoturilor publicitare existente, implicând mass-media teritorială (HC MS nr. 8/1 din 01.12.2011; Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Informarea autorităților publice locale despre situația privind mortalitatea maternă, nivelul de asigurare a asistenței medicale obstetrice prestate și măsurile de îmbunătățire a situației (HC MS nr. 8/1 din 01.12.2011; Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Inspectarea și documentarea tuturor actelor normative în vigoare în serviciul obstetrical, cu multiplicarea acestora și punerea la dispoziția lucrătorilor medicali din instituție pentru aplicarea în practica medicală (HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 741 din 24.07.2012); Elaborarea unui program stabil și coordonat, de deplasări în teren, a specialiștilor curatori obstetricieni-ginecologi, pentru determinarea deficiențelor în acordarea asistenței medicale obstetrice și acordarea suportului consultativ necesar (Ordinul MS nr. 562 din 13.08.2010; HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 741 din 24.07.2012); Elaborarea instrumentelor de evaluare pentru medicii-curatori obstetricieni-ginecologi pentru evaluarea calității asistenței medicale acordate în sarcină și naștere, cu prezentarea periodică a rezultatelor

în cadrul consfătuirilor lunare (HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 741 din 24.07.2012). (Anexa 15).

Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală: Organizarea seminarelor zonale (Centru, Sud, Nord) cu medicii de familie pe problemele strigente în sănătatea reproducerii și planificarea familială (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010); Efectuarea analizei activității cabinetelor de sănătate a reproducerii cu prezentarea propunerilor de îmbunătățire și implicare activă în prevenire și reducerea mortalității materne (HC MS nr. 8/1 din 01.12.2011; Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Planificarea activităților pentru anul 2012, în contextul eficientizării rezultatelor planificării familiale și lucrul cu femeile de vârstă reproductivă din grupul de risc (HC MS nr. 8/1 din 01.12.2011; Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Revizuirea Regulamentului de activitate a cabinetului de sănătate a reproducerii, cu stabilirea clară a atribuțiilor de bază ale medicului din acest cabinet, mecanismului de conlucrare cu medicul de familie și medici de profil, inclusiv cu revizuirea criteriilor de apreciere a grupului de risc pentru femeile de vârstă fertilă și sistemului de referire a acestora către serviciile specializate (HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 741 din 24.07.2012) (Anexa 15).

La nivel local, instituțiile medico-sanitare republicane, municipale și raionale: Ajustarea normativelor de personal și completarea instituțiilor cu medici obstetricieni-ginecologi, în conformitate cu actele normative în vigoare (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010); Organizarea de către conducătorii instituțiilor, sub responsabilitate personală, a asistenței medicale pentru femeile gravide, parturientele și lăuzele cu stări critice, de la momentul stabilirii stării de urgență și până la rezolvarea cazului (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010; Ordinul MS nr. 562 din 13.08.2010); Examinarea anuală la ședința Consiliului Medical a calității asistenței medicale acordate femeilor gravide și femeilor de vârstă fertilă, cu stabilirea măsurilor concrete de ameliorare a situației existente (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010); Elaborarea și implementarea la nivel de instituție a protocoalelor instituționale, cu stabilirea unui mecanism de autoevaluare a acestora (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010; Ordinul MS nr. 562 din 13.08.2010); Atribuirea, prin ordin intern, fiecărui medic obstetrician-ginecolog din teritoriu, a unui sector/localitate bine definită pentru supravegherea continuă și durabilă a femeilor gravide și a femeilor din grupa de risc (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010); Organizarea evaluării stării sănătății tuturor femeilor de vârstă fertilă, cu renovarea listelor femeilor din grupa de risc, femeilor gravide, inclusiv cu stabilirea și supravegherea contingentului de femei aflate în proces de migrație (HC MS nr. 7/1 din 24.09.2010); Transferarea urgențelor obstetricale și neonatale, referite de la nivelul I la nivelele II și III, de la nivelul II la nivelul III, prin intermediul stațiilor teritoriale de asistență medicală urgentă (Ordinul MS RM nr. 780 din 23.11.2010); Examinarea minuțioasă a cazurilor

de deces matern înregistrate în teritoriu/instituție privind organizarea, calitatea și complexitatea asistenței medicale acordate la toate nivelurile, cu stabilirea măsurilor concrete de ameliorare a situației existente și de prevenire a mortalității materne (HC MS nr. 8/1 din 01.12.2011, Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Organizarea deplasării medicilor-specialiști în localitățile rurale, inclusiv a medicului obstetrician-ginecolog din cabinetul de sănătate a reproducerii, pentru efectuarea examenelor medicale complexe gravidelor, femeilor din grupa de risc, cu stabilirea ulterioară a programului de supraveghere medicală (HC MS nr. 8/1 din 01.12.2011; Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Implementarea prevederilor Standardelor pentru efectuarea întreruperii cursului sarcinii în condiții de siguranță (Ordinul MS nr. 482 din 14.06.2011); Organizarea evaluării lunare a respectării procesului de triere a nașterilor, în conformitate cu criteriile de referire și sistemul de regionalizare a nașterilor, inclusiv prin examinarea fiecărui caz de proximitate de deces matern la nivel de instituție și teritoriu (HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Întreprinderea măsurilor de colaborare cu sectorul social din teritoriu pentru identificarea familiilor vulnerabile de vârstă reproductivă, femeilor din grupa de risc, inclusiv în rândul femeilor gravide, stabilirea și supravegherea contingentului de femei aflate în proces de migrațiune, prin aplicarea mecanismului de colaborare intersectorială în domeniul medico-social (HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012; Ordinul MS nr. 987 din 20.12.2011); Instituirea comisiilor teritoriale pentru analiza cazurilor de mortalitate maternă (Ordinul MS nr. 1168 din 21.10.2013); Informarea operativă a MS, a membrilor comisiei de specialitate a MS în domeniul obstetricii și ginecologiei despre fiecare caz de complicații grave la femeile gravide, parturiente și lăuze, cu prezentarea ulterioară a informației privind evoluția cazului în dinamică (Ordinul MS nr. 1168 din 21.10.2013); Instituirea funcției de specialist principal în asistența mamei și copilului, responsabil de coordonarea integrată a serviciului Asistența medicală a mamei și copilului la nivel de teritoriu administrativ (Ordinul MS nr. 1280 din 12.11.2013); Aplicarea Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator (Ordinul MS nr. 31 din 27.01.2016); Asigurarea dreptului femeii de a alege medicul obstetrician ginecolog pentru supravegherea sarcinii în condiții de ambulator, indiferent de locul de trai și aflare în evidență medicală (Ordinul MS nr. 31 din 27.01.2016); Asigurarea spitalizării femeilor gravide pentru naștere în instituția medico-sanitară solicitată indiferent de locul de trai (Ordinul MS nr. 31 din 07.01.2016); Oferirea posibilităților de a alege pentru naștere medicul obstetrician-ginecolog din cadrul instituției medico-sanitare spitalicești pentru acordarea asistenței medicale în condiții de staționar, cu consimțământul prealabil al acestuia (Ordinul MS nr. 31 din 7.01.2016) (Anexa 15).

Rezultatele cercetărilor științifice au fost utilizate la elaborarea ghidurilor naționale de perinatologie, îndrumărilor didactico-metodice, protocoalelor clinice, modulelor de instruire care

sunt utilizate în activitatea practică a instituțiilor medico-sanitare din republică (Anexa 16), precum și în cadrul USMF „Nicolae Testemițanu” în calitate de material didactic pentru instruirea studenților, medicilor-rezidenți, medicilor de familie, medicilor-specialiști obstetricieni-ginecologi și managerilor instituțiilor medicale.

Aprobarea lucrării. Rezultatele de etapă și cele definitive ale prezentului studiu au fost raportate și discutate în cadrul diferitor întruniri și foruri științifice naționale și internaționale: Proiectul-pilot „Proximitatea maternă” (Chișinău, 2006); Conferința a III-a Internațională de Medicină Perinatală (Chișinău, 2006); Al V-lea Congres de obstetrică și ginecologie cu participare internațională „Actualități și controverse în obstetrică și ginecologie” (Chișinău, 2010); WHO meeting of national focal points for family and community health: „Towards Achieving Millenium Development Goals on improving Child and Maternal Health and Gender Equality in WHO European Region” (Durres, 2010); la Ședința Colegiului MS RM din 24.09.2010 (HC MS nr. 711 din 24.09.2010); Первый Международный форум „Пути снижения младенческой смертности: российский опыт”, ФГБУ „Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова” (Moscova, 2011); la Ședința Colegiului MS din 01.12.2011 (HC MS nr. 8/1 din 01.12.2011); la Ședința Colegiului MS din 06.07.2012 (HC MS nr. 2/1 din 06.07.2012); Congresul al XI-lea Mondial de Medicină Perinatală (Moscova, 2013); Науково-практична конференція з міжнародною участю (Чернівці, 2013); Al 2-lea Congres al Societății Române de Ultrasonografie în Obstetrică și Ginecologie, Ediția a 12-a a Conferinței Naționale Zilele Medicale „Vasile Dobrovici”, Zilele româno-franceze de Medicină materno-fetală (Iași, 2014); XV Всероссийский научный форум „Мать и Дитя” (Moscova, 2014); Atelierul de lucru „Analiza cazurilor de proximitate de deces matern: evaluarea și îmbunătățirea procesului de implementare” (Chișinău, 2015); la Consfătuirea republicană în neonatologie, obstetrică și ginecologie (Chișinău, 2015), (Ordinul MS nr. 137 din 25.02.2015); la Consfătuirea republicană lunară în obstetrică și ginecologie, neonatologie și pediatrie pentru anul 2016 (Chișinău, 2016), (Ordinul MS nr. 63 din 16.02.2016); XI Международный конгресс по репродуктивной медицине (Moscova, 2017); XXVIII-eme congres de l'ALASS – Association Latine pour l analyse des systemes de sante (Liege, 2017); XVIII Всероссийский научно-образовательный форум „Мать и Дитя” (Moscova, 2017); al VI-lea Congres Național cu participare internațională de Obstetrică și Ginecologie (Chișinău, 2018).

Teza a fost discutată și aprobată la ședința Catedrei Obstetrică și Ginecologie nr.2 din 04.04.2018 (proces-verbal nr. 7), la Seminarul Științific Extern de Profil din cadrul Consiliului Școlii Doctorale, I.O.S.U.D. UMF „Grigore T. Popa”, Iași (321.15), (Hotărârea nr. 12128 din

26.06.2018) și la Seminarul Științific de Profil Obstetrică și Ginecologie (321.15) din cadrul USMF „Nicolae Testemițanu” din 04.09.2018 (proces-verbal nr. 7).

Publicații la tema tezei. Au fost publicate 56 de lucrări științifice, dintre care: monografie monoautor – 1, monografie colectivă – 1, articole în reviste științifice internaționale cotate ISI-Thomson și SCOPUS – 2, articole în reviste din străinătate recunoscute – 4, articole în reviste din Registrul național al revistelor de profil – 19, articole în materialele congreselor, conferințelor, simpozioanelor științifice internaționale peste hotare – 3, articole în materialele congreselor, conferințelor, simpozioanelor științifice internaționale în republică – 2, articole în materialele congreselor, conferințelor, simpozioanelor științifice naționale cu participare internațională – 4, teze în materialele congreselor, conferințelor și simpozioanelor internaționale (peste hotare) – 9, teze în materialele congreselor, conferințelor și simpozioanelor naționale – 2, ghiduri didactice/metodologice – 4, protocoale clinice – 4, alte materiale instructiv-metodice – 1. Publicații fără coautori – 18, inclusiv articole în reviste – 7.

Sumarul compartimentelor tezei. Lucrarea este expusă în 2 volume (partea de bază și partea complementară). Partea de bază conține 228 pagini de text de bază, având următoarea structură: adnotare (în limbile română, rusă și engleză), lista abrevierilor, introducere, 6 capitole, concluzii generale, recomandări practice, bibliografie (formată din 347 de surse citate), acte de implementare, declarația privind asumarea răspunderii, CV-ul autorului. Partea complementară conține 16 Anexe. Materialul iconografic prezentat în cadrul tezei conține 43 de tabele și 88 de figuri.

În **Introducerea** lucrării sunt prezentate actualitatea și importanța științifico-practică a problemei abordate, scopul, obiectivele, noutatea științifică, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării, aprobarea rezultatelor, publicațiile la tema tezei, sumarul tezei.

Capitolul 1 – ***Mortalitatea maternă – componentă esențială a sănătății reproducerii și importantă problemă medico-socială, demografică și managerială*** – reprezintă un studiu investigativ preliminar privind mortalitatea maternă în lume și abordarea acestui subiect în cercetările științifice. Autorul analizează literatura de specialitate referitor la: contextul demografic al mortalității materne, problemele globale ale pierderilor reproductive materne, evoluția și perspectivele mortalității materne în RM, proximitatea de deces matern, resursele umane din sistemul de sănătate, structura și managementul serviciului de asistență medicală a mamei și copilului.

Capitolul 2. ***Metodologia cercetării:*** Sunt prezentate planul și etapele cercetării științifice, se expun ipotezele și scenariile care au stat la baza studiului. Este explicată detaliat

metodologia cercetării pentru fiecare compartiment al tezei, sunt prezentate metodele, tehnicile și instrumentele aplicate în cadrul studiului.

Capitolul 3 – ***Mortalitatea maternă în Republica Moldova: studiu retro- și prospectiv*** – cuprinde o amplă analiză a cazurilor de mortalitate maternă din RM, înregistrate în perioada 1990–2014, sub aspect retrospectiv și prospectiv. Este prezentată caracteristica generală a fenomenului mortalitate maternă în RM, evidențiind structura cauzală și determinantele deceselor materne. De asemenea, se realizează analiza clinică nosologică a deceselor materne directe, cauzate de hemoragii obstetricale, embolie cu lichid amniotic, sepsis obstetrical, stări hipertensive, precum și a celor cu risc indirect, provocate de maladii extragenitale, cu aprecierea calității îngrijirilor medicale în toate etapele de asistență perinatală.

Capitolul 4 – ***Analiza cazurilor de proximitate de deces matern în cadrul sistemului regionalizat de asistență medicală perinatală*** – este un capitol analitic, în care se confruntă aspectele evenimentelor de proximitate de deces și ale celor de deces matern. Astfel, analiza se desfășoară pe mai multe nivele, și anume: structura, dinamica și cauzele acestor evenimente. Analiza cuprinde cazurile înregistrate în CP de nivelele II și III din RM, pe parcursul anilor 2009–2014. Studiul identifică și lacunele existente în asistența medicală obstetricală acordată pacientelor cu morbiditate severă în cadrul instituțiilor medicale. Acestea de asemenea sunt analizate, iar rezultatele sunt confruntate cu datele și recomandările din literatura de specialitate.

Capitolul 5 – ***Resursele umane din sistemul medical – factor principal de asigurare a calității serviciilor medicale și de prevenire a mortalității materne*** – abordează rolul resurselor umane în prestarea asistenței medicale de calitate și în ameliorarea sănătății materne. Autorul realizează evaluarea situației medicilor obstetricieni-ginecologi din țară, evidențiind probleme actuale, precum: criza de resurse umane, distribuirea neproportională a specialiștilor în localitățile rurale și cele urbane, îmbătrânirea medicilor. Sunt prezentate rezultatele chestionarului aplicat în cadrul cercetării, în rândul medicilor și medicilor-rezidenți obstetricieni, prin care autorul apreciază situația resurselor umane din sistemul de maternități și teritoriile administrative din țară în diverse aspecte, cum ar fi motivarea și satisfacția personală, sarcina de lucru, pregătirea și perfecționarea specialiștilor, resursele și dezvoltarea serviciului medical.

Capitolul 6 – ***Aspecte demografice și manageriale ale mortalității materne*** – aduce caracteristica fenomenului demografic din RM și elucidează particularitățile natalității, fertilității, sporului natural, mortalității și migrației ca fenomene demografice cu impact asupra societății. Autorul realizează analiza retrospectivă a evoluției natalității în RM, începând cu anii '80 ai secolului trecut și până în anul 2015. Sunt evidențiate tendințele crizei demografice din țara noastră și este evaluat impactul acesteia asupra dezvoltării societății și serviciului perinatal.

De asemenea, autorul prezintă prognoza demografică în ce privește numărul, structura pe vârste și pe sexe a populației RM pentru anii 2014–2035, propunând trei scenarii posibile. În conformitate cu aceste date și în contextul schimbărilor demografice, se argumentează necesitatea restructurării sistemului de maternități, în vederea optimizării asistenței mamei și copilului și reducerii mortalității materne.

Concluziile generale și **Recomandările** reprezintă sinteza rezultatelor cercetării și principalele teze înaintate spre susținere. Autorul formulează recomandări pentru reducerea nivelului mortalității materne, structurate la nivelele instituțional, local și național.

Cuvinte-cheie: mortalitate maternă, sănătate reproductivă, sănătate maternă, proximitate de deces matern, managementul serviciului perinatal, structura asistenței medicale perinatale, cadre de medici obstetricieni-ginecologi, prognoză demografică.

1. MORTALITATEA MATERNĂ – COMPONENTĂ ESENȚIALĂ A SĂNĂTĂȚII REPRODUCERII ȘI IMPORTANTĂ PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ, DEMOGRAFICĂ ȘI MANAGERIALĂ

1.1. Mortalitatea maternă în contextul demografic actual

Mortalitatea reprezintă un fenomen demografic esențial ce determină structura și numărul populației, fiind un factor-cheie al dezvoltării societății. Mortalitatea maternă este un subiect foarte sensibil, întrucât, pe lângă pierderile umane, vizează și pierderile de potențial reproductiv. Astfel, fiecare femeie care decedează este o pierdere irecuperabilă pentru familie și pentru societate în întregime. Cauzele mortalității materne depășesc cadrul medical și implică un șir de factori complecși de ordin economic, social, demografic, cultural etc. [16, 26].

Trăind într-o lume în permanentă schimbare, într-o eră a tehnologiilor rapide, tot mai multe studii actuale subliniază faptul că strategia de reducere a mortalității materne trebuie să înglobeze mai multe aspecte, pentru a oferi o abordare exhaustivă și soluții eficiente. În acest sens, cercetările demografice oferă o perspectivă fundamentală pentru înțelegerea impactului pe care fenomenul dat îl are asupra dezvoltării societății și pentru identificarea măsurilor necesare de reducere a deceselor materne în țara noastră. Astfel, studiile de specialitate din domeniul demografiei constituie un reper important pentru cercetarea fenomenului mortalității materne – de la criza demografică globală până la prognozele demografice de perspectivă.

Procese demografice reprezintă factorii-cheie ai dezvoltării societății, fiind reciproc dependente de procesele economice, politice, sociale, iar abordarea lor devine tot mai actuală în elaborarea politicilor sociale, în planificarea și asigurarea securității statului. În acest context, analiza evoluției și prognozarea schimbărilor demografice contribuie la o înțelegere mai bună a evoluției societății și a necesităților ei, urmărind dezvoltarea sustenabilă a populației [16, 66].

Populația unei țări este rezultatul unui proces social complex, influențat de mai mulți factori, printre care menționăm industrializarea și urbanizarea, dezvoltarea științei și tehnologiilor, starea sănătății publice, sistemul de învățământ, situația socioeconomică și cea politică. În prezent, tot mai mulți cercetători evidențiază relația de reciprocitate și interdependență complexă dintre populație și evoluția societății, iar studiile demografice capătă un rol important în fundamentarea strategiilor de dezvoltare a societății [16, 64, 66].

La nivel global, dezvoltarea economică a multor țări ale lumii în a doua jumătate a secolului al XX-lea și începutul secolului al XXI-lea a fost însoțită de transformări esențiale în evoluția fenomenului demografic. Aceste schimbări demografice globale sunt abordate prin termenul „tranziție demografică”. Literatura de specialitate prezintă această noțiune ca un

fenomen universal, cu moment de apariție și ritm de evoluție ce variază de la țară la țară, datorită evenimentelor și condițiilor care determină acest proces [28, 340].

Tranziția demografică reprezintă trecerea, pe parcursul unui interval de timp, de la un tip tradițional de reproducere, cu niveluri ridicate ale natalității și mortalității, la un tip modern de reproducere, cu niveluri joase ale natalității și mortalității [28].

Tranziția demografică oferă perspectiva de a explica și de a înțelege dinamica diferitor procese ce determină evoluția populației. În acest mod, putem elucida cauzele creșterii sau descreșterii populației în anumite perioade, putem identifica factorii ce determină comportamentul reproductiv al populației [28, 131, 149, 153]. Ca urmare a tranziției demografice, societatea se confruntă cu probleme precum depopularea, îmbătrânirea demografică, criza natalității, sporul natural negativ ș.a. Aceste fenomene globale sunt caracteristice și populației RM [26, 70, 71, 95, 279].

Indicatorii de tranziție ai mortalității, fertilității și natalității au câteva aspecte comune – aceștia sunt strâns legați de dezvoltarea științei, tehnologiei și economiei, de schimbările culturale și sociale, de procesele politice ș.a. Adepții teoriei tranziției demografice acordă o atenție deosebită factorilor care influențează indicii natalității. Conform lui K. Davis și J. Blake, natalitatea este influențată de mai mulți factori ce duc la un nivel scăzut de fertilitate: creșterea nivelului cultural, frecvența școlară, creșterea nivelului de educație al femeilor, îmbunătățirea condițiilor sanitare, urbanizarea, mobilitatea socială, îmbunătățirea mijloacelor de consum, sporirea cheltuielilor pentru educarea copiilor, creșterea nivelului de trai, a numărului femeilor ocupate în afara gospodăriilor, slăbirea educației religioase, schimbările din structura și funcțiile familiei etc. [28, 165].

Actualmente, în toată lumea are loc o reducere a ratei mortalității și fertilității. Debutul și ritmul de evoluție a tranziției demografice însă variază semnificativ între țări și regiuni, în funcție de calendarul evenimentelor și de condițiile ce declanșează acest fenomen. În consecință, se constată mai multe diferențe în ceea ce privește ritmul de creștere și de îmbătrânire a populației la nivel mondial [147, 148]. În același timp, demografiile evidențiază o tendință globală caracterizată printr-o speranță mai mare de viață, o fertilitate mai joasă, rezultând o populație îmbătrânită [343].

La nivel global, tranziția demografică se apropie de o fază în care decesele prevalează asupra nașterilor, iar demografiile prognozează că foarte curând se va constata o rată negativă de creștere a populației. Cercetările efectuate de ONU și Banca Mondială admit faptul că aproape toate țările vor finaliza tranziția demografică în secolul următor [63]. În acest context, viitoarele

evoluții ale dimensiunilor populației vor fi determinate de tendințele fertilității, mortalității, migrației și distribuției pe vârste a locuitorilor globului pământesc [148, 149, 153, 240].

Datele demografice arată că cea mai rapidă îmbătrânire în următoarele decenii va avea loc în Europa de Est și în țările fostei Uniuni Sovietice, din cauza declinului fertilității și datorită creșterii longevității [16, 70, 340].

În prezent, deși rata sporului natural este în declin, populația globală este în continuă creștere. ONU susține că populația lumii va atinge cifra de 10 miliarde în următorul secol [45]. Rata sporului natural a început să se majoreze la începutul secolelor al XVIII-lea și al XIX-lea, datorită creșterii șanselor de supraviețuire în rândul copiilor și faptului că femeile continuau să nască mulți copii. După rata maximă de 2% la începutul anilor '60 ai secolului trecut, rata sporului natural în lume a scăzut până la 1,2% în prezent, iar ONU prognozează că aceasta va atinge nivelul de 0% în jurul anului 2100 [175]. La acel moment, conform prognozelor demografice, sporirea populației se va stopa [340].

Situația demografică din țara noastră nu este o excepție de la tabloul global al tranziției demografice. Conform teoriei tranziției demografice, Moldova se încadrează în categoria țărilor de tipul III, din care fac parte țările în curs de dezvoltare, caracterizându-se prin scăderea fertilității și creșterea populației mai mare de 2% [28, 29, 30, 131]. Demografii moldoveni trag un semnal de alarmă în privința consecințelor nefaste economice și sociale ale intensificării îmbătrânirii populației [24, 64, 69, 70, 279]. Tendințele de evoluție demografică prognozate de specialiști pentru țara noastră sunt pesimiste, dar acestea sunt valabile pentru majoritatea statelor lumii [64, 67, 71]. În această situație, este important să identificăm modalități prin care să putem ajusta strategiile de dezvoltare și politicile sociale, astfel încât acestea să răspundă eficient necesităților populației.

Populația este într-o permanentă schimbare, ca urmare a mortalității, fertilității și migrației. Aceștia sunt principalii indicatori demografici care determină numărul și evoluția populației. Totodată, nu este suficient să analizăm aceste fenomene doar din perspectivă demografică, întrucât ele au loc în cadrul unei societăți, reflectă starea ei și sunt determinate de diverse procese sociale [16].

Dorința umanității de a avea o viață lungă și îndestulată este principala forță a proceselor demografice. De-a lungul istoriei, oamenii au încercat să amâne moartea, să prevină nașterea copiilor pe care nu ar putea să îi întrețină și să găsească un loc de trai mai bun, să creeze un mediu favorabil unde să își crească copiii. Progresul științei și al tehnologiilor a oferit instrumente pentru controlul proceselor demografice, dar folosirea lor a fost condiționată de schimbările economice și sociale. În multe cazuri, guvernele și societatea civilă (cum ar fi

grupările religioase) au facilitat sau au inhibat dorința omului de a avea o viață lungă și îndestulată și diseminarea mijloacelor de atingere a acestui scop [25, 185].

Astfel, demografii disting factori direcți și factori indirecți care determină reducerea fertilității [143, 144]. Factorii care afectează fertilitatea *în mod direct* sunt: proporția populației căsătorite, vârsta înaintată la căsătorie, controlul deliberat al fertilității (prevalența contracepției, avorturile induse) și controlul natural (durata alăptării la sân asociată cu durata insusceptibilității post-partum, avortul spontan și pierderile de sarcină). Factorii ce determină fertilitatea *în mod indirect* sunt: educația, religia, economia, politica etc. În societatea contemporană, accentul pe autonomia individuală și autorealizare este tot mai vizibil – tinerii adulți tind să amâne deciziile de a-și restricționa autonomia prin nașterea copiilor, acordând o atenție sporită dobândirii capitalului uman (educație, carieră). Așteptările sociale înalte, tendințele de comportament cât mai activ social și independent au un efect de întârziere a nașterilor în rândul populației de vârstă reproductivă. Educația are un impact direct asupra amânării nașterilor, iar oportunitatea de a avea copii concurează cu obținerea capitalului uman. Studiile demonstrează că persoanele educate tind să nască mai puțini copii, iar femeile educate se căsătoresc mai târziu și mai rar [62, 257, 280].

Literatura de specialitate prezintă o multitudine de factori care influențează nivelul fertilității în cadrul unei populații, exercitând o acțiune profundă și complexă asupra fenomenului de reproducere, printre care: factorii demografici, medico-biologici, sociali, legislativi, subiectivi, locali, tradiționali și migrația [66, 67]. Intensitatea fertilității este afectată și de distribuția numerică a populației pe sexe, de structura populației feminine pe grupe de vârstă, de valorile nupțialității și divorțialității din cadrul societății [66].

O altă categorie de factori ce determină fertilitatea sunt cei medico-biologici, care sunt strâns legați de starea de sănătate a populației feminine, de existența unor probleme de sterilitate primară sau secundară la femei, dar și de sterilitatea masculină; de patologiiile genitale, inclusiv consecințele medicale ale avorturilor, mijloacele de contracepție folosite și, nu în ultimul rând, de igiena sexuală [66].

Factorii sociali cu impact asupra fertilității sunt: prelungirea școlarizării tinerilor; gradul de angajare a femeilor în câmpul muncii și activități socioeconomice; accesul liber la informații și mijloace de contracepție; ștergerea legăturii tradiționale dintre căsătorie, sexualitate și reproducere; categoria socială din care face parte femeia/tinerii părinți [64, 66].

Modificările în comportamentul social al tinerilor creează o condiție favorabilă pentru scăderea în continuare a ratei fertilității. *Cartea Verde a Comisiei Europene pentru schimbări demografice* (2005) abordează fertilitatea scăzută ca „rezultat al obstacolelor pentru alegerile

personale, accesul târziu la un job plătit, instabilitatea pe piața muncii, costurile înalte de întreținere a gospodăriei și lipsa stimulentele” [48, 257].

Se disting și factori legislativi, ce reprezintă un întreg mecanism de legi, programe și acțiuni la nivel național, care susțin sau descurajează tinerele familii să aducă pe lume copii. Aceștia includ prevederile Codului muncii și Codului familiei, indemnizațiile și alocațiile sociale pentru copii, programele de protecție a mamei și copilului, politica de planificare familială, dar și legislația cu privire la avort [66].

Factorii locali-tradiționali sunt determinați de: nivelul cultural al familiei, obiceiurile și specificul dezvoltării comunității, normele morale și religioase prevalente în cadrul unei societăți. Factorii subiectivi țin de atitudinea conștientă a cuplului față de reproducere, exprimată în numărul de copii doriți, numărul de copii realizați, în utilizarea metodelor de contracepție și motivațiile personale ale comportamentului demografic individual [66, 67].

În consecință, toți acești factori acționează în mod comun și complex, coborând nivelul fertilității prin intervenția voluntară a cuplurilor în actul de concepție. La aceștia se asociază și problema nivelului scăzut al protecției sociale a familiilor cu copii, dezvoltarea insuficientă a serviciilor de creștere și educare a copiilor [66, 69].

În rapoartele Organizației Națiunilor Unite cu referire la dezvoltarea populației se trage un semnal de alarmă în ceea ce privește depopularea, care va afecta mai multe țări europene în viitorul apropiat. Astfel, se prognozează că populația din 48 de țări va scădea, între anii 2015 și 2050, cu peste 15%, printre care se menționează și RM. În toate țările europene, în prezent fertilitatea este sub nivelul de înlocuire a populației, iar în majoritatea cazurilor această situație se menține deja de câteva decenii [306].

Conform studiilor ONU despre tendințele dezvoltării populației în deceniile următoare, numărul de copii născuți de o femeie pe parcursul vieții va crește de la 1,5 la 2,0. În condițiile în care pentru simpla înlocuire a populației este nevoie de o rată a fertilității de minim 2,1, experții ONU consideră că echilibrul zero al sporului populației este o situație firească [306]. Autoritatea statistică Eurostat de asemenea prevede creșterea ratei fertilității în țările europene de la 1,59 la 1,64 până în anul 2030 și la 1,71 în 2060 [175]. Cu toate acestea, rata fertilității va rămâne sub nivelul necesar de înlocuire a populației [306, 340]. Astfel, sporul populației în viitoarele decenii va depinde de evoluția fertilității. În acest sens, chiar și cele mai mici schimbări pot avea un impact benefic sau, din contra, negativ asupra creșterii populației [306].

Academicianul Gh. Paladi susține că o rată totală a fertilității mai mică decât 1,5 reprezintă o situație critică, ce provoacă reprimarea natalității, și obținerea unei creșteri a natalității în viitor va fi foarte dificilă [67, 115]. În același context, dacă nivelul ratei totale de

fertilitate se stabilește în limitele de 1,3–1,5, specialiștii în demografie vorbesc despre o natalitate extrem de redusă. Este evident că RM, ca și alte țări europene, se află în capcana natalității reduse, ba mai mult decât atât, se încadrează în valorile natalității extrem de reduse. Menținerea constantă a ratei totale de fertilitate la un nivel mai jos de 1,3 va conduce la reducerea drastică a numărului populației în următorii 50 de ani – circa în jumătate. Totodată, dacă natalitatea se menține la un nivel mai jos decât nivelul de înlocuire a generațiilor (2,1), aceasta provoacă inerție demografică negativă, deoarece se micșorează numărul potențial al părinților ca urmare a natalității reduse în perioada precedentă. Păstrarea acestei tendințe în perspectivă poate urgenta procesul de îmbătrânire a populației, iar scăderea efectivului populației va limita eficiența măsurilor de stimulare a natalității [67, 69, 115].

Declinul demografic ce s-a început în anii 1994-1995 în RM a fost accentuat de fenomenul migrației, care a modificat esențial structura populației, întrucât persoanele migratoare reprezintă capitalul reproductiv, intelectual și potențial de muncă al țării [25, 36, 56, 64]. Studiile Băncii Mondiale din 2013 relevă numărul de 770 000 de cetățeni moldoveni care au plecat din țară [64, 344]. În același timp, în mass-media figurează cifra de 1 milion de emigranți moldoveni. Aceste cifre însă au o doză de imprecizie, rezultată din lipsa unor date oficiale obiective.

Proгноzele demografice demonstrează că Europa urmează să se pregătească pentru schimbări profunde în structura populației, iar problemele demografice trebuie să reprezinte o prioritate a politicilor sociale. Numărul nașterilor se va reduce simțitor în următoarele decenii, generațiile tinere vor fi mai puține, vârstnicii constituind 53% din totalul populației. În aceste condiții, va fi o solicitare mai mare de resurse suplimentare, pentru a răspunde cerințelor unui număr mai mare de populație vârstnică (pensii, servicii de sănătate, îngrijiri pe termen lung). Impactul crizei demografice va afecta și sustenabilitatea populației – va fi nevoie de ajustări bugetare, cheltuieli publice modificate conform necesităților specific vârstei, reducerea PIB-ului odată cu reducerea forței de muncă și creșterea numărului beneficiarilor de pensii [53].

Totodată, tinerii vor fi mai implicați în forța de muncă, ceea ce înseamnă că și femeile vor lucra mai mult, iar vârsta la naștere va crește, întârziind momentul în care noile generații vor naște copii [53]. De asemenea, vârsta înaintată a mamelor la naștere constituie un factor negativ pentru sănătatea reproductivă, aceasta presupunând și prezența diverselor maladii și deteriorări ale sănătății potențialelor mame, care, la rândul lor, reprezintă factori ai frecvenței mortalității materne [16]. Natalitatea în RM, pe parcursul ultimilor 10 ani, a scăzut cu 43,9%, mortalitatea populației s-a majorat cu 22,8%, iar sporul natural al populației a devenit negativ (-0,7 în anul 2015). Fertilitatea generală în aceeași perioadă s-a micșorat de la 75,0 până la 45,2 de nou-

născuți la 1000 de femei de vârstă fertilă (constituind 39,7%). Această perspectivă însă va conduce la îmbătrânirea populației și confirmă necesitatea unor intervenții la nivel național, orientate spre diminuarea consecințelor nefavorabile pentru dezvoltarea societății [25, 26, 67, 69, 115].

Îmbunătățirea situației demografice în RM este o problemă complexă și intersectorială, întrucât vizează aspecte socioeconomice și politice, nu doar demografice. Totuși, soluția depinde de creșterea natalității [88]. Fără o redresare a fertilității feminine, natalitatea va scădea dramatic, neputând fi evitată depopularea țării. În acest sens, unele dintre obiectivele principale ale politicii de sporire a natalității trebuie să fie crearea condițiilor favorabile pentru nașterea copiilor, ameliorarea sănătății reproductive a populației, inclusiv prin formarea culturii de planificare a familiei [69].

Mortalitatea este un fenomen demografic complex, determinat de situația socioeconomică, de condițiile de muncă și de viață, de comportamentul populației în ce privește sănătatea, speranța de viață, situația sanitară, igiena și ecologia [108]. Acesta este unul dintre cei mai importanți indicatori ai stării sistemului de ocrotire a sănătății. Statisticile mondiale ne confirmă dependența multifactorială a mortalității de determinanta socioeconomică. În RM, această problemă este percepută deosebit de acut pe fundalul crizei demografice, nivelului înalt al mortalității materne și infantile, comparativ cu țările dezvoltate economic. Fluctuațiile din domeniile economic și politic au cauzat reducerea calității vieții, polarizarea societății, șomaj. Pe parcursul anilor 1986–1999, numărul nașterilor s-a redus în RM mai bine de două ori – de la 95 000 până la 45 000. Din punct de vedere dialectic, fenomenul dat ar presupune reducerea cantitativă în favoarea schimbărilor calitative. Acest lucru însă ar fi posibil numai atunci când reducerea natalității s-ar produce în urma ameliorării stării mediului ambiant, creșterii bunăstării populației [16]. Realitatea însă ne oferă un alt tablou, deoarece reducerea natalității nu este altceva decât o consecință a mutațiilor socioeconomice, a deteriorării condițiilor mediului ambiant, a diminuării continue a nivelului de trai al majorității populației. Astfel, schimbările sociale, politice și economice reprezintă substratul ce afectează păstrarea sănătății reproductive, în condițiile în care morbiditatea și mortalitatea maternă în RM sunt mai înalte decât în majoritatea statelor [17, 26, 71].

La nivel internațional, sănătatea reproducerii este recunoscută drept una dintre componentele fundamentale necesare dezvoltării umane. Comportamentul reproductiv sănătos asigură un impact pozitiv asupra generațiilor următoare. Mortalitatea maternă este unul dintre principalii și cei mai sensibili indicatori ai sănătății reproductive. În același timp, nivelul mortalității materne reflectă atât calitatea sistemului ocrotirii sănătății, cât și gradul de orientare a

acestui-a către necesitățile mamei și ale copilului: accesul femeii la asistența medicală corespunzătoare, diminuarea riscului sarcinii și nașterii, ameliorarea sănătății generale a femeii, statutului ei social și economic. Acest indice pune în evidență nu numai capacitatea de utilizare corectă a serviciilor de maternitate în întreaga țară sau în diferite regiuni ale ei, dar și situația socioeconomică, nivelul de cultură și de trai al populației, dezvoltarea societății în ansamblu [31, 63].

Nivelul deosebit de înalt al mortalității materne a constituit un subiect prioritar al discuțiilor cu privire la sănătatea globală și dezvoltare încă din anii '80 ai secolului trecut. Totuși, deși unele țări au făcut un progres remarcabil în ultimii ani, realitatea per general nu corespunde obiectivelor declarate [132]. În pofida acestui fapt, s-a realizat un consens cu privire la intervențiile de reducere a mortalității materne, organizațiile umanitare internaționale pentru sănătate și dezvoltare reușind să creeze o inițiativă politică pentru îmbunătățirea sănătății materne și asigurarea unei maternități sigure [132, 309].

În SUA, în anul 1900 se înregistrau aproximativ 700 de decese materne la 100 000 de nașteri; același nivel se înregistrează și astăzi în multe țări în curs de dezvoltare. O sută de ani mai târziu, mortalitatea maternă a coborât până la mai puțin de 10 decese materne la 100 000 nașteri. Un declin spectaculos similar a avut loc și în alte țări industrializate. În Suedia, de exemplu, declinul a început cu mult înainte de anul 1900. Către anul 1950, ratele mortalității materne din toate țările dezvoltate s-au coagulat la nivelul cu mult sub 100 la 100 000 de nașteri [132].

Cum a fost posibilă această schimbare? Progresul tehnologiilor și medicamentelor a constituit un factor important pentru prevenirea și managementul complicațiilor obstetrice. Însă doar acesta nu a fost suficient. Schimbarea a avut loc în diferite perioade și cu diferite rate în diverse țări, deși exista o disponibilitate generală a tehnologiilor noi. Deosebirea a constat în dorința politică de a aplica tehnologiile, iar acest lucru a necesitat două condiții. Prima este conștientizarea de către societate a faptului că emanciparea feminină la nivel social, economic și politic este o prerecuzită pentru dezvoltarea socială (și a beneficiului său superior – pacea socială). A doua condiție este implicarea medicilor în promovarea acestei emancipări [132, 309].

În Marea Britanie, de exemplu, preocuparea în rândul medicilor cu privire la nivelul înalt al mortalității a rezultat în crearea anchetelor la nivelul MS în anul 1928, care au contribuit la elaborarea Anchetei Confidențiale a Deceselor Materne. Tot în această perioadă au fost constituite comisii de anchetare pentru investigarea condițiilor generale de sănătate în rândul femeilor [314]. Reprezentanți ale organizațiilor de femei au fost incluse în componența Comisiei, iar simbioza dintre energia mișcării feministe și profesionalismul medicilor a asigurat

faptul că niciun guvern nu și-ar permite să ignore sănătatea femeilor, în special în timpul sarcinii și nașterii [132].

Preocuparea față de sănătatea mamelor și a copiilor reprezintă un element explicit al Constituției OMS. Eforturile „de a promova sănătatea mamelor și copiilor și bunăstarea lor [...]” sunt incluse în rândul funcțiilor Organizației. Totuși, interesul global pentru o maternitate sigură datează înaintea constituirii OMS. Departamentul pentru sănătate al Ligii Națiunilor și-a exprimat preocuparea pentru mortalitatea maternă în 1930, reflectând interesul crescut față de acest subiect în țările industrializate și dorința multor puteri coloniale de a transfera în coloniile lor beneficiile progresului medical care deja erau evidente [132, 309].

În cadrul Conferinței Internaționale cu privire la Asistența Medicală Primară din anul 1978, organizată de OMS și UNICEF la Almatî, țările participante au făcut un angajament explicit de a elabora strategii comprehensive de sănătate, care nu se limitau doar la prestarea serviciilor, ci abordau de asemenea cauzele sociale, economice și politice ale problemelor de sănătate. Asistența medicală primară trebuia să fie universală, să abordeze necesitățile săracilor, să încurajeze participarea comunității și să se centreze pe principalele probleme din comunitate, inclusiv pe asistența medicală a mamelor și copiilor. Aceste acțiuni însă au fost compromise din cauza crizei economice din mai multe țări [132, 314].

Politicile pentru populația din țările în curs de dezvoltare au fost susținute de agențiile ONU și de mai multe organizații neguvernamentale. Donatorii, nerăbdători să demonstreze rezultate mari cu resurse financiare limitate, deseori au susținut organizații de planificare a familiei, în general destul de separate de sectoarele guvernamentale, cum este sănătatea. În același timp, alte aspecte ale sănătății femeilor, cum ar fi siguranța în timpul gravidității și nașterii, erau neglijate [309].

În decembrie 1979, Adunarea Generală a ONU a adoptat Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare a femeilor. Prin această Convenție, statele-părți condamnă discriminarea față de femei sub orice formă și își asumă responsabilitatea de a adopta măsurile necesare pentru eliminarea acestei discriminări sub toate formele și manifestările ei. Aceasta a contribuit la îmbunătățirea statutului femeii în societate, constituind o etapă importantă în asigurarea drepturilor și libertăților fundamentale ale persoanelor în domeniile politic, economic, social, cultural și civil [303].

În perioada 1970-1980 au crescut accesul și instrumentele de colectare a datelor cu privire la mortalitatea infantilă, însă pentru măsurarea mortalității materne încă nu erau dezvoltate instrumente asemănătoare, iar dimensiunile ei reale erau ascunse [271].

În anul 1985, OMS, cu suportul financiar al UNFPA, a susținut primele studii comunitare privind nivelele mortalității materne în țările în curs de dezvoltare. În baza acestor studii și cu puțină informație disponibilă despre statistica spitalelor, OMS a realizat primele estimări ale proporțiilor problemei și a anunțat că în fiecare an au loc jumătate de milion de decese materne, dintre care 99% sunt în țările în curs de dezvoltare [328].

Dr. Hafdan Mahler, Directorul general al OMS în acea perioadă, a atras atenția asupra importanței unor date veridice, care trebuie să constituie baza unei înțelegeri corecte și preocupări asupra problemei mortalității. Astfel, în anul 1987, OMS, UNFPA și Banca Mondială au organizat la Nairobi prima Conferință Internațională cu privire la Maternitatea Sigură. În cadrul conferinței s-a recunoscut faptul că este necesar de a întreprinde acțiuni, începând cu angajamentul șefilor statului și guvernelor [228]. Această conferință a constituit punctul de pornire a ceea ce mai târziu a devenit cunoscut ca *Inițiativa Maternitate Sigură*. Cei trei coorganizatori s-au reunit mai târziu în cadrul Grupului Interagențial pentru Inițiativa Maternitate Sigură, împreună cu UNDP, UNICEF și IPPF [132, 309].

Doi ani mai târziu, în 1989, la New York a avut loc Summitul Mondial pentru Copii, care a abordat și reducerea mortalității materne ca unul dintre obiective ce trebuie monitorizate odată cu creșterea necesităților de asistență antenatală. Totuși, mortalitatea maternă era privită aproape în totalitate în contextul supraviețuirii și sănătății copiilor [5]. O percepție-cheie care se evidențiază în acea perioadă este neglijarea relativă a sănătății femeilor, în comparație cu atenția acordată sănătății și supraviețuirii copiilor [271].

Deceniul *ONU pentru Femei* (1976–1985) a contribuit la atenționarea asupra sănătății și drepturilor femeii, independent de impactul acesteia asupra sănătății copiilor. Deceniul a culminat cu formularea Strategiilor de perspectivă, care făceau apel la reducerea mortalității materne până în anul 2000, evidențiind importanța sănătății femeilor ca un drept al lor, și nu mai subsumau interesele femeilor cu cele ale copiilor [3, 302].

La 28 mai 1990, Rețeaua Globală a Femeilor pentru Drepturile Reproductive a lansat un Apel la Acțiune, această dată fiind declarată Ziua Internațională a Acțiunii pentru Sănătatea Femeilor. Campania a fost un instrument important pentru atragerea atenției asupra mortalității materne, în special în America Latină. Se acorda o atenție deosebită avortului în condiții nesigure și asistenței de calitate joasă, acordate femeilor (în special celor sărace sau indigene) [137, 234].

La mijlocul anilor 1990, o serie de conferințe internaționale, organizate sub auspiciul Națiunilor Unite, au dus la reevaluarea eforturilor de dezvoltare. La Conferința Internațională cu privire la Populație și Dezvoltare de la Cairo din 1994, a 4-a Conferință Mondială pentru Femei

de la Beijing din 1995 și la Summitul Social de la Copenhaga din 1995, atenția a fost orientată iarăși spre factorii determinanți de ordin social, cultural și de gender ai sănătății și dezvoltării. Maternitatea sigură era abordată acum într-un context mai comprehensiv al sănătății reproductive și feminine [132, 309, 331]. În același timp, în urma opoziției unor grupuri civice față de dominanța prevalentă a programelor de planificare familială din perspectivă demografică, s-a extins agenda de sănătate a femeilor, pentru a aborda probleme neglijate anterior, cum ar fi mutilarea genitală a femeilor, violența și traficul de ființe umane [132, 302, 309].

Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare de la Cairo (1994) a marcat o schimbare de paradigmă în agenda internațională cu privire la populație, printr-o abordare bazată pe drepturile omului în domeniul populației, precum și pe accentul asupra sănătății reproducerii și asupra statutului femeilor [198]. Îndeplinirea recomandărilor înscrise în Programul său de acțiune se află și în continuare în centrul preocupărilor statelor și comunității internaționale, în domeniul populației și dezvoltării. Deși reducerea nivelului mortalității materne reprezenta deja o prioritate a tuturor țărilor lumii, la primul Congres Mondial asupra problemelor de reducere a mortalității materne (Maroc, 1997) a fost constatată lipsa unor programe-țintă nu numai în majoritatea statelor, dar și în organizațiile internaționale reprezentative, cum ar fi ONU, OMS, UNICEF ș.a. [291].

Combinția schimbărilor de paradigmă care au avut loc la Cairo și Beijing și reafirmarea legăturii dintre sănătate și drepturile omului, a adus o nouă dimensiune pentru susținerea maternității sigure. Se afirma că decesele materne nu sunt la fel ca altele. Sarcina și nașterea nu este o boală, ci niște procese fiziologice normale și femeile trebuie să se implice în acestea pentru binele umanității [177, 302].

În cadrul reducerii mortalității materne nu pot fi aplicate strategii din reducerea altor maladii, întrucât nu există niciun factor patogen ce poate fi controlat, niciun vector de eradicat. Femeile vor continua să aibă nevoie de asistență în timpul sarcinii și nașterii atâta timp cât umanitatea va continua să se reproducă. Astfel, inacțiunile în prevenirea mortalității materne reprezintă o discriminare, deoarece numai femeile se confruntă cu acest risc [132, 160]. Această percepție a stimulat reînnoirea interesului pentru o abordare a maternității sigure din perspectiva drepturilor. Definirea mortalității materne ca „o inechitate socială”, dar și ca „un dezavantaj de sănătate”, obligă guvernele să abordeze cauzele sănătății materne precare prin sistemele lor politice, de sănătate și juridice, fapt ce a sporit opțiunea pentru aplicarea tratatelor internaționale și a constituțiilor naționale în promovarea maternității sigure și pentru a cere guvernelor să fie responsabile de acțiunile sau inacțiunile lor [160].

La sfârșitul anilor '90 ai secolului trecut s-a realizat un impuls suplimentar în menținerea maternității sigure pe agenda internațională a sănătății. În 1996, Grupul Inițiativei pentru Maternitate Sigură s-a angajat într-un efort de doi ani pentru a aduce sănătatea mamelor la o audiență mai largă și la un nivel mai ridicat de factori de decizie. Faza pregătitoare a culminat cu o consultare tehnică internațională la Colombo, Sri Lanka, în octombrie 1997, în urma căreia s-a obținut un consens mai larg cu privire la intervențiile necesare pentru a reduce mortalitatea maternă [294].

OMS a dedicat Ziua Mondială a Sănătății din 1998 maternității sigure, cu sloganul „Sarcina este specială: să o facem în siguranță”. În întreaga lume au avut loc acțiuni ce promovau maternitatea sigură. La Washington, SUA, cele mai mari agenții internaționale s-au întâlnit cu politicieni de nivel înalt din țările în curs de dezvoltare și cu prima doamnă a SUA, pentru a emite un apel la acțiune pentru o maternitate sigură [132, 336]. Acest Apel la acțiune a îmbunătățit semnificativ eforturile pentru promovarea sănătății materne: au apărut noi parteneri în domeniul maternității sigure, inclusiv Alianța *Panglica Albă pentru maternitate în condiții de siguranță* și Inițiativele *Maternitate în Siguranță* din SUA. Cei deja implicați în promovarea maternității sigure, cum ar fi Universitatea Columbia, AVSC International și Marie Stopes International, și-au sporit angajamentul existent. Au fost elaborate Inițiativa OMS pentru o sarcină în condiții de siguranță, Strategia UNICEF privind serviciile de sănătate pentru femei, Nota consultativă a Programului UNFPA pentru reducerea mortalității și morbidității materne și Planul de acțiune pentru maternitate sigură. Patru agenții – OMS, UNFPA, UNICEF și Banca Mondială – au emis o declarație comună privind reducerea mortalității materne și afirmarea angajamentului lor colectiv în sprijinul unei maternități sigure [132, 309, 336].

Pe măsură ce interesul internațional pentru sănătatea maternă a sporit, a crescut și angajamentul specialiștilor din domeniul sănătății, care se află mai aproape de această problemă – moașele, asistentele medicale și obstetricienii. Alianța profesioniștilor din domeniul medical, împreună cu avocații femeilor, au creat legăturile necesare pentru a asigura angajamentul guvernului de a reduce mortalitatea maternă în Marea Britanie în anii '30 ai secolului trecut [132, 309]. Pe arena internațională, asociațiile medicale profesionale printre primele și-au recunoscut rolul și responsabilitățile în ceea ce privește maternitatea în siguranță. Ziua Internațională a Asistentelor Medicale din 1988 a avut drept temă maternitatea sigură. Începând cu 1987, Confederația Internațională a Moașelor a organizat în mod regulat ateliere de lucru privind diverse aspecte ale nașterii în condiții de siguranță, înainte de congresele triennale. Atelierul din 1990 a contribuit la inițierea, în rândul asociațiilor de moașe, a dezbaterilor despre delegarea responsabilității și nevoia de formare a moașelor pentru a face față complicațiilor

obstetricale de urgență. Ulterior, atelierele au abordat aspecte legate de monitorizare, calitate, avort și HIV/ SIDA [313, 336].

Grupul de lucru al OMS și FIGO a fost înființat în 1982, pentru a atrage atenția asupra maternității sigure, atât la nivel global, cât și regional. Atelierele organizate de acesta au abordat o serie de probleme ale sănătății reproducerii, inclusiv maternitatea sigură, dar puține acțiuni au fost realizate, maternitatea sigură ajungând „o inițiativă orfană” [313]. Abia în 1997, FIGO a trecut de la cuvinte la acțiuni concrete, prin crearea Fundației *Salvați Mamele*, un parteneriat pentru sprijinirea proiectelor de formare între asociațiile medicilor obstetricieni-ginecologi. Aceasta subliniază rolul important al medicilor obstetricieni-ginecologi și al accesului la îngrijirea medicală adecvată în reducerea mortalității materne [132, 313].

Acțiunile de mai sus au constituit bazele includerii reducerii mortalității materne în rândul priorităților de sănătate și dezvoltare, care au apărut la începutul noului mileniu. Astfel, în decembrie 2000 a fost aprobată Declarația Mileniului, care solicită, printre altele, îmbunătățirea sănătății materne și reducerea nivelurilor mortalității materne. Acest angajament global a fost rezumat în Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM), care au fost acceptate ca un cadru pentru măsurarea progresului dezvoltării, concentrându-se asupra eforturilor de a realiza îmbunătățiri semnificative și măsurabile în viața oamenilor [178]. Astfel, s-a creat o oportunitate unică de a consolida eforturile la nivel global pentru a asigura maternitatea în siguranță [41, 132]. După Summit-ul Mileniului din anul 2000, cele opt ODM adoptate în unanimitate au dictat principalele direcții ale eforturilor globale, propunând reducerea până în anul 2015 a celor mai semnificative probleme ale societății contemporane [199]. Printre aceste obiective se regăsește și Obiectivul 5: „Îmbunătățirea sănătății materne”, care prevede în Ținta 6: „Reducerea cu 3/4 între anii 1990–2015 a ratei mortalității materne” [41].

Drept urmare, în perioada 1990–2015, indicatorii globali ai mortalității materne s-au diminuat cu 2,3% anual, însă începând cu anul 2000 s-a înregistrat un ritm mai intens de reducere a acestui indicator. În unele țări, diminuarea anuală a mortalității materne între anii 2000–2010 este mai mare de 5,5%, nivel necesar pentru a atinge ODM, pe când în țările dezvoltate coeficientul mortalității materne a scăzut cu 48% [135, 323]. Rata globală a mortalității în lume constituie 216 la 100 000 de nou-născuți vii, cu unele discrepanțe impresionante – 480 în țările subdezvoltate și 27 în țările dezvoltate, existând totodată și extreme: 1000 la 100 000 de nou-născuți vii în Africa Subsahariană și între 0 și 11 la 100 000 în Europa de Nord [323].

În anul 2015, zilnic au decedat aproximativ 830 de femei din cauza complicațiilor legate de sarcină și de nașterea copilului. Aproape toate aceste decese au avut loc în condiții de resurse

scăzute, iar majoritatea dintre ele au putut fi prevenite. Cauzele principale ale decesului sunt hemoragia, hipertensiunea, infecțiile și cauzele indirecte, în principal datorate interacțiunii dintre afecțiunile preexistente și sarcină. Riscul ca o femeie dintr-o țară în curs de dezvoltare să moară dintr-o cauză maternă în timpul vieții sale este de circa 33 de ori mai mare decât la o femeie care trăiește într-o țară dezvoltată. Mortalitatea maternă este un indicator de sănătate ce prezintă decalaje foarte mari între zonele bogate și cele sărace, urbane și rurale, atât între țări, cât și în interiorul lor [323].

Conform datelor Departamentului pentru Sănătatea Reproduserii și Cercetare din cadrul OMS, la sfârșitul anului 2015, mortalitatea maternă la nivel mondial a scăzut cu 44% față de nivelul din 1990, însă doar 9 țări au reușit să îndeplinească obiectivele stabilite de ONU în acest domeniu (Bhutan, Capul Verde, Cambodgia, Iran, Laos, Maldive, Mongolia, Rwanda și Timorul de Est), în timp ce alte 39 de țări au raportat „progrese semnificative” [323]. Acesta este un progres imens, dar reușitele sunt inegale în lume, în condițiile în care 99% dintre decese sunt înregistrate în țările în curs de dezvoltare. O parte din decesele materne și infantile au cauze ce ar putea fi prevenite prin politici regionale sau acțiuni punctuale ale comunităților. Zilnic, în lume mor circa 800 de mame și 18 000 de sugari; peste jumătate dintre decese au loc în regiuni cu dezastre naturale sau conflicte armate [274].

Potrivit unui raport publicat în revista medicală britanică „The Lancet”, 303 000 de femei au murit în anul 2015 din cauza unor complicații apărute în timpul sarcinii sau într-o perioadă de până la șase săptămâni după naștere, în scădere față de cifra de 532 000 în anul 1990. În prezent, la nivel mondial, rata este de 216 decese ale mamelor la 100 000 de nou-născuți vii, față de 385 la 100 000 de nou-născuți vii în 1990. Regiunea Asiei de Est a înregistrat cele mai semnificative progrese, cu o reducere de 72% a mortalității materne între anii 1990 și 2015, în timp ce Africa Subsahariană continua să fie regiunea cea mai afectată – cu 66% din cazuri (două decese din trei). Somalia, afectată de război și de dezastre naturale, în 2015 se afla pe ultimul loc în clasament [135].

Raportul cu privire la situația mamelor din toată lumea, elaborat de Organizația Salvați Copiii, arată o creștere a mortalității materne în SUA în ultimii ani. Din 178 de state, SUA se află pe locul 31 în clasament, pe când cu 15 ani în urmă se afla pe locul 5. Explicația constă în creșterea numărului de sarcini cu factori de risc în SUA, precum obezitatea, hipertensiunea arterială și bolile cardiovasculare. Femeile gravide la o vârstă mai înaintată și care folosesc medicație pentru creșterea fertilității întâmpină mai mulți factori de risc la naștere [295]. SUA se află printre cele 8 țări care înregistrează o creștere a mortalității materne începând cu 2003,

alături de Afganistan și El Salvador. Mortalitatea maternă în SUA a fost de 12,4 (la 100 000 de femei) în 1990, 17,6% în 2003 și 18,5% în 2013 [212].

Prezintă un interes deosebit studiile ce reflectă analiza mortalității materne în Europa de Est și în Asia Centrală. Această regiune cuprinde 20 de țări, dintre care 12 foste republici ale URSS, cu o populație de peste 400 mil. de oameni, ce reprezintă 6% din populația lumii, iar după populație depășește America de Nord (346 mil.), țările din lumea arabă (355 mil.) sau zona europeană (333 mil.) [119]. Jumătate din aceste 20 de țări dispun de un sistem verificat de evidență a deceselor materne, care include și cauzele morții. În 7 țări (Azerbaidjan, Albania, Armenia, Bosnia și Herțegovina, Georgia, Kîrgîzstan, Turcia), evidența statistică este caracterizată de către experți ca fiind incompletă [337, 338].

Analiza mortalității materne pentru anii 2008-2010 în țările grupei A a stabilit că nivelul acesteia este *jos* în Belarus, Bulgaria, Macedonia, Serbia; *mediu* în România, Rusia, Ucraina și *înalt* în Moldova. Indicatorii stabiliți în această grupă de țări demonstrează că ei sunt aproape de cei existenți în țările Uniunii Europene, cu excepția Serbiei, iar în Macedonia și Belarus, acest indicator este mai mic decât în statele UE. Coeficientul mortalității materne în Moldova îl depășește de 6 ori pe cel existent în UE, iar în țările CSI – de 3,4 ori pe cel din UE [337, 338].

Nivelul mortalității materne în regiunea Est-Europeană și în Asia Centrală constituie 32 la 100 000 de nou-născuți vii și este considerat satisfăcător pe fundalul țărilor în curs de dezvoltare, unde coeficientul mortalității materne este de 240 la 100 000 de nou-născuți vii. Numărul absolut de decese din cauza complicațiilor sarcinii, nașterii și perioadei de lăuzie în această regiune a fost de 1800 de cazuri, ceea ce reprezintă numai 0,6% din numărul total de decese înregistrat la nivel global (287 000). În Federația Rusă au loc o treime de decese din regiune, fapt determinat de numărul mare de populație. În 6 țări (Rusia, Turcia, Kazahstan, Uzbekistan, Ucraina, Tadjikistan) din cele 20 au loc patru cincimi de decese din regiune [328].

În Federația Rusă, nivelul mortalității materne în prezent se plasează aproximativ la mijlocul topului, între țările dezvoltate și cele în curs de dezvoltare, fiind mai înalt decât nivelul mediu european. Structura cauzală a mortalității materne de asemenea s-a modificat: în anii 2000–2007, principalele cauze au fost hemoragiile, patologia extragenitală, sepsisul și stările hipertensive în sarcină, iar din 2008 până în prezent, pe primul loc s-a plasat patologia extragenitală [109].

Mortalitatea maternă în România, în perioada antebelică, a fost înaltă, în special în mediul rural. Unele dintre cauze au fost nivelul scăzut de educație pentru sănătate și natalitatea foarte crescută, determinată de fertilitatea înaltă, ce a avut un impact negativ asupra sănătății materne. Apoi, evoluția mortalității materne a înregistrat un aspect special din cauza unei politici

demografice nereușite în perioada 1967–1999, când a fost interzisă întreruperea cursului sarcinii la dorință. Drept urmare, în acea perioadă, în paralel cu creșterea natalității în urma interdicției avorturilor, s-a înregistrat o creștere a nivelului mortalității materne. După anul 1999, când a fost liberalizată politica cu privire la avort, mortalitatea maternă descrește, cu toate că și astăzi aceasta este mai înaltă decât în alte țări ale UE [334].

Indicele înalt al mortalității materne în unele regiuni ale lumii reflectă inechitatea în accesul la servicii medicale calificate și marchează un decalaj foarte mare între populația bogată și cea săracă [145, 307]. Femeile mor din cauza agravării cursului sarcinii sau nașterii, iar majoritatea dintre aceste situații se dezvoltă în timpul sarcinii și pot fi prevenite. Unele patologii sunt prezente până la sarcină, dar se pot agrava în timpul ei, mai ales dacă femeia nu este monitorizată atent. Alte cauze frecvente ale mortalității materne sunt patologii, precum malaria, HIV/ SIDA, diabetul zaharat, obezitatea în timpul sarcinii [135, 323].

Adolescentele sunt expuse unui risc mult mai crescut de complicații și mortalitate ca urmare a sarcinii și nașterii, comparativ cu femeile mai adulte [158]. Grupul cu cel mai mare risc de mortalitate maternă îl constituie adolescentele cu vârsta de până la 15 ani din țările în curs de dezvoltare. Probabilitatea decesului unei adolescente din cauza sarcinii și nașterii este de 1:4900 de femei în țările dezvoltate, comparativ cu 1:180 de femei în cele în curs de dezvoltare, iar în țările cu instabilitate politică, acest risc crește chiar la 1:54 de femei [253].

Structura mortalității materne diferă de la țară la țară, iar diferențe există și între statele UE. Un studiu asupra factorilor ce au provocat decesul matern, efectuat în trei țări europene dezvoltate (Franța, Germania și Olanda), în comparație cu alte trei țări mai puțin dezvoltate (Bulgaria, România, Ungaria), a demonstrat că în toate țările dezvoltate, mortalitatea prin complicațiile avortului era foarte mică, spre deosebire de România și Bulgaria, unde aceste complicații au o incidență mai mare. În Ungaria nu se semnalează indici crescuți ai mortalității materne prin avort, datorită unei politici mai deschise de planificare familială. Decesele cauzate de hemoragie sunt reduse în țările dezvoltate și mai frecvente în România, Ungaria și Bulgaria, fiind mai multe în comparație cu cauzele deceselor prin hipertensiune arterială indusă de sarcină. În Franța și Germania, indicii mortalității materne din cauza hemoragiei nu diferă de cei provocați de hipertensiunea arterială indusă de sarcină. În Olanda însă, HTAIS rămâne o mare provocare pentru obstetricieni și medicii de terapie intensivă, fiind un incident care încă surprinde echipele medicale antrenate și cu dotări avansate. În această țară, indicele mortalității materne cauzate de complicațiile prin HTAIS depășește constant în toți anii analizați (1995-2012) indicele indus prin complicațiile hemoragice [27]. În funcție de reducerea coeficientului mortalității materne, se modifică și structura cauzelor care le-a provocat. Se observă micșorarea

cauzelor directe și creșterea celor indirecte [285]. Existența acestor tranziții este confirmată prin analiza globală a cauzelor mortalității materne, realizată recent [274].

În cadrul Regiunii Europene a OMS, până în prezent există etnii sau teritorii unde indicatorii mortalității materne sunt comparabili cu cei din Africa sau Asia de Sud [159]. Mai mult decât atât, există informații care pun la îndoială veridicitatea datelor oficiale privind nivelul mortalității materne, parvenite din țările Regiunii Europene a OMS. Se presupune că acestea nu corespund realității și sunt arătate mai mici cu 67%, inclusiv cele parvenite din țările nordice ale Europei. În țările CSI însă, nivelul mortalității materne este de 2-3 ori mai mare, comparativ cu datele raportate oficial [319].

Pentru perioada 2016-2030, actorii internaționali în domeniul protecției sănătății materne au propus drept scop, în cadrul Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă, diminuarea indicatorului global de mortalitate maternă până la mai puțin de 70 la 100 000 de nou-născuți vii [145, 307]. Astfel, este nevoie de eforturi consolidate – atât la nivel global, cât și la nivel național – pentru evitarea deceselor materne din cauze obiective, determinate preponderent de factori obstetricali, și pentru reducerea decalajului înalt existent în nivelul mortalității materne, care persistă între țările prospere și cele cu un venit mediu [202].

Conform relatărilor Comisiei Naționale pentru Populație și Dezvoltare a Guvernului RM, actualmente în țara noastră, în domeniul sănătății reproducerii, comparativ cu multe state europene, există multiple probleme determinate de: perioada anevoioasă de tranziție, situația socioeconomică precară, nivelul scăzut de trai, schimbările în modul de comportament al indivizilor în particular și al familiilor în general, care au un efect negativ asupra sănătății întregii populații și îndeosebi a viitoarelor generații [33]. Nivelul relativ înalt al mortalității materne din RM este cauzat de un complex de factori socioeconomiici și medicali, principalii fiind șomajul, condițiile neadecvate de muncă ale femeilor, violența în familie, morbiditatea, avorturile etc. [55].

Potrivit unui studiu efectuat de OMS, Moldova se află în topul statelor cu risc înalt de mortalitate maternă. Astfel, printre cele 47 de state incluse în clasament, țara noastră ocupă locul 5. Cercetarea arată că 23 de moldovence la 100 000 de nou-născuți riscă să moară în timpul nașterii sau după aceasta, din cauza afecțiunilor și infecțiilor netratate. Vârsta femeilor care riscă să moară în timpul sarcinii sau după naștere este de până la 18 ani sau peste 30 de ani. Acestea muncesc peste hotare sau provin din familii sărace. Majoritatea dintre ele suferă de boli cardiovasculare, renale sau de diabet [326].

În literatura de specialitate publicată în RM se regăsesc doar câteva studii sporadice care abordează problema mortalității materne [12, 14, 18, 21-23, 63, 79]. Acestea prezintă unele

aspecte și cauze ale mortalității materne, însă fără a realiza o imagine integrată sau o evaluare a evoluției în dinamică a acestui fenomen [26, 73]. Astfel, un studiu integrat și complex al mortalității materne în RM nu există la moment, fiind necesare eforturi de a consolida cercetările într-o abordare multilaterală a acestui subiect.

Academicianul Gh. Paladi constată în studiile sale că structura cauzală a mortalității materne s-a schimbat considerabil pe parcursul anilor – unele cauze de deces au putut fi prevenite, altele au fost tratate la timp [63]. Cu toate acestea, factorii care mențin indicii înalți ai mortalității materne continuă să fie statutul social inferior al femeii, sarcinile și nașterile la adolescente și la femei cu vârsta peste 35 de ani, multiparitatea, sarcinile multiple, insuficiența sau deficiența sistemului sanitar, lipsa cadrelor bine instruite la toate nivelurile de asistare a gestantelor, parturientelor și lăuzelor. În majoritatea țărilor lumii, dar mai ales în cele în curs de dezvoltare, cauzele principale ale deceselor materne sunt: hemoragiile severe, infecțiile, eclampsia, complicațiile tromboembolice, avortul și maladiile extragenitale drept cauze indirecte [63].

Conform datelor prezentate de V. Friptu și coaut., în anul 2007, riscul de deces în RM constituia 1 femeie la 3 697 de nașteri [23]. Un studiu al perioadei 1990–1999, realizat de cercetătorii P. Roșca și E. Gaideu, prezintă o structură a mortalității materne cu o pondere considerabilă a maladiilor și complicațiilor septico-purulente severe, cum sunt sepsisul, șocul bacteriotoxic. La analiza cazurilor de deces cercetate, au fost constatate eșecuri grave în conduita pacientelor, cum ar fi: administrarea cu întârziere a tratamentului antibacterian, efectuarea insuficientă a măsurilor de detoxificare și substituție. Multiple cazuri de iatrogenie mențineau la un nivel comparativ înalt morbiditatea și mortalitatea maternă, survenită în urma acestor complicații în RM, contrar datelor OMS, care relateau că infecția puerperală poate fi tratată și evitată [79].

Cercetătorii Gh. Paladi și Stratilă M. susțin că prezența hemoragiilor și a complicațiilor septice în structura cauzală a mortalității materne din țara noastră, cu un nivel de peste 50% din numărul total de cazuri înregistrate, demonstrează carențe existente în pregătirea cadrelor, în organizarea sistemului de urgență, îndeosebi în spitalele raionale [73].

În studiile efectuate de către V. Friptu, de asemenea se constată că structura mortalității materne înregistrate în țara noastră diferă de cea existentă în alte țări, autorul argumentând acest fapt prin exemplul că decesele, în peste o treime de cazuri, sunt provocate de maladii extragenitale, din motivul stării generale compromise a sănătății populației [22]. Analizând ponderea înaltă a mortalității materne cauzate de avort, cercetătorul V. Friptu evidențiază faptul

că avortul reprezintă o cauză problematică a mortalității materne, avorturile spontane și cele criminale ocupând, în anii 2003–2007, o pondere de 17% în numărul total de decese, iar din cauzele directe obstetricale, rata deceselor determinate de avort continuă să se mențină foarte înaltă – de 28,8% [22].

Rapoartele autohtone reflectă date conform cărora, după anul 2004, în RM se înregistrează cea mai înaltă rată a mortalității materne din cauza avorturilor, iar în anul 2008 acest indicator este de cinci ori mai mare decât în țările europene [26]. Totodată, în ultimii ani s-a constatat o ameliorare a situației și o reducere evidentă a deceselor materne provocate de avort, datorită măsurilor întreprinse la nivel național prin implementarea conceptului de „avort în siguranță” și minimalizarea barierelor pentru avortul la cerere, precum și prin simplificarea procedurii de întrerupere a cursului sarcinii [12].

Conform studiilor cercetătorilor moldoveni, pe parcursul anilor, cauzele deceselor materne s-au modificat, dar până în prezent, în multe țări ale lumii, pe primul plan sunt condițiile socioeconomice, inechitatea socială, statutul social vulnerabil al femeii, care influențează graviditatea. Într-un studiu recent de analiză a statutului socioeconomic al femeilor decedate, s-a evidențiat un nivel jos de trai sau lipsa condițiilor de trai în 38,18% din cazuri, prezența violenței în familie în 9,09% din cazuri, proveniența din familii social vulnerabile în 13 (23,64%) cazuri, modul de viață migrator (13%), munca femeilor peste hotare (27%), nesolicitarea ajutorului medical (7%) [12, 20].

Soluționarea problemelor sociale poate contribui la o îmbunătățire semnificativă a tuturor indicatorilor sănătății reproductive, inclusiv ai mortalității materne. Una dintre principalele sarcini în această direcție ar fi colaborarea eficientă, cu accent social, între mai multe ministere, administrația publică locală, asociații și structuri neguvernamentale, având drept țință populația săracă, familiile socialmente dezavantajate, urmărind depășirea problemelor existente.

1.2. Instrumente de identificare a cauzelor și a barierelor în reducerea mortalității materne

De-a lungul anilor, mortalitatea maternă continuă să fie una dintre problemele majore de sănătate publică în țările în curs de dezvoltare. Conform OMS, aproximativ 300 000 de femei decedează anual, ca urmare a sarcinii și a complicațiilor legate de sarcină și naștere. Cifrele disponibile arată că 60% din decesele materne au loc în țările în curs de dezvoltare [334]. Pentru fiecare femeie care decedează ca urmare a sarcinii sau la naștere, încă 20 de femei vor suporta consecințe grave sau cronice de sănătate. Acestea pot avea repercusiuni fizice, psihologice, sociale și economice grave atât pentru femeie, cât și pentru familia ei [301].

Preocupările referitoare la nivelul ridicat al ratelor mortalității materne din țările în curs de dezvoltare au determinat comunitatea globală, prin intermediul OMS, să apeleze la evaluarea cauzelor ce stau la baza deceselor materne și a măsurilor de prevenire a acestor decese. Pentru realizarea obiectivului de diminuare a mortalității materne este imperativ ca amploarea problemei și motivele care stau la baza deceselor materne să fie cunoscute, pentru a ne asigura că politicile bazate pe dovezi și intervențiile necesare sunt adoptate [316, 327].

Parteneriatul OMS pentru sănătatea maternă, neonatală și infantilă susține că principalele cauze ale deceselor materne pot să fie prevenite în mare parte, fiind disponibile intervenții eficiente pentru managementul acestor complicații [323, 329]. Decesele evitabile sunt în mare măsură atribuite unei îngrijiri inadecvate [267]. Toate aceste categorii de cauze oferă o orientare importantă și reprezintă surse fundamentale de informații pentru stabilirea unei baze de consolidare a sistemelor de sănătate. Consolidarea țintită a sistemelor de sănătate se bazează pe o analiză sistematică a evenimentelor ce conduc la decese, pentru a stabili dacă există deficiențe evitabile în asistența medicală. În cazul în care astfel de deficiențe există, identificarea și caracterizarea lor precisă oferă informații necesare pentru abordarea și soluționarea eficientă a problemelor [267, 269].

Elaborarea strategiilor care ar îmbunătăți în mod măsurabil asistența maternă și neonatală reprezintă o prioritate la nivel global. Suportul rațional din partea sistemelor de sănătate salvează vieți, chiar și în țările cu venituri mici, unde resursele sunt limitate [179, 267].

Experiența din ultimele decenii a arătat că nicio intervenție izolată nu este suficientă pentru a îmbunătăți sănătatea mamei și a nou-născutului și pentru a reduce morbiditatea și mortalitatea maternă sau perinatală. Din perspectiva Inițiativei Globale Maternitate fără Risc, una dintre cele mai simple și cost-eficiente intervenții strategice pentru diminuarea deceselor materne și perinatale este îmbunătățirea calității îngrijirilor acordate în instituțiile de sănătate existente [243]. Astfel, accesul femeilor la o asistență medicală de calitate a devenit un imperativ moral și politic [179]. Acest lucru poate fi realizat prin stabilirea unor sisteme eficiente de audit matern și perinatal [142, 252].

Auditul în practica medicală este definit ca o analiză critică și sistematică a calității actului medical, inclusiv a procedurilor utilizate pentru diagnostic și tratament, a utilizării resurselor, rezultatelor ulterioare și a calității vieții pacienților [162]. Un sistem eficient de audit reprezintă un ciclu care constă din identificarea cazurilor, colectarea de informații, analiza rezultatelor, formularea recomandărilor, implementarea modificărilor și reevaluarea activității practice, iar acest ciclu trebuie să fie repetat în mod regulat [169, 216, 229].

Nivelul mortalității materne este un indicator-cheie al calității serviciilor ce oferă o perspectivă pentru evidențierea celor mai eficiente practici medicale în evitarea deceselor materne [339]. Auditul deceselor materne și al cazurilor de proximitate de deces matern este orientat spre schimbarea comportamentului lucrătorilor din serviciile de sănătate, prin examinarea sistematică și critică a calității actului medical. Supravegherea cazurilor de proximitate de deces matern poate furniza informații valide esențiale pentru a stimula și a ghida acțiunile de prevenire a deceselor materne, cu scopul de a îmbunătăți asistența medicală și de a reduce mortalitatea și morbiditatea maternă [327].

În ultimii ani, auditul cazurilor de proximitate de deces matern și al deceselor materne a devenit un concept și un proces esențial în contextul asistenței obstetricale și al altor servicii de sănătate atât în țările dezvoltate, cât și în țările în curs de dezvoltare. Chiar și în țările dezvoltate, unde rata mortalității materne este mult mai mică, acesta a constatat o asistență necorespunzătoare standardelor în 40-60% din cazurile de deces matern [141, 217, 232]. H. Merali et al. (2014) afirmă că activitatea sub standarde a lucrătorilor din serviciile de sănătate reprezintă cel mai important factor evitabil care duce la survenirea deceselor materne și perinatale. Autorii susțin că prezența lucrătorilor medicali la naștere nu asigură de la sine o asistență sigură a femeilor și nou-născuților. Formarea și perfecționarea profesională a personalului este vitală pentru asigurarea respectării standardelor de asistență la fiecare naștere [236]. În mod similar, conform opiniei lui D. Vidyasagar, multiple decese perinatale ar putea fi evitate cu o asistență maternă și neonatală adecvată. Autorul raportează că până la 50% din aceste decese sunt rezultatul unui management deficitar al nașterilor [311].

În țările mai slab dezvoltate, auditul este frecvent utilizat ca o strategie de modificare a calității asistenței medicale acordate pacienților și pentru a identifica comportamentele modificabile ale medicilor, cum ar fi lipsa de cunoștințe, dar și problemele administrative, de aprovizionare, de referire și de transport. Thomson și coaut. concluzionează că auditul poate influența eficient îmbunătățirea activității profesioniștilor din domeniul sănătății [161]. În mod similar, o metaanaliză a impactului asociat cu implementarea auditului perinatal în țările cu venituri mici și medii a demonstrat o reducere cu 30% a mortalității, atunci când soluțiile identificate de procesul de audit au fost asociate cu acțiuni corespunzătoare [288, 322].

Auditul cazurilor de morbiditate obstetricală gravă poate fi o alternativă utilă sau complementară pentru auditul deceselor materne, deoarece poate evidenția elementele pozitive ale asistenței medicale și oferă o oportunitate de a încuraja personalul medical pentru salvarea vieților omenești [269]. Deși acesta a devenit o parte integrantă a îngrijirii medicale în țările industrializate, experiența în țările în curs de dezvoltare este încă limitată, din cauza resurselor

insuficiente, dar și a structurii ierarhice a profesiei medicale, care împiedică procesul uniform de revizuire [267].

Acest instrument oferă un cadru rațional pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale prin evaluarea sistematică a practicilor clinice, contrar standardelor acceptate, cu scopul de a elabora recomandări și intervenții care vizează deficiențele modificabile constatate. Majoritatea auditurilor de mortalitate perinatală în țările în curs de dezvoltare sunt axate pe o singură instituție medicală sau regiune și, până în prezent, factorii evitabili ai deceselor materne și perinatale catalogate în rapoartele existente nu au fost reuniți și analizați printr-un mecanism centralizat [236, 277].

Cazurile de proximitate de deces matern reprezintă complicații acute obstetricale care necesită o intervenție medicală urgentă și care amenință supraviețuirea femeii, dar nu se soldează cu decesul acesteia, fie din întâmplare, fie datorită asistenței medicale pe care o primește în timpul sarcinii, nașterii sau în primele șase săptămâni după finalizarea sarcinii, sau post-partum [268]. Există trei metode esențiale de identificare a cazurilor de proximitate de deces matern: definirea criteriilor clinice asociate cu o afecțiune specifică ca preeclampsia; o intervenție specifică, cum ar fi internarea într-o secție de terapie intensivă sau o procedură ca histerectomia, sau o transfuzie masivă de sânge; disfuncția unui sistem de organe.

Criteriile de includere a morbidității materne acute severe sau a cazurilor de proximitate de deces matern sunt bazate pe criterii clinice specifice validate, cuprinzând cinci categorii de diagnostic: hemoragia (soldată cu șoc, histerectomie de urgență, defecte de coagulare și/sau transfuzie sangvină ≥ 2 litri), dereglările hipertensive în sarcină (eclampsia și preeclampsia severă sau sindromul HELLP, cu indicații clinice/de laborator pentru finalizarea sarcinii, cu scopul de a salva viața mamei), distocia (ruptura uterină și ruptura iminentă, de exemplu nașterea obstructivă prelungită după o operație cezariană anterioară), infecția (hipertermia $> 38^{\circ}\text{C}$ sau hipotermia $< 36^{\circ}\text{C}$, sau o sursă clară de infecție și semne clinice de șoc septic: TA sistolică < 90 mm Hg și tahicardie > 120 bpm) și anemia (nivel jos al hemoglobinei < 60 g/l sau semne clinice de anemie severă la o gravidă/lăuză fără hemoragie severă) [156, 179, 276, 305]. Un caz de proximitate de deces matern descrie o pacientă cu o disfuncție acută a unui sistem de organe care, dacă nu este tratată corespunzător, poate conduce la deces.

În anul 2009, OMS a publicat un consens referitor la definiția și criteriile pentru identificarea cazurilor de proximitate de deces matern, bazate pe disfuncția sistemelor de organe și care permit recunoașterea naturii afecțiunii, importanța relativă, prioritățile emergente și răspunsurile din partea sistemelor de sănătate [251]. Astfel, pentru definirea cazurilor de

proximitate de deces matern și evaluarea calității asistenței medicale, OMS propune următoarele categorii de disfuncții ale sistemelor de organe și criterii de includere [317]:

- *Disfuncție cardiacă:*
 - Edem pulmonar care necesită administrarea continuă a medicamentelor vasoactive sau resuscitare cardiopulmonară (intubare);
 - Hipoperfuzie severă (lactat > 5 mmol/l or > 45 mg/dl);
 - Acidoză severă (pH $< 7,1$);
 - Stop cardiac.
- *Disfuncție respiratorie:*
 - Cianoză acută, gasping, tahipnee severă (frecvența respiratorie > 40 respirații pe minut), bradipnee severă (frecvența respiratorie < 6 respirații pe minut);
 - Intubare sau ventilare ≥ 60 de minute din orice altă cauză decât anestezia;
 - Hipoxemie severă ($\text{SaO}_2 < 90\%$ timp de ≥ 60 de minute sau $\text{PAO}_2/\text{FiO}_2 < 200$).
- *Disfuncție renală:*
 - Oligurie (< 400 ml urină/ 24 de ore) care nu răspunde la administrarea de fluide, diuretice (furosemid) sau dopamină;
 - Dializă pentru insuficiență renală;
 - Azotemie acută severă (ureea serică ≥ 15 mmol/l, creatinină serică ≥ 300 $\mu\text{mol/ml}$ sau $\geq 3,5$ mg/dl).
- *Dereglări de coagulare/hematologice:*
 - Trombocitopenie acută severă ($\text{Tr} < 50\,000/\text{ml}$), care necesită transfuzie de masă trombocitară;
 - Transfuzie masivă de sânge sau masă eritrocitară (≥ 5 unități).
- *Disfuncție hepatică:*
 - Icter în prezența preeclampsiei, hiperbilirubinemie acută severă (bilirubina > 100 $\mu\text{mol/l}$ sau $> 6,0$ mg/dl).
- *Disfuncție neurologică:*
 - Stare prelungită de inconștiență (≥ 12 ore) / comă (inclusiv comă metabolică);
 - Accident vascular cerebral (hemoragie subarahnoidală/intracerebrală);
 - Convulsii incontrolabile/status epilepticus;
 - Paralizie totală.
- *Disfuncție uterină:*
 - Hemoragie uterină sau infecție care necesită histerectomie.

- *Complicații materne severe:*
 - Hemoragie post-partum severă;
 - Preeclampsie severă;
 - Eclampsie;
 - Sepsis sau infecție sistemică severă;
 - Ruptură uterină;
 - Complicații severe ale avortului.
- *Intervenții critice sau utilizarea serviciului de terapie intensivă:*
 - Internare în secția de terapie intensivă;
 - Radiologie intervențională;
 - Laparotomie (inclusiv histerectomie, se exclude operația cezariană);
 - Administrarea produselor sangvine.

Prezența unui criteriu din cele descrise mai sus, în timpul sarcinii, din momentul concepției și până la 42 de zile după naștere, constituie un caz de proximitate de deces matern. Aplicarea acestei clasificări are avantaje și dezavantaje, dar oferă un șir de criterii consecvente, validate și care pot fi aplicate atât în instituțiile cu o situație financiară generoasă, cât și în cele cu resurse limitate [317].

OMS recomandă ca acest sistem de clasificare să fie adoptat de toate țările, iar abordarea cazurilor de proximitate de deces matern să fie inclusă în programele naționale și să fie efectuată în cele trei etape descrise pentru îmbunătățirea continuă a sănătății materne. Această abordare permite compararea datelor în timp între diverse instituții, regiuni și chiar între diferite țări [251].

Problema sănătății mamei și a copilului reprezintă o prioritate strategică pentru sistemul de sănătate din RM. Angajamentul țării noastre pentru consolidarea continuă a serviciului în sănătatea mamei și a copilului este motivat de ODM (Hotărârea Guvernului nr. 288 din 15 martie 2005) și de Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate în perioada 2008–2017 [34]. Evoluția oscilatorie a coeficientului mortalității materne relevă faptul că acțiunile realizate până în prezent în sistemul de sănătate nu sunt eficiente și durabile [57].

Pentru evaluarea calității actului medical în serviciile obstetricale și neonatale, în RM, cu suportul Biroului European și al OMS, a fost creat și implementat auditul confidențial al mortalității materne, perinatale și al cazurilor de proximitate de deces matern. Implementarea auditului proximității deceselor materne a fost efectuată în baza Ordinului MS nr. 330 din 04.10.2005 și Ordinului nr. 248 din 16.06.2006, inițial în trei instituții-pilot (IMSP IMC, IMSP SCM nr 1. Chișinău și CP Bălți) și cu extinderea ulterioară în toate CP de nivelul II, având drept

scop final îmbunătățirea calității asistenței medicale în cadrul instituțiilor, în special a conduitei complicațiilor obstetricale majore [37].

În continuare, Moldova a implementat politici esențiale orientate spre asigurarea unor servicii perinatale calitative, printre care cele mai importante sunt sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală (anul 2004) și sistemul regionalizat de asistență perinatală în trei niveluri, ce oferă intervenții de bază și comprehensive pentru asigurarea unei sarcini și unei maternități în condiții sigure [87].

În 2005 a fost introdus conceptul de „audit confidențial al fiecărui caz de deces matern” la nivel național – *Ancheta Confidențială de analiză a cazurilor de deces matern* [8]. Prin acest instrument pot fi identificate cauzele reale ale deceselor materne, ale celor medicale și nemedicale (sociale, familiale etc.); pot fi evaluate științific cazurile de deces matern; pot fi identificați factorii de îngrijiri necorespunzătoare standardelor la nivel de comunitate și la nivel de instituții medicale; se pot formula recomandări realiste de creștere a calității îngrijirilor acordate femeilor gravide, parturientelor și lăuzelor în RM; poate fi monitorizată implementarea recomandărilor și asigurată participarea intersectorială la implementarea lor [21, 60, 74]. Concomitent, a fost implementat conceptul „maternitate prietenoasă familiei” prin aplicarea unor tehnologii noi și cost-eficiente [62], care urmau să contribuie în mod direct la îmbunătățirea sănătății materne.

În urma implementării *Programului național de ameliorare a asistenței medicale perinatale în anii 1997–2002*, coeficientul mortalității materne în RM a fost puțin în descreștere, constituind în anul 2002 cifra de 28 de decese la 100 000 de nou-născuți vii, datorită ameliorării serviciului de planificare familială și, în opinia MS, ca urmare a sporirii responsabilității medicilor obstetricieni-ginecologi față de conduita sarcinii [55].

Academicianul Gh. Paladi accentuează în cercetările sale faptul că în RM au fost întreprinse un șir de acțiuni orientate spre ameliorarea situației în domeniul sănătății mamei și copilului: au fost implementate programe naționale și de ramură, a fost creat sistemul regionalizat de asistență medicală perinatală de trei niveluri, scopul principal al acestora fiind reducerea mortalității materne și celei perinatale [73].

În urma implementării Programelor în Sănătate Perinatală (anii 1998–2002; 2003–2007) au fost realizate un șir de activități care au avut impact esențial asupra calității și cost-eficienței serviciilor prestate în maternități:

- formarea și implementarea sistemului regionalizat de asistență perinatală din trei niveluri;
- dotarea centrelor perinatologice din republică cu echipament medical;

- elaborarea politicilor naționale privind asistența perinatală și elaborarea protocoalelor naționale în asistența perinatală, bazate pe dovezi științifice;
- instruirea cadrelor medicale în subiectele actuale ale asistenței perinatale, în managementul calității și în medicina bazată pe dovezi, ce s-a desfășurat în paralel cu implementarea tehnologiilor cost-eficiente, recomandate de OMS, în activitatea maternităților și a sectorului de asistență medicală primară;
- formarea sistemului de monitorizare a calității serviciului perinatal în toate maternitățile republicii, în cadrul căruia sunt monitorizate trimestrial mortalitatea perinatală și lunar maladiile cu risc de deces matern și neonatal;
- implicarea comunității în soluționarea problemelor de sănătate perinatală [20].

În continuare, Guvernul RM a întreprins mai multe măsuri fundamentale pentru ramura sănătății. Au fost adoptate Politica Națională de Sănătate a RM pentru anii 2007–2021 și Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate pentru anii 2008–2017, cu acțiuni prioritare în sănătatea mamei și a copilului. Strategia Națională a Sănătății Reprodusei pentru anii 2005–2015 a concentrat atenția asupra planificării familiei, maternității fără risc, sănătății sexual-reproductive a adolescenților și tinerilor, sănătății sexual-reproductive a bărbaților, avortului și serviciilor de întrerupere a sarcinii [32].

Totodată, cercetătorii moldoveni constată cu regret faptul că indicatorii se află mult sub nivelul țărilor europene, înregistrându-se chiar o creștere a coeficientului mortalității materne, începând cu anul 2008 (33,0‰ în 2000; 18,6‰ în 2005; 16‰ în 2006; 15,6 ‰ în 2007; 38,4‰ în anul 2008), iar analiza detaliată a demonstrat ineficiența măsurilor organizatorice, mai ales la nivelul primar, pe parcursul sarcinii, în timpul nașterii și în perioada de lăuzie [73].

1.3. Factorii determinanți în asigurarea calității serviciului de asistență medicală a mamei și a copilului

Actualmente, la nivel global se constată o criză a numărului și a calității pregătirii resurselor umane în medicină. Cantitativ se estimează o insuficiență de peste 4,3 mil. medici, asistenți medicali, moașe și personal tehnic. Dintre țările cu necesități de personal medical face parte și RM [320, 332]. S-a constatat că asigurarea cu lucrători medicali sub 2,5 specialiști (se iau în considerație doar medicii, asistenții medicali și moașele) la 10 000 de locuitori pune în pericol asigurarea asistenței medicale la naștere și imunizarea a mai puțin de 80,0% din populație, creând un declin considerabil, greu de recuperat [192, 256, 292, 320, 325, 332].

Rezultatele activității sistemului de sănătate, inclusiv a serviciului de asistență medicală a mamei și copilului, influențează în mod direct indicatorul important pentru dezvoltarea societății, cum este mortalitatea maternă, ce depinde, în mare măsură, de cadrele medicale. Cercetările efectuate sub egida UNICEF și OMS au demonstrat existența unei corelații directe între asigurarea cu cadre medicale, pregătirea lor profesională, accesul populației la serviciile medicale și nivelul mortalității materne [318].

Majoritatea cazurilor de decese materne survin în instituțiile medicale mici de primul nivel, prost echipate, cu un potențial insuficient de cadre și resurse, care cu timpul devin periculoase, pe motiv că nu pot garanta asistență de calitate în cazurile cu prezența riscului obstetrical, cu apariția unor complicații imprevizibile.

În diferite țări, pentru pregătirea, angajarea, salarizarea, motivarea, perfecționarea cunoștințelor lucrătorilor medicali se alocă de la 30,0% până 80,0% din cheltuielile în sănătate [192, 256, 323].

Asigurarea cu medici în UE este de 33 la 10 000 de locuitori, iar cu asistenți medicali – de 82,3 la 10 000 de locuitori. Se estimează că țările UE se vor confrunta cu o insuficiență de aproximativ 1 mil. de lucrători medicali către anul 2020 [256, 260, 318, 320, 346]. În România, asigurarea cu medici este mult sub nivelul mediu din UE – 22,5, iar asigurarea cu asistenți medicali este de 56,6 la 10 000 de locuitori, fapt care a creat condiții favorabile pentru migrarea forței de muncă din RM. Asigurarea cu medici în Moldova are un nivel mai scăzut decât în UE și constituie 31,3 la 10 000 de locuitori, cu asistente medicale – 75 la 10 000 de locuitori [1, 318, 320]. În anul 2010, asigurarea cu obstetricieni-ginecologi la 10 000 de locuitori în Federația Rusă era de 5,1, în SUA – de 2,6, iar în Canada – de 2,9 [11].

Studiile efectuate relatează pentru RM un număr insuficient de medici obstetricieni-ginecologi – 1,8 la 10 000 de locuitori – și solicită întreprinderea unor măsuri concrete pentru asigurarea cu cadre de obstetricieni-ginecologi a instituțiilor publice din țară [190, 264]. Asigurarea suficientă cu cadre medicale este importantă nu doar pentru satisfacerea necesităților populației, dar și pentru distribuirea uniformă a medicilor-specialiști (medicină primară/specializată/sănătate publică) în mediul urban și în cel rural, în zonele izolate sau greu accesibile [1, 163, 194, 260, 292, 320, 323, 346].

Majoritatea țărilor înregistrează o distribuire teritorială neuniformă a lucrătorilor medicali, caracterizată printr-un raport neechilibrat, cu predominare în mediul urban și deficit în mediul rural [163, 170, 250, 266]. Pentru a dovedi acest fapt, pot fi folosite diferite metode și indicatori: aprecierea densității lucrătorilor medicali în mediul urban/rural, posturile vacante, rata șomajului în domeniu, coeficientul de cumulare etc. De obicei, se calculează media pe țară, care

nu arată situația reală, iar prin aceasta se ascunde inegalitatea în asigurarea cu lucrători medicali în diferite teritorii. În acest sens, unele studii au constatat că 30,0% din asistentele medicale din Bangladesh activează în doar patru raioane, unde trăiesc doar 15,0% din populația țării. În Africa de Sud, în mediul rural locuiesc 46,0% din totalul populației, dar aceștia sunt asigurați cu numai 12,0% din numărul de medici și cu 19,0% din numărul de asistente medicale. În Kenya, 64% din medicii-specialiști sunt concentrați în capitala țării, Nairobi, ce reprezintă doar 7,5% din populația generală [42, 110].

În SUA, 9% din medicii înregistrați practică în mediul rural, pe când populația rurală constituie 20% din totalul locuitorilor. În Franța există inegalități mari în ce privește densitatea medicilor de familie. Zonele din sudul Franței și Parisul sunt mult mai bine asigurate cu medici decât centrul sau nordul Franței. În timp ce mediul rural în Canada reprezintă 99,8% din teritoriu și 24,0% din populație, doar 9,3% din medici acordă servicii de sănătate în regiunile rurale. Deficitul de lucrători medicali în mediul rural din țările dezvoltate servește ca factor de atracție pentru lucrătorii medicali din țările în curs de dezvoltare, care după migrare creează consecințe grave pentru țările de origine [192, 211, 260].

Conform studiilor efectuate în RM, distribuția lucrătorilor medicali este de asemenea neuniformă și comparabilă cu tendințele globale, existând un dezechilibru în repartizarea lucrătorilor medicali între orașe și sate (urban/rural) și regiunile de dezvoltare (Nord, Centru și Sud) [286, 346].

O altă problemă contemporană la nivel internațional și local este migrația forțelor de muncă, inclusiv a persoanelor cu studii medicale. Cercetările efectuate de OECD și OMS au demonstrat că țările cu o migrație generală sporită au și o migrație înaltă a lucrătorilor medicali. În ultimii 10 ani a crescut imigrarea personalului medical în țările OECD. În SUA, numărul medicilor imigranți care au obținut dreptul de a fi înregistrați în registrul national al medicilor a crescut cu 70,0% în perioada 2000–2008 [220, 324].

Cercetările din diferite țări demonstrează creșterea ponderii medicilor imigranți: în Australia, numărul acestora a crescut de două ori, în Canada s-a mărit cu 40,0%, iar în Elveția s-a majorat cu 70,0% numărul medicilor cu drept de practică, pe durată lungă, imigranți din Germania [45, 130, 171, 188, 245].

În țările dezvoltate, migrația lucrătorilor medicali cu studii medii (asistenți medicali, moașe, nurse etc.) este mai joasă decât a medicilor, de exemplu: în Suedia doar 3,0% dintre asistenții medicali sunt imigranți, în comparație cu 18,0% de medici, raportul fiind de 1,0:6,0. Aceeași situație se atestată în mai multe state OECD, cu excepția Irlandei, unde aproape 47,0% din asistenții medicali și 36,0% din medici sunt imigranți. În anii 2001–2007, în Australia

numărul de asistenți medicali imigranți a crescut de șase ori, în Canada – de trei ori, iar în SUA – de patru ori [246, 247].

Conform unor studii, migrația personalului medical afectează performanțele sistemului de sănătate în ambele țări – de origine și de destinație – prin schimbarea structurii angajaților. De asemenea, migrația medicală afectează și deprinderile practice ale personalului medical, precum și distribuția lor neuniformă în teritorii [139, 151, 152, 172, 207].

Unii cercetători (Lesniowska, Mareckova, Hyde) menționează că mobilitatea medicală nu poate fi separată de alți factori care afectează resursele umane din sănătate, cum ar fi: globalizarea, tehnologiile noi, feminizarea forței de muncă, limitarea posibilităților de instruire și calitatea lor, condițiile de muncă nefavorabile și altele. Acești factori contribuie și la mobilitatea lucrătorilor medicali, și la apariția unor probleme contemporane în domeniul resurselor umane din sectorul sănătății [180, 182, 341].

Amploarea migrației medicale determină impactul asupra sistemului de sănătate. Dimensiunile acestui fenomen sunt puțin cunoscute și insuficient studiate. Nu există un mecanism complex de evidență a datelor referitor la migrația medicală în UE și nu este bine monitorizat fluxul migrațional în cadrul și în afara UE. Pentru prioritizarea acțiunilor necesare în redresarea problemelor în domeniu, migrația medicală trebuie examinată în cadrul complexului de probleme ce afectează forța de muncă în sănătate – distribuția neuniformă teritorială a resurselor umane, insuficiența cadrelor medicale, instruirea lor etc. [219, 231].

Rapoartele autohtone arată că RM este o țară-sursă de pregătire a personalului medical pentru mai multe state din UE (care emigrează masiv din republică), fapt ce pune în pericol activitatea instituțiilor medico-sanitare și a sistemului de sănătate [186, 197, 241, 321].

Pregătirea calitativă a forței de muncă este una dintre cele mai importante provocări pentru sistemele de sănătate. Menținerea unui echilibru în ceea ce privește numărul, diversitatea și competențele forței de muncă necesită o înțelegere aprofundată a schimbărilor generale cu care se confruntă sistemele sănătății și educației, precum și piețele forței de muncă [10, 183, 195, 205, 258]. Unii cercetători (Jamshidi, Hem, Jones, Dondiu) menționează că actualmente a apărut necesitatea definirii clare a rolului instituțiilor de învățământ medical, a eficientizării acestora, pentru a răspunde la necesitățile contemporane în pregătirea și formarea continuă a cadrelor medicale [168, 191, 203, 208, 209, 211].

Importanța resurselor umane pentru funcționarea sistemului de sănătate este argumentată de asemenea prin problemele și provocările existente în domeniu la nivelele global, regional și național. Aceste probleme sunt comune pentru oricare nivel (macro- sau micro-) al instituțiilor medico-sanitare din sistemul de sănătate. Astăzi, insuficiența cadrelor medicale este o problemă

de importanță majoră pentru managerii sistemului de sănătate, dar și distribuirea neuniformă, migrația personalului medical, gradul de competență și performanță depind, în mare parte, de nivelul de instruire și educație medicală continuă, precum și de managementul aplicat în instituție. Îmbătrânirea personalului medical este unul dintre elementele care trebuie examinate în contextul factorilor alarmanți. Numărul persoanelor tinere în Europa scade, respectiv scade și numărul potențialilor candidați de a ocupa locurile vacante din sistemul de sănătate [180, 182, 341].

Un alt aspect important pentru menținerea personalului medical o reprezintă asigurarea condițiilor de lucru. Necesitățile și așteptările angajatului trebuie respectate. Satisfacerea cerințelor minime privind condițiile la locul de muncă determină motivarea pentru atingerea rezultatelor scontate. Deci, forța unei necesități este definită, pe de o parte, de locul ocupat în ierarhie, iar pe de altă parte, de măsura în care au fost satisfăcute necesitățile anterioare. Astfel, asigurarea condițiilor de lucru face parte din necesitățile de securitate, menționate de Maslow, sau din factorii igienici ai lui Herzberg [42, 43, 110, 191, 208, 345].

Integrarea personalului în procesul de muncă trebuie să înceapă cât mai rapid din momentul angajării la serviciu [42]. Unii autori consideră că integrarea personalului este importantă, deoarece reduce costurile abandonului timpuriu. Demisiile timpurii perturbază și creează costuri de recrutare și selecție, de integrare, de instruire și costuri de productivitate mai scăzute, care pot fi considerabile. Costul pentru un angajat profesionist ar putea fi de 75,0% din salariul anual. Pentru un lucrător de nivel mediu, costul ajunge la 50,0% din salariu. Acest lucru vizează primirea nou-veniților, informațiile inițiale pe care ei le primesc când se alătură instituției, modul în care angajații sunt prezentați la locul de muncă [44, 193, 233].

Mediul organizațional pozitiv vine în ajutorul angajaților, încât aceștia să-și îndeplinească obligațiunile profesionale în condiții cât mai favorabile. Permanent trebuie să fie analizați factorii ce afectează comportamentul lor. Scopul este de a oferi o bază pentru dezvoltarea unor politici și practici de resurse umane care vor conduce la îmbunătățirea capacităților instituției. În literatura de specialitate sunt descrise următoarele caracteristici ale comportamentului organizațional: un mod de gândire despre angajați, orientare umanistă, multidisciplinar, orientat spre performanță, cu utilizarea metodelor științifice [235, 347].

Salarizarea personalului este categoria cu cele mai mari obligații pe care le are angajatorul față de angajat. Îndeplinirea acestei îndatoriri presupune, pentru majoritatea angajatorilor, cele mai mari cheltuieli aferente activității. De obicei, salariile și costurile aferente acestora în sistemul sănătății constituie până la 60,0% din costurile totale de cheltuieli ale instituțiilor medico-sanitare.

Managementul recompenselor se ocupă cu formularea și implementarea strategiilor și politicilor în scopul de a recompensa angajații corect, echitabil și consecvent, în conformitate cu valoarea lor în cadrul organizației. De asemenea, are ca obiectiv dezvoltarea strategiilor de salarizare și de design, implementarea și întreținerea sistemelor de recompensare, în scopul de a satisface atât nevoile organizației, cât și pe cele ale părților interesate. Recompensa poate fi considerată ca o expresie fundamentală a relației de muncă [261]. Un element important este funcționarea transparentă – angajații trebuie să înțeleagă modul în care funcționează procesele de recompensă și modul în care ei pot influența acest proces [138, 150, 196, 200].

Motivarea personalului face parte din procesul de selecție, orientare și menținere a comportamentului uman. Climatul organizațional este dificil de măsurat, observarea simptomelor lui (fluctuația de personal, prezența la lucru, relațiile de muncă) indică apariția unor probleme care sunt semne ale unei motivări reduse a personalului. Faptul că cineva este motivat de salariu nu este mai puțin onorabil decât că cineva este motivat de posibilitatea de a se califica mai bine. Importantă este productivitatea angajatului [4, 19, 296, 297].

Finanțarea actuală a serviciului ocrotirii sănătății mamei și copilului în RM nu acoperă nici pe departe necesitățile existente și denotă lipsa statutului prioritar al acestui sector în sistemul de management financiar, atât la nivel de instituție, cât și la nivel central (CNAM). Actualmente, medicii obstetricieni-ginecologi, neonatologi și pediatri au unele dintre cele mai mici salarii. Pentru îmbunătățirea reală a calității serviciilor prestate mamei și copilului, este nevoie de a revedea finanțarea acestui serviciu, fapt pentru care e necesar de a mări de două ori finanțarea cazului tratat, cu întocmirea unei finanțări separate, similare medicinei primare și celei de urgență. Pentru schimbarea stării de lucruri în domeniu, un pas următor ar fi echivalarea salariilor medicilor obstetricieni-ginecologi, neonatologi și pediatri cu cel al medicului de familie. Dacă nu se vor întreprinde măsuri de urgență, în următorii ani vom avea un deficit de cadre în sistem, care deja se resimte [13, 168].

Motivarea personalului se preocupă de potențialul, comportamentul și factorii care îi influențează pe angajați să se comporte în anumite moduri [2]. Automotivarea presupune stabilirea direcției independente și întreprinderea măsurilor pentru a ne asigura că vom ajunge la cele prevăzute. Angajații sunt motivați atunci când știu că unele acțiuni vor conduce la atingerea obiectivului scontat și la o recompensă de care au nevoie și o doresc [4, 91]. Din automotivare și din rezultatul eforturilor managerului de a crea un climat adecvat în organizație se obține o motivare adevărată. Aceste eforturi constau în acțiunea asupra a trei factori care determină motivarea angajaților: capacitatea de muncă, dorința de a lucra și recompensele primite [7, 104].

Dezvoltarea angajaților este o parte componentă a managementului resurselor umane ale instituției. Dacă o instituție nu are un plan bine gândit pentru dezvoltarea angajaților, atunci ea stagnează și chiar involuează. Perfecționarea cunoștințelor și deprinderilor lucrătorilor medicali la un nivel corespunzător este o necesitate permanentă, având în vedere că dezvoltarea angajaților influențează direct asupra performanței instituției.

Educația medicală continuă se referă la activitatea de dezvoltare a personalului medical. Cadrul normativ/legal prevede obligativitatea perfecționării continue a cunoștințelor de către cadrele medicale și obligativitatea managerilor de a crea condiții și de a contribui, inclusiv financiar, la perfecționarea cunoștințelor și deprinderilor angajaților. Educația medicală continuă este o componentă din triada formării profesionale medicale: educația medicală de bază, studiile postuniversitare și educația medicală continuă [19].

Schimbările survenite în ultimii ani în demografie și morbiditate, creșterea așteptărilor pacienților, progresele medicale, asistența medicală înalt tehnologizată, dezvoltarea mijloacelor de comunicare electronică, precum și libera mișcare a medicilor între țări creează tot mai multe probleme pentru dezvoltarea profesională continuă a medicilor-practicieni. Educația medicală continuă este un instrument de bază, care trebuie să pregătească medicii pentru depășirea acestor provocări [47, 94, 155, 315].

Altă caracteristică – promovarea personalului – se referă la intenția organizației de a promova angajații, pentru a satisface cerințele sale de personal de înaltă calitate. Politica cu privire la promovare trebuie să definească clar abordarea organizației în angajarea, promovarea și instruirea lucrătorilor săi. Criteriul de bază pentru selectare sau promovare este capacitatea de a îndeplini obligațiunile profesionale la un nivel înalt [189].

În RM s-a creat o situație dificilă în asigurarea cu cadre de medici obstetricieni-ginecologi a teritoriilor administrative rurale, care numai în anul 2014 au avut nevoie de 75 de specialiști. Anual absolvesc studiile de rezidențiat în obstetrică și ginecologie în jur de 13 medici, însă au dorit să se angajeze în câmpul muncii în țară numai 40% din specialiști, majoritatea lor în capitală. Astfel, se constată un indicator redus de asigurare cu medici obstetricieni-ginecologi și se resimte o insuficiență acută a acestor cadre, mai ales pentru localitățile rurale [11, 13].

În secolul al XXI-lea au avut loc multe schimbări ce au modificat profund modul și viteza cu care oamenii comunică, lucrează, călătoresc. Aceste schimbări au îmbunătățit considerabil calitatea vieții, dar au făcut ca necesitățile oamenilor să fie mai complexe. Metodele curente de organizare și acordare a asistenței medicale nu pot să satisfacă așteptările pacienților și familiilor lor, pentru că știința și tehnologiile implicate în asistența medicală – cunoștințele, capacitățile,

intervențiile, echipamentele și medicamentele – au avansat mai rapid decât capacitatea instituțiilor medicale de a le presta în mod sigur, eficient și efectiv [157].

Odată cu dezvoltarea tehnologiilor și progresul în medicină, a apărut și necesitatea de a adapta sistemele de sănătate noilor cerințe. Scopul managerilor de spitale a devenit găsirea unui echilibru cât mai armonios între resurse și posibilitățile existente, astfel încât acestea să corespundă necesităților pentru servicii de sănătate calitative ale populației și utilizării eficiente a resurselor disponibile. Astfel, în domeniul managementului spitalicesc au fost elaborate și puse în aplicare mai multe metode și tehnici organizate în contextul conceptului de optimizare [224].

Una dintre provocările fundamentale în managementul serviciilor de sănătate este obținerea unei utilizări eficiente a resurselor scumpe, menținând, în același timp, sau îmbunătățind calitatea asistenței acordate. În multe țări ale lumii, această provocare devine tot mai dificilă: guvernele tind să reducă din costul bugetelor pentru sănătate, în timp ce populația – mai ales persoanele vârstnice – solicită servicii tot mai multe și mai complexe. Ținând cont de prognozele demografice referitor la îmbătrânirea populației globale, în deceniile următoare prestația de servicii specifice vârstei a treia va fi foarte solicitată [22], în detrimentul altor categorii de populație.

Optimizarea asistenței medicale reprezintă aplicarea unor anumite tehnici bine elaborate de management și de organizare a fluxului pacienților în spitale, precum și a unor facilități destinate pacienților și practicilor medicale eficiente. Acest proces este crucial pentru asigurarea calității, securității și eficienței serviciilor medicale [224]. Astfel, sporește accesul pacientului la facilitățile existente, pentru a asigura că acesta beneficiază de ele la maxim, în același timp evitând construirea unor noi facilități și utilizarea unor resurse suplimentare. Aceasta urmărește modificarea fluxului de pacienți de la unul cu decalaje de aglomerare și pacienți puțini la unul constant, neaglomerat, și îmbunătățește calitatea serviciilor acordate și experiența pozitivă a pacienților [222, 224].

Înțelegerea nevoilor este un prim pas esențial pentru procesul de optimizare: nevoia de paturi, de proceduri, de anumiți medici-specialiști. Dacă nevoia este identificată corect, atunci cererea poate fi adaptată și planificată cu precizie, pentru a obține rezultatul dorit [222, 224]. Practica din spitalele americane demonstrează că optimizarea ratei de folosire a paturilor spitalicești este o metodă extrem de eficientă pentru asigurarea unui flux de pacienți constant și neaglomerat și pentru economisirea resurselor spitalului. În aceste condiții, sarcina de lucru a medicilor are un volum optim, ceea ce asigură calitatea asistenței acordate. Cercetările arată că erorile în acordarea asistenței medicale se înregistrează în situațiile cu flux aglomerat de pacienți, care sunt stresante și solicitante pentru medici, deseori într-un număr insuficient și nevoiți să

lucreze în program prelungit [221, 223]. Maternitățile construite în perioada sovietică în țările fostei URSS, cu un număr mare de paturi, prevăzute pentru un volum mare de nașteri (situație existentă în anii 1984–1989), s-au dovedit ineficiente și costisitoare [72].

Totodată, practica din maternitățile din RM, în care se înregistrează o naștere timp de 24 de ore sau mai puțin, demonstrează că lipsa pacientelor și volumul insuficient de muncă afectează calitatea serviciilor medicale. Sarcina de lucru redusă nu motivează medicii să-și perfecționeze cunoștințele, abilitățile profesionale se reduc și în aceste condiții crește riscul unor erori medicale [11, 13, 16, 17, 72, 93, 101, 111, 121, 127]. În același timp, maternitățile din țara noastră, cu un număr redus de nașteri, întâmpină dificultăți financiare pentru întreținerea numărului de paturi, insuficiență de utilaje și echipamente medicale. Problema aceasta a devenit și mai acută odată cu reforma de autogestionare a spitalelor, în condițiile de prestare a serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii [17, 18].

Managementul eficient al fluxului de pacienți a devenit o problemă urgentă în multe spitale din diverse regiuni ale lumii. Aglomerarea secțiilor de internare și a departamentelor de urgențe, deficitul de personal medical, rezultatele tratamentelor, ratele de complicații apărute, chiar și ratele de mortalitate sunt asociate de cercetători cu deficitul de paturi spitalicești și cu stresul creat de volumul mare de pacienți, la care sunt expuși medicii în perioadele aglomerate. Mai mult decât atât, ca urmare a ineficienței și fluxului instabil de pacienți, sistemele de sănătate se confruntă în prezent cu unele provocări economice care nu s-au înregistrat în trecut [222, 223].

În multe țări, infrastructura instituțională este menținută la un nivel insuficient, utilajul existent nu funcționează, aprovizionarea cu medicamente și consumabile nu este sigură. În unele țări, în lista medicamentelor existente nu sunt incluse și, respectiv, nu sunt disponibile preparatele obstetricale esențiale. Planificarea învechită a clădirilor și structura inadecvată, insuficiența de utilaj și dispozitive medicale limitează posibilitățile funcționale ale unităților medicale și nu pot preveni apariția riscurilor și iatrogeniei [341].

Spitalele moderne sunt instituții complexe, cu probleme de planificare comprehensive și interconectate. Tehnologiile informaționale, la fel ca și în alte domenii, devin instrumente de neînlocuit, ce oferă un suport vital pentru activitățile de planificare și luare a deciziilor la toate nivelurile – de la activități cotidiene până la cele strategice [140]. Totuși, există puține spitale care aplică tehnologiile moderne în activitățile lor, fie din insuficiența resurselor financiare, fie din necunoaștere și din lipsa de încredere. Rolul tehnologiilor în procesul de optimizare a sistemului de sănătate este indiscutabil, având un potențial ce merită să fie explorat, în scopul utilizării eficiente a timpului, a resurselor umane și financiare [222, 224, 265]. Astăzi,

dezvoltarea tehnologică face posibilă diverse realizări în medicină, care până nu demult păreau imposibile [157].

În condițiile serviciului de asistență a mamei și copilului din RM, identificarea nevoilor trebuie fundamentată, în primul rând, pe situația demografică actuală și pe prognozele pentru următoarele decenii – numărul scăzut de nașteri din ultimul deceniu deja semnalează ineficiența maternităților în unele centre raionale și necesitatea de a revedea numărul paturilor spitalicești [16, 17]. Una dintre principalele priorități ale sănătății mamei și copilului trebuie să devină asistența perinatală, acordând întâietate măsurilor profilactice, în scopul asigurării unei maternități fără risc. Menținerea sănătății perinatale și optimizarea îngrijirilor medicale în sarcină, naștere și în perioada neonatală sunt factorii esențiali în menținerea sănătății populației [86].

Serviciul de asistență medicală perinatală, ca parte componentă a sistemului de sănătate din republică, organizat în baza serviciilor obstetricale și neonatologice, a devenit un sector managerial bine conturat în perioada 1998–2007. Crearea serviciului perinatal din țară a fost posibilă, în mare măsură, datorită strategiilor prioritare ale Guvernului RM în asistența mamei și copilului, care au fost promovate prin intermediul Programelor Naționale: „Fortificarea asistenței medicale perinatale în RM”, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1171 din 18 decembrie 1997 și ordinul MS nr. 58 din 25.02.1998 (1998–2002), „Promovarea serviciilor perinatale de calitate” (2003–2007), aprobat prin ordinul MS și PS nr. 185 din 18.06.2003, precum și al inițiativei OMS „Graviditate fără risc” (2002–2006), în cadrul căreia RM a fost țară-pilot [65, 68, 84].

Scopul principal al reformelor propuse era atingerea accesului maximal la servicii medicale de calitate al femeilor, în special al celor din păturile socialmente vulnerabile și din sectorul rural, disponibilizarea serviciilor de urgență și a celor specializate pentru femeile gravide și copiii lor. Scopurile propuse vizau și cadrele medicale, de la care se aștepta o schimbare comportamentală axată pe interesele pacientului, aplicarea tot mai largă a tehnologiilor cost-eficiente, bazate pe dovezi științifice, în asistența medicală perinatală, creșterea capacităților profesionale. În mare măsură se miza și pe dotarea respectivă cu echipament medical a maternităților din republică, pentru sporirea posibilităților curative și de diagnostic [87].

Obiectivele programului în prima etapă de implementare („Fortificarea asistenței medicale perinatale în RM”, 1998-2002) constau în: Reducerea mortalității perinatale de la 15,2‰ până la 12‰ către anul 2003; Reducerea mortalității neonatale timpurii de la 7,8‰ până la 6,0‰ din contul reducerii: hipoxiei intrauterine, infecțiilor intrauterine, complicațiilor respiratorii atribuite prematurității (SDR); Reducerea mortalității materne de la 40,2 la 100 000

de nou-născuți vii până la 20; Constituirea unui sistem regionalizat de asistență medicală neonatală; Implementarea tehnologiilor promovate de OMS la toate nivelurile de asistență medicală perinatală [35, 38].

Obiectivele programului în etapa a II-a de implementare („Promovarea serviciilor perinatale de calitate”, 2003-2007) au fost următoarele: Reducerea ratei mortalității materne cu 30% către anul 2007 și a ratei mortalității perinatale cu 30% către anul 2007; Reducerea ratei mortalității neonatale timpurii cu 30% către anul 2007 și a ratei de mortinatalitate de la 7,2 până la 5 la 1000 de nou-născuți [8, 35, 59, 80].

Strategiile programului în etapa a II-a de implementare au inclus: Definitivarea și optimizarea funcționării sistemului regionalizat de asistență medicală perinatală; Instruirea continuă a personalului medical în subiectele asistenței medicale ante-, intra- și neonatale, cu axarea pe componenta aplicativ-practică; Implementarea medicinei bazate pe dovezi științifice în asistența medicală perinatală; Definitivarea sistemului de supraveghere și monitoring perinatal bazat pe principiile managementului calității totale (TQM); Asigurarea cu aparataj medical a CP de nivelul I; Implicarea familiei și a comunității în fortificarea asistenței medicale perinatale.

La începutul noului mileniu s-au depus eforturi considerabile în vederea restructurării și fortificării calității serviciului perinatal din republică. În anul 2001 a fost elaborată și publicată politica națională privind asistența medicală perinatală, inclusă în două ghiduri naționale de perinatologie. În anul 2002 a fost finalizat procesul de regionalizare a sistemului. În prima fază a implementării programului național de perinatologie (1998–2002) au fost pregătite circa 7000 de cadre medicale (medici de familie, obstetricieni, neonatologi, moașe, asistente medicale și manageri ai serviciului perinatal) în implementarea tehnologiilor noi, bazate pe dovezi științifice, și recomandate de OMS în asistența medicală acordată femeii gravide și nou-născutului [68, 86].

Măsurile pe termen lung, menite să amelioreze substanțial sănătatea reproducerii și sănătatea maternă în țară, au fost expuse mai apoi în Strategia Națională a Sănătății Reproducerii pentru anii 2005–2015. Obiectivele generale ale Strategiei sunt reducerea morbidității și a mortalității materne și perinatale prin ameliorarea calității și creșterea accesibilității serviciilor medicale [82].

Îmbunătățirea sănătății materne a fost promovată pe termene de durată și prin aprobarea de către guvern a Politicii Naționale de Sănătate a RM pentru anii 2007–2021, în care se prevede asigurarea tuturor femeilor gravide, indiferent de originea etnică, statutul social și marital, apartenența politică și religioasă, precum și a nou-născuților cu acces echitabil și gratuit la un volum stabilit de servicii calitative de sănătate, în timpul sarcinii, nașterii și perioadei postnatale [75, 76].

Totodată, au existat și unele obstacole care au minimizat efectul măsurilor întreprinse pentru îmbunătățirea calității serviciilor perinatale, cum ar fi: schimbarea lentă a mentalității personalului medical; finanțarea sub standarde a asistenței mamei și copilului; situația sanitaro-epidemiologică nesatisfăcătoare în mai multe maternități; schimbarea frecventă a conducerii MS, care diminua rolul acestei instituții în susținerea politică a programelor; nerespectarea de către instituțiile medicale a criteriilor de referire în cadrul sistemului regionalizat; debutul implementării programului național de perinatologie în perioada când alte sisteme ale serviciului de sănătate rămăneau neschimbate, aceasta determinând lipsa înțelegerii programelor de către conducerea spitalelor raionale [86].

În țările cu o mortalitate maternă înaltă, de regulă, angajamentele politice asumate nu sunt îndreptate spre îmbunătățirea sănătății materne, nu există măsuri comprehensive de dezvoltare durabilă sau viziune politică clară. Astfel, ramura sănătății suferă din cauza conducerii ineficiente și conlucrării insuficiente cu partenerii externi. Are loc schimbarea permanentă a liderilor politici și a conducătorilor MS și ai altor instituții de bază, fapt ce provoacă instabilitate [325].

Studiile au arătat o situație alarmantă în conlucrarea asistenței medicale spitalicești (maternități, secții pediatrice) cu asistența medicală primară. În majoritatea raioanelor lipsea o armonizare a activității între aceste două sisteme. Specialistul principal pe problemele mamei și copilului nu reprezintă o punte de legătură și nu asigură pe deplin funcționarea integrată a serviciului perinatal la nivel de teritoriu administrativ [86].

Una dintre cele mai importante verigi din cadrul sistemului de asistență medicală perinatală o reprezintă maternitățile, care trebuie să ofere o asistență obstetricală și neonatală axată pe reducerea pierderilor materne și perinatale [17, 68].

La momentul actual, în instituțiile perinatale există mai multe probleme, cum ar fi: organizarea procesului de selectare a pacientelor pentru spitalizări depinde de riscul obstetrical sau perinatal, de asigurarea resuscitării și terapiei intensive a femeilor gravide, parturientelor, lăuzelor și nou-născuților, de trierea la timp a pacientelor în staționare specializate, de îngrijirea nou-născuților prematuri etc. [102, 120]. O cauză a mortalității crescute ar putea fi nu doar migrația femeilor, dar și lipsa practicilor medicale moderne în unele maternități raionale [35]. O parte din decese sunt determinate de lipsa unui sistem bine structurat de asistență medicală sau asistența existentă este de o calitate proastă, ce supune femeile la unele riscuri majore [333].

Infrastructura de îngrijire a femeilor însărcinate și a lăuzelor în RM este asigurată de 38 de maternități ce oferă îngrijiri obstetricale de urgență, ceea ce constituie circa 5,8 instituții la 500 000 de locuitori. Având în vedere suprafața mică a teritoriului RM și numărul suficient de

instituții care asigură necesitatea populației în servicii obstetricale, distanța până la cea mai apropiată instituție medicală de așa tip nu depășește o oră, iar urgențele medico-chirurgicale se acordă de serviciul de asistență medicală urgentă, care dispune de o infrastructură ce acoperă toate localitățile din țară la o rază de 25 km [35].

Astăzi, datorită mai multor procese și schimbări ce se produc aproape în toate regiunile lumii, apare o necesitate stringentă de îmbunătățire a formelor de organizare, management și structură a instituțiilor ce prestează servicii de asistență perinatală [121, 127, 181]. Această necesitate este foarte actuală în instituții cu o infrastructură slab dezvoltată, de tipul spitalelor raionale, în componența cărora activează maternități de capacitate redusă, care nu dispun de echipament necesar, cadre respective pentru o asistență medicală conform cerințelor contemporane, ceea ce prezintă risc pentru apariția mai multor complicații în sarcină și naștere. Așadar, este necesară reorganizarea și optimizarea serviciului de asistență a mamei și copilului, fapt ce ar permite utilizarea cost-eficientă a cadrelor și a resurselor financiare limitate [97, 122, 125].

În acest context, este necesar de a lua în calcul și faptul că, în conformitate cu unele relatări științifice, în maternitățile unde au loc mai puțin de 600 de nașteri anual, mortalitatea maternă nu se reduce, fiindcă numărul redus de nașteri nu permite dezvoltarea profesională a personalului, implementarea tehnologiilor moderne, dezvoltarea sistemelor de calitate și atingerea unei cost-eficiențe a instituției [118].

Datele prezentate în acest capitol sunt culese din literatura de specialitate internațională, întrucât există foarte puține studii autohtone, acestea tratând aspecte separate ale fenomenului mortalității materne, iar informațiile oferite sunt insuficiente. Cercetând sursele bibliografice, am constatat că mortalitatea maternă este determinată de o mulțime de factori și că pentru identificarea măsurilor eficiente de reducere a indicatorului deceselor materne este necesar un studiu vast, complex, care să cuprindă toate aceste aspecte. Astfel, ne-am propus să realizăm un studiu integrat al mortalității materne în RM, cu o perspectivă retro- și prospectivă, ca în final să putem propune acțiuni și recomandări eficiente pentru soluționarea acestei probleme și atingerea obiectivelor de reducere a mortalității materne, asumate de țara noastră.

Reflectarea analitică a surselor bibliografice din domeniul de cercetare ne-a permis să conturăm **scopul** lucrării, care constă în evaluarea clinico-epidemiologică, managerială și demografică a fenomenului mortalității materne în RM, cu argumentarea științifică a rezervelor existente de reducere a deceselor materne și elaborarea recomandărilor pentru diminuarea acestui indicator.

Pentru realizarea celor propuse, am formulat următoarele **obiective** ale studiului:

(1) Evaluarea retrospectivă și prospectivă a mortalității materne, cu determinarea evoluției, tendințelor, structurii, cauzelor letalității materne, factorilor medicali, sociali și manageriali care au provocat decesele materne;

(2) Estimarea calității asistenței medicale în cadrul sistemului regionalizat de asistență medicală perinatală acordată în cazurile de complicații obstetrice severe, apreciate ca proximitate de deces matern;

(3) Aprecierea tendințelor demografice prin prisma mortalității materne și a factorilor determinați ai mișcării naturale a populației, pentru stabilirea acțiunilor necesare de asigurare a unei maternități sigure;

(4) Analiza evoluției nașterilor în teritoriile administrative, a eficienței amplasării maternităților în condițiile actuale de dezvoltare a sistemului medical și a perspectivelor demografice, pentru optimizarea serviciului obstetrical și elaborarea unui model efectiv de asistență medicală perinatală pentru RM;

(5) Identificarea rolului factorului uman în prestarea serviciilor medicale de calitate, a impactului acestuia asupra sănătății materne și perspectivelor de dezvoltare a serviciului perinatal;

(6) Argumentarea științifică a rezervelor existente de reducere a mortalității materne, cu elaborarea recomandărilor pentru diminuarea acestui indicator.

1.4 Concluzii la capitolul 1

1. În condițiile depopulării rapide ce afectează întreaga populație globală și care a devenit caracteristică și pentru RM, sănătatea mamei și a copilului reprezintă un factor primordial al securității naționale [106, 123]. Din aceste considerente, sănătatea femeii și reducerea mortalității materne se află în permanență în atenția managementului sanitar și reprezintă unul dintre principalii indicatori demografici [92, 124, 125].

2. Perspectiva demografică demonstrează că schimbările demografice vor cauza modificări inevitabile în toate domeniile sociale. Sistemul de sănătate nu este o excepție, iar serviciului de ocrotire a mamei și copilului, probabil, îi revine un rol-cheie în ceea ce privește adaptarea la noua situație și prevenirea consecințelor negative [53].

3. Îmbunătățirea sănătății reproductive și asigurarea maternității fără risc vor fi cu atât mai importante în condițiile crizei natalității și ale fertilității scăzute. În acest context, este evident faptul că reducerea mortalității materne pe viitor este în strânsă legătură cu evoluția fertilității și a numărului de nașteri în țara noastră. Din păcate, experiența autohtonă din ultimele

două decenii de cădere a indicatorului natalității a condus și la deteriorarea serviciului de maternități, în condițiile nașterilor tot mai puține, resurselor limitate și lipsei cadrelor specializate, fapt ce contribuie la menținerea indicatorului de mortalitate maternă la un nivel înalt [65, 66, 68, 71].

4. În structura mortalității materne din RM ponderea considerabilă este reprezentată de hemoragii, complicații septico-purulente severe – sepsis, șoc bacterio-toxic [79]. Aceasta demonstrează curențe existente în pregătirea cadrelor, în managementul stărilor de urgență, îndeosebi în spitalele rationale [73].

5. Factorii care mențin indicatorul înalt al mortalității materne continuă să fie statutul social al femeilor, sarcinile și nașterile la adolescente și la femei cu vârsta peste 35 ani, multiparitatea, deficiențele sistemului sanitar, lipsa cadrelor bine instruite [63].

6. Nivelul mortalității materne este un indicator ce caracterizează calitatea serviciului de asistență medicală a mamei și a copilului. Rezerva principală în reducerea nivelului mortalității materne este asigurarea și promovarea măsurilor de profilaxie a deceselor materne, unde rolul primordial îi revine asistenței medicale primare, care trebuie să asigure un monitoring total și adecvat al gravidelor, având un sistem eficient și bine organizat, care garantează referirea și accesarea serviciilor medicale, inclusiv a celor specializate, indiferent de locul de trai și statutul social al gravidei [31, 32].

7. RM se află în topul statelor cu risc înalt de mortalitate maternă [326]. Cu toate acestea, în literatura autohtonă de specialitate există puține studii care abordează problema mortalității materne [12, 14, 18, 21, 22, 23, 63, 79] și lipsește un studiu integrat și complex al mortalității materne.

8. Obiectivul de reducere a mortalității materne va fi mult mai dificil de realizat pe viitor, ținând cont de prognozele demografice pesimiste, mai ales pentru țara noastră, cu o economie în curs de dezvoltare. Totuși, urmând îndemnul organismelor internaționale, trebuie să ne pregătim de schimbările ce ni le rezervă evoluția demografică și să luăm în considerare oportunitatea de a optimiza serviciile de sănătate, pentru a face față provocărilor [16, 25, 68].

9. În scopul elucidării practicilor medicale mai eficiente în evitarea deceselor materne, au fost implementate *auditul confidențial al cazurilor de decese materne* și *analiza cazurilor de proximitate de deces matern*, ca metode orientate să schimbe comportamentul lucrătorilor din serviciile de sănătate, prin examinarea sistematică și critică a calității actului medical [269]. Aceste metode oferă un cadru obiectiv pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale prin evaluarea sistematică a practicilor clinice, contrar standardelor acceptate, cu scopul de a elabora recomandări și intervenții ce vizează deficiențele modificabile constatate [276, 284].

10. Deși auditul mortalității materne și al cazurilor de proximitate maternă a fost implementat oficial în RM în anul 2005, există puține date despre efectul analizei cazurilor de proximitate de deces matern asupra calității asistenței obstetricale, despre feedback-ul asupra mortalității și morbidității materne și perinatale, despre implementarea sistemelor de răspuns pentru acțiuni corective și aderența la standardele clinice. Astfel, se conturează necesitatea evaluării eficacității implementării analizei cazurilor de proximitate de deces matern asupra calității asistenței obstetricale în cadrul sistemului regionalizat de sănătate din RM.

11. Resursele umane sunt o componentă crucială pentru funcționarea sistemului de sănătate. Calitatea și rezultatele serviciilor medicale sunt determinate de nivelul de pregătire a cadrelor medicale și de disponibilitatea lor, de asigurarea instituțiilor cu suficienți medici-specialiști. În prezent, în toată lumea se constată o insuficiență acută de medici, iar în RM, această problemă este și mai acută, în contextul migrației și îmbătănirii cadrelor medicale existente [11, 13, 16, 168].

12. În condițiile demografice actuale și prognozelor natalității pentru țara noastră, migrației și insuficienței cadrelor medicale, lipsei investițiilor semnificative în sistemul de sănătate, se evidențiază tot mai mult necesitatea reorganizării serviciului perinatal. Pentru soluționarea optimă a procesului de reorganizare și restructurare a serviciului existent de asistență a mamei și copilului, este necesară evaluarea multilaterală a potențialului maternităților din republică, a posibilităților lor de prestare a serviciilor de calitate, în funcție de nivelul asistenței medicale perinatale și al necesităților teritoriilor administrative [68, 112, 113].

13. Măsurile de reorganizare întreprinse în domeniul asistenței mamei și copilului trebuie să fie îndreptate spre îmbunătățirea organizării serviciului de maternități [93, 101, 111], contribuind, în consecință, la atingerea rezultatelor scontate – ameliorarea indicatorilor mortalității materne și perinatale [17, 68].

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

2.1. Caracteristica generală a cercetării

Permisiunea pentru colectarea datelor primare în scopul cercetării a fost acordată de autoritățile CP de nivelurile II și III din RM, cu respectarea regulilor etice. Au fost obținute acordurile de participare în cercetare de la respondenți. Fiecărui caz în parte i s-a atribuit un cod numeric unic, pentru păstrarea unui grad rezonabil de confidențialitate. Astfel, în chestionare a fost înregistrat numai codul numeric. Toate datele colectate în cadrul studiului au fost păstrate confidențial.

Cercetarea științifică a cuprins anii 1990–2014 și a fost realizată în câteva etape.

Etapa I. *Elaborarea planului de cercetare:*

1. Analiza bibliografică, pentru a elucida situația din domeniul de cercetare;
2. Definirea problemei, scopului și obiectivelor studiului;
3. Determinarea volumului, dimensiunilor eșantioanelor și metodelor de cercetare;
4. Elaborarea chestionarelor.

Etapa II. *Colectarea materialului primar:*

1. Selectarea datelor din statistica oficială la nivelele național și internațional;
2. Analiza fișelor medicale ale pacientelor decedate și completarea chestionarelor de analiză a cazurilor de mortalitate maternă (Anexa 1);
3. Analiza fișelor de observație ale pacientelor cu proximitate de deces matern și completarea Protocolului de documentare și raportare a analizei cazurilor de proximitate de deces matern (Anexa 2) și a Chestionarului pentru analiza cazurilor de proximitate de deces matern (Anexa 3);
4. Distribuirea chestionarelor în rândul medicilor obstetricieni-ginecologi și al medicilor-rezidenți obstetricieni-ginecologi pentru completare, conform opiniei respondenților (Anexele 4, 5);
5. Colectarea chestionarelor.

Etapa III. *Prelucrarea informației:*

1. Verificarea corectitudinii îndeplinirii anchetelor și chestionarelor;
2. Clasificarea și prelucrarea materialului.

Etapa IV. *Analiza și evaluarea rezultatelor obținute.*

Etapa V. *Elaborarea tezei.*

Pentru realizarea scopului și a obiectivelor cercetării, pentru prima dată au fost realizate studii retrospective și prospective.

2.2 Metodologia cercetării mortalității materne

Descrierea acestui obiectiv a fost realizată în funcție de perioada de analiză: 1990–2008 și 2009–2014, având în vedere faptul că studiul descriptiv retrospectiv (1990–2008) a fost bazat pe extragerea informațiilor din baza de date, iar pentru următoarea perioadă (2009–2014) autorul a avut posibilitatea de a efectua și analiza clinică a cazurilor de deces matern.

Studiul descriptiv retrospectiv după volumul eșantionului integral a permis analiza mortalității materne în funcție de *spațiu* (RM total, mediul urban și mediul rural, RDD Nord, RDD Centru și RDD Sud), de *persoană* (vârsta, statutul marital, nivelul de educație ș.a.) și *timp* (perioada 1990–2008).

A fost efectuată analiza comparativă a mortalității materne după risc obstetrical direct și risc indirect, inclusiv analiza minuțioasă a cauzelor de deces.

Sursele pentru cercetare au inclus: surse bibliografice, baza de date a Centrului Național de Management în Sănătate al MS (anii 1990–2008).

Studiul transversal după volumul eșantionului selectiv (a. 2009–2014) a permis nu numai prezentarea generală a cazurilor de mortalitate maternă, dar și analiza comparativă în funcție de:

- locul de trai;
- nivelul instituției medicale unde a avut loc decesul;
- perioada perinatală;
- vârsta femeii;
- locul de muncă;
- statutul social;
- problemele sociale agravante;
- termenele de sarcină la care femeile gravide au fost luate în evidență antenatală;
- paritate;
- anamneza ginecologică;
- patologia extragenitală;
- termenul de sarcină la naștere;
- modul de finalizare a nașterii;
- complicațiile în perioada postnatală;
- riscul obstetrical direct;
- riscul obstetrical indirect.

Eșantionul reprezentativ a fost calculat cu ajutorul formulei:

$$n = P (1 - P) (Z\alpha/d)^2, \quad (2.1)$$

unde:

d – distanța sau toleranța – $d=0,005$;

$(1-\alpha)$ – nivelul de încredere pentru 95,0% de semnificație statistică a rezultatelor obținute – $Z\alpha=1.96$;

P – conform datelor statisticii oficiale, valoarea medie anuală a mortalității materne în RM, în perioada 1990–2009, constituie 33,8 la 100 000 nou-născuți vii ($P=0,000338$).

Introducând datele în formulă, am obținut:

$$n = 0,000338 \times 0,999662 (1,96/0,005)^2 = 52.$$

În cercetare au fost incluse 55 de cazuri de mortalitate maternă în RM, înregistrate în anii 2009–2014. Instrumentul aplicat în această cercetare a fost chestionarul elaborat de autor (Anexa 1).

2.3. Metodologia cercetării proximității de deces matern

Prin studiul retrospectiv de tip descriptiv după volumul eșantionului integral au fost analizate cazurile de proximitate de deces matern printre femeile cu complicații legate de sarcină, internate în CP de nivelurile II și III din RM în perioada 2009–2014.

Analiza datelor a permis elucidarea calității îngrijirii materne, identificarea cauzelor în acordarea asistenței medicale specializate neconforme cu standardele în activitatea clinică.

Cazurile de proximitate de deces matern au fost analizate retrospectiv, în baza Protocolului de documentare și raportare a analizei cazurilor de proximitate de deces matern la nivel de instituție, completat pentru fiecare caz în parte (Anexa 2), în conformitate cu Anexa 8 la Ordinul MS nr. 343 din 12.10.2009 pentru CP de nivelul II (Bălți, Cahul, Edineț, Hâncești, Orhei, Ungheni, Soroca, Ceadâr-Lunga, Căușeni, IMSP SCM nr. 1 Chișinău) și CP de nivelul III IMC. În studiu au fost incluse cazurile ce corespund criteriilor aplicate în RM pentru definirea cazurilor de proximitate de deces matern.

Pentru cercetare, autor a elaborat un chestionar special (Anexa 3). Toate cazurile au fost evaluate pe durata internării până la externare sau deces. De asemenea, a fost efectuată compararea cauzelor proximității de deces matern și a cauzelor mortalității materne.

Caracteristicile respondentelor au inclus: vârsta, particularitățile sociodemografice și reproductive, paritatea, momentul internării, termenul sarcinii la internare, modalitatea nașterii, internarea în secția de terapie intensivă, durata aflării în secția ATI, durata totală a internării în instituția medicală/spital și procedurile specifice sau intervențiile chirurgicale efectuate pentru salvarea vieții mamei. Au fost colectate datele despre natura complicațiilor obstetricale acute

severe și momentul dezvoltării acestora (la domiciliu, la nivel primar sau în spital, intervalul de timp de la internare) și rezultatele fetale.

Informațiile despre numărul total al nașterilor și numărul deceselor materne pentru perioada studiului au fost selectate din datele statistice oficiale, furnizate de arhivele spitalelor și registrele de audit matern și perinatal.

Respondentele au fost grupate în funcție de diagnosticul final. Toate cazurile de hemoragie obstetricală, preeclampsie severă/ eclampsie, ruptură uterină, anemie severă, sarcină ectopică întreruptă, sepsis puerperal, sepsis legat de avort sau perforare uterină/intestinală, disfuncție/ insuficiență de sistem de organe, accidente anestezice, precum și toate cazurile de deces matern au fost incluse în studiu. A fost analizată corectitudinea acordării asistenței medicale la nivel de instituții medicale publice, în conformitate cu recomandările propuse de OMS, respectarea protocoalelor și standardelor naționale.

Factorii evitabili pentru cazurile de proximitate de deces matern au fost divizați corespunzător modelului clasic în „trei etape de întârziere” a asistenței medicale în cazul urgențelor obstetricale [218, 243]:

1. Întârziere în solicitarea ajutorului medical (întârziere în recunoașterea problemei și luarea deciziei de a solicita asistență medicală);
2. Întârziere în accesarea instituției medicale;
3. Întârziere în livrarea asistenței medicale calitative în cadrul instituției medicale.

Etapă întârzierii a fost stabilită prin evaluarea timpului scurs la domiciliu de la apariția complicației, înainte ca decizia de solicitare a asistenței medicale să fie luată; timpului scurs după decizie până la solicitarea asistenței medicale și a intervalului de timp de la internare până la administrarea tratamentului. Rezultatele au fost comparate cu:

1. Intervalul de timp estimat de la debutul complicației până la deces pentru diverse complicații obstetricale;
2. Cerințele/standardele pentru nivelul de pregătire și promptitudinea managementului nașterii și al complicațiilor posibile.

Este estimat că, fără tratament, decesul matern se produce în timp de aproximativ 2 ore de la debutul hemoragiei post-partum, 12 ore de la debutul hemoragiei ante-partum, 2 zile de la nașterea obstructivă și 6 zile de la debutul infecției [335].

Intervențiile clinice și tehnologiile pot fi disponibile pentru a gestiona situațiile critice obstetricale, însă o serie de factori pot conduce la rezultate suboptimale: întârzierea diagnosticului, protocoale clinice depășite sau inexistente, personal cu calificare insuficientă, lipsă de medicamente esențiale, echipamente și consumabile.

Conceptul de pregătire și promptitudinea managementului nașterii și al complicațiilor obstetricale, o strategie de promovare a planificării pentru o naștere normală și asigurarea în timp util a asistenței materne și neonatale calificate în caz de urgență necesită ca femeile să solicite asistența medicală imediat după debutul semnelor iminente de complicații, accesibilitate bună a serviciilor de sănătate și furnizare promptă a asistenței medicale adecvate de la debutul internării [206].

2.4. Metodologia cercetării asigurării populației cu medici obstetricieni-ginecologi și cercetării opiniei medicilor și a medicilor-rezidenți obstetricieni-ginecologi cu privire la perspectivele de dezvoltare a serviciului perinatal

Studiul descriptiv, retrospectiv după volumul eșantionului integral, bazat pe datele statistice naționale din RM, a permis analiza asigurării cu resurse umane în sănătate reproductivă, conturarea tendințelor de dezvoltare în funcție de spațiu (RM total, mediu urban și mediu rural, RDD Nord, RDD Centru și RDD Sud), de persoană (medici obstetricieni-ginecologi, moașe) și timp (anii 1998–2014).

Rezultatele studiului sunt prezentate în funcție de:

- asigurarea cu medici obstetricieni-ginecologi;
- repartizarea medicilor obstetricieni-ginecologi în funcție de grupele de vârstă;
- analiza comparativă a asigurării cu cadre medicale și a populației feminine de vârstă fertilă.

Studiul descriptiv după volumul eșantionului selectiv a permis analiza factorilor motivaționali/demotivaționali ai profesiei de medic obstetrician-ginecolog, a activității în zonele defavorizate etc.

Pentru calcularea volumului eșantionului reprezentativ a fost utilizată următoarea formulă:

$$n = \frac{Nt^2Pq}{N\Delta x^2 + t^2Pq}, \quad (2.2)$$

unde:

n – volumul eșantionului reprezentativ;

t – factorul de probabilitate, care este egal cu 1,96 pentru o probabilitate de 95%;

P și q – probabilitatea și contraprobabilitatea de apariție (sau neapariție) a fenomenului cercetat.

În cazurile în care nu avem date despre fenomenul cercetat, se constată că n este maxim când produsul pq este maxim, or, ținând seama de faptul că $0 \leq P \leq 1$ și $q = 1 - P$, produsul este maxim atunci când $P = q = 0,5$;

Δ – eroarea-limită admisă, egală cu 0,03;

N – totalitatea integrală a fenomenului studiat: numărul de medici obstetricieni-ginecologi – 646; numărul de moașe – 774 (Centrul Național de Management în Sănătate, 2012).

Introducând datele în formulă, am obținut:

$$n = \frac{1420 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{1420 \times 0,03^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 609 \quad (2.3)$$

Prin stratificarea proporțională s-a obținut: numărul de medici obstetricieni-ginecologi = 274, iar în cercetare au fost incluși 363 de obstetricieni-ginecologi.

Ca instrument pentru cercetare a servit chestionarul elaborat de autor (Anexa 3), ce cuprinde 53 de întrebări.

Pentru a cunoaște opinia medicilor-rezidenți obstetricieni-ginecologi despre perspectivele de dezvoltare a serviciului medical din RM, a fost realizat un studiu ce a cuprins 80 de medici-rezidenți care își fac studiile în CP din cadrul IMSP SCM nr. 1 Chișinău, IMSP IMC și IMSP SCM Bălți. Instrumentul aplicat în cadrul cercetării este chestionarul elaborat de către autor, compus din 31 de întrebări (Anexele 4, 5).

2.5. Metodologia cercetării tendințelor de evoluție a numărului și a structurii pe vârste și sexe a populației din Republica Moldova, anii 2014–2035

Pentru analiza numărului și a structurii pe vârste și pe sexe a populației și identificarea tendințelor de evoluție a acestora a fost realizat studiul descriptiv după volumul eșantionului integral pentru perioada 2014–2035.

Evaluările de perspectivă au fost efectuate conform metodei cohorto-componente. Metodologia de aplicare a acestei metode în cadrul cercetării este descrisă în continuare.

Fiecare grupă de persoane în vârstă, de exemplu, de la $x-5$ până la x ani din populația inițială în momentul t , la începutul anului reprezintă o cohortă care s-a format în perioada de la t până la $t-x+5$ a anului.

Peste n ani, numărul acestor cohorte se va schimba sub influența mortalității și migrației, conform formulei:

$${}_n P_x(t+n) = {}_n P_{x-n}(t) - {}_n^t D(t, t+n) + {}_n^t \Delta M(t, t+n), \quad (2.4)$$

unde: ${}_n P_{x-n}(t)$ – valoarea numerică a cohortei care se află la vârsta de la $x-n$ până la x , în momentul inițial t ;

${}_n P_x(t+n)$ – valoarea numerică a aceleiași cohorte peste n ani;

${}_n^{t-x}D(t, t+n)$ – numărul celor decedați din cohortă $(t-x, t-x+n)$ a anilor de naștere în perioada $(t, t+n)$;

${}_n^{t-x}\Delta M(t, t+n)$ – creșterea migrațională a cohortei $(t-x, t-x+n)$ a anilor de naștere în perioada $(t, t+n)$.

În același timp, în perioada n vor apărea cohorte noi, valoarea numerică a cărora va fi egală cu:

$$P_0(t+n) = B(t, t+n) - {}_n^tD(t, t+n) + {}_n^t\Delta M_0(t, t+n), \quad (2.5)$$

unde: $B(t, t+n)$ – numărul celor născuți în perioada $(t, t+n)$.

Proгноza numărului și a structurii pe vârste și pe sexe a populației RM prin metoda cohorto-componentă a fost efectuată în următoarele etape:

Etapa 1. Determinarea perioadei de prognozare. În lucrarea de față, anul de referință a fost 2013. A fost utilizată informația despre structura pe vârste și pe sexe a populației stabile (de jure) a RM, calculată de Biroul Național de Statistică la începutul anului respectiv. Perioada de prognozare a cuprins anii 2013–2035.

Etapa 2. Elaborarea ipotezelor. În cadrul cercetării actuale, elaborarea ipotezelor despre evoluția în perspectivă a natalității și mortalității a fost efectuată în corelație cu fenomenul de migrație a populației. Este important de a menționa faptul că în lucrările cercetătorilor autohtoni, realizate până în prezent, prognoza numărului populației RM a fost efectuată fără a lua în considerare pierderile migraționale, ceea ce rezultă în supraestimarea numărului prognozat al populației și, respectiv, a numărului de nașteri pe viitor. În contextul situației la zi din țara noastră, când procesul de migrare a cetățenilor se desfășoară în proporții semnificative și alarmante, impactul migrației asupra numărului și structurii populației nu poate fi omis, de aceea ne-am propus să introducem și această componentă, urmărind scopul de a obține date cât mai apropiate de realitate.

Ipotezele reprezintă, de fapt, prognoza dinamicii natalității, mortalității și migrației. În fiecare dintre aceste ipoteze se disting două componente, prima dintre ele caracterizând dimensiunile procesului, iar a doua – structura pe vârste a acestuia.

Ipoteza despre evoluția natalității include mai multe informații în ceea ce privește nivelul general al natalității sub aspectul ratei totale a fertilității și despre grupele de vârstă ale fertilității, adică despre repartizarea relativă a nou-născuților, născuți de mame la orice vârstă de reproducere, într-o anumită perioadă.

Ipoteza cu privire la evoluția mortalității include estimările speranței de viață la naștere, nivelul general al mortalității și modelele de vârstă ale mortalității, adică nivelul mortalității în diferite grupe de vârstă. În cadrul ipotezei despre tendințele migrației am cuprins evaluarea dimensiunii creșterii migraționale cu divizarea conform sexelor, pentru fiecare an, a intervalului prognozat și repartizarea creșterii migraționale conform vârstei. La elaborarea ipotezelor în domeniul dinamicii viitoare a natalității și mortalității s-a ținut cont de lucrările cercetătorilor autohtoni în domeniul analizei modificărilor de durată ale datelor despre procesele demografice.

Prognoza demografică pentru RM a fost dezvoltată după trei scenarii – înalt, mediu și jos, care au fost elaborate în urma combinării ipotezelor cu privire la natalitate, fertilitate, mortalitate și migrație. Aplicând cele trei scenarii, ce reprezintă niște estimări de referință în privind rata fertilității, speranța de viață la naștere și pierderile migraționale, am realizat prognoza numărului populației, dar și a structurii pe vârste și pe sexe a populației țării, conform obiectivelor propuse.

Scenariul jos prezintă o prognoză mai puțin optimistă pentru evoluția demografică a RM. Astfel, rata totală a fertilității va ajunge, până la sfârșitul perioadei de prognozare (anul 2035), până la valoarea de 1,4 copii la o femeie de vârstă reproductivă. Indicatorul mortalității va rămâne la un nivel constant cu cel din anul 2014. Pierderea migrațională va crește până la 0,6% din numărul populației prognozate, pe an.

Scenariul mediu prezintă o rată totală a fertilității fără modificări semnificative pe întreaga perioadă prognozată. Astfel, aceasta va rămâne constantă, având valoarea de 1,63 de copii la o femeie. În aceste condiții, numărul populației va scădea cu 750 000 de persoane. Speranța de viață la naștere va constitui 0,2 ani pentru ambele sexe. Totodată, pierderea migrațională va constitui 0,3% anual, din numărul populației prognozate.

Scenariul înalt presupune creșterea ratei totale de fertilitate către sfârșitul perioadei de prognozare – 1,8 copii la o femeie. Numărul populației ar urma să scadă cu 560 000 persoane. Speranța de viață la naștere la viață va constitui 0,4 ani pentru ambele sexe. Pierderea migrațională va înregistra 0,1% din numărul populației prognozate (Tabelul 2.1).

Tab. 2.1. Caracteristica celor trei scenarii de prognostic al numărului populației RM

Anul	Scenariul	e0 bărbați	e0 femei	Soldul migrației (%)	b1	b2	b3
2013	Anul de bază	66,99	74,80	- 0,1	1,3	27	13
2035	mediu	71,56	79,40	- 0,3	1,6	28	13
2035	înalt	76,19	84,00	- 0,1	1,7	28	13
2035	jos	66,99	74,80	- 0,6	1,3	28	13

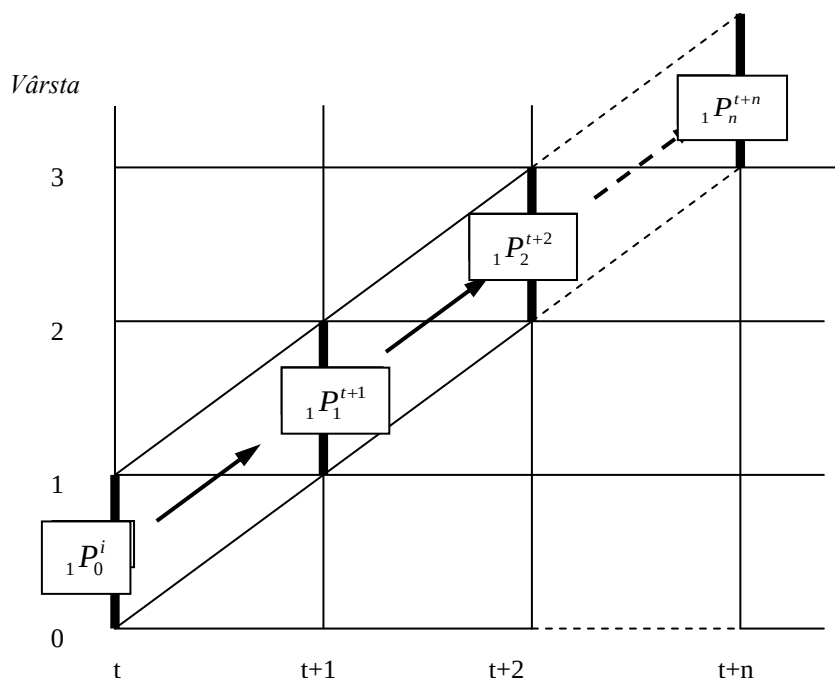
Notă: e_0 – speranța de viață la naștere (ani); b_1 – rata totală a fertilității (numărul de copii per femeie); b_2 – vârsta medie la nașterea copilului (ani); b_3 – vârsta minimă la nașterea copilului (ani).

Realizarea prognozei demografice. Prognoza demografică a numărului și a structurii pe vârstă și pe sexe a populației RM a fost elaborată conform următorului algoritm:

Pasul 1. Calcularea numărului bărbaților și al femeilor în vârstă de la x până la $x+1$ ani, conform formulei:

$${}_x^i(t+1) = P_{x-1}^i(t) * S_{x-1}^f(1), \quad (2.6)$$

unde: $P_{x-1}^i(t)$ – numărul bărbaților ($i=m$) sau femeilor ($i=f$) în vârstă de la $x-1$ până la x ani în momentul timpului t .



Anii calendaristici

Fig. 2.1. Schema deplasării vârstelor

$P_{x-1}^i(t+1)$ – numărul bărbaților ($i=m$) sau femeilor ($i=f$) în vârstă de la x până la $x+1$ ani în momentul timpului $t+1$;

S_{x-1}^f – probabilitatea de supraviețuire, care demonstrează partea dintre bărbați ($i=m$) sau femei ($i=f$) în vârstă de la $x-1$ până la x ani, care va supraviețui până la momentul timpului $t+1$ în populația staționară, conform tabelelor corespunzătoare ale mortalității (Figura 2.1).

Probabilitățile de supraviețuire pentru toate grupele de vârstă, cu excepția ultimei, se calculează în felul următor:

$$S^i_{x-1} = \frac{{}_1L^i_x}{{}_1L^i_{x-1}}, \quad (2.7)$$

unde: ${}_1L^i_x$ – numărul bărbaților ($i=m$) sau al femeilor ($i=f$) în populația staționară, conform tabelelor mortalității, cu vârsta de la x până la $x+1$ ani.

Numărul de perspectivă al ultimei grupe de vârstă ω „de la 100 de ani și mai mult” se determină conform formulei:

$$P^i_{\omega+\infty}(t+1) = [(P^i_{\omega+\infty}(t) + P^i_{\omega-1}(t)) \cdot \frac{T^i_x}{T^i_{x-1}}], \quad (2.8)$$

unde: $P^i_{\omega+\infty}(t)$ – numărul bărbaților ($i=m$) sau al femeilor ($i=f$) cu vârsta de la x ani și mai mult în momentul timpului t (suma $P^i_{\omega+\infty}(t) + P^i_{\omega}(t)$ este egal cu numărul populației în vârstă de la $x-1$ ani și mai mult);

T^i_x – numărul bărbaților ($i=m$) sau al femeilor ($i=f$) în populația staționară conform tabelelor mortalității, cu vârsta de la x ani și mai mult.

Raportul $\frac{T^i_x}{T^i_{x-1}}$ determină ultima probabilitate de supraviețuire S^i_x , care demonstrează partea dintre bărbați ($i=m$) sau femei ($i=f$) în vârstă de la x ani și mai mult, care va supraviețui până la momentul timpului $t+1$ în populația staționară, conform tabelelor corespunzătoare ale mortalității.

Pasul 2. Pentru a obține numărul grupei de vârstă egal cu zero, este necesar de a calcula numărul nou-născuților în anul de referință și de a ajusta datele referitoare la mortalitatea infantilă.

Numărul prognozat de nou-născuți se calculează prin estimarea ipotetică a ratelor totale ale fertilității ${}_1F_x$ pentru perioada respectivă. Numărul copiilor născuți de femei în vârstă de la $x-1$ ani până la x ani, de-a lungul perioadei prognozate, de la t până la $t+1$ ani, este egal cu:

$$B^x(t, t+1) = {}_1F_x * \overline{P^f_x}(t), \quad (2.9)$$

unde: $\overline{P^f_x}(t)$ – numărul mediu al femeilor în fiecare grupă de vârstă $(x-1, x)$ pentru perioada prognozată $(t, t+1)$. Numărul mediu al femeilor se calculează conform mediei aritmetice a numărului de femei la începutul și la sfârșitul perioadei, iar numărul general al nou-născuților pentru perioada $(t, t+1)$ se calculează conform formulei (se utilizează estimarea mediei aritmetice a numărului mediu de femei):

$$B(t, t+1) = \sum_{15}^{49} F_x \cdot [P_x^f(t) + P_{x+1}^f(t+1)] \quad (2.10)$$

Repartizarea numerelor celor născuți conform sexelor s-a efectuat ținând cont de corelația sexelor la naștere. Numărul general al fetelor născute va fi egal cu $fBx(t, t+1) = \delta * Bx(t, t+1)$, iar cel al băieților – cu $mBx(t, t+1) = (1-\delta) * Bx(t, t+1)$, unde δ este cota fetelor printre toți copiii născuți.

Pasul 3 constă în calcularea numărului prognozat al băieților și al fetelor în vârstă de la 0 până la 1 an în momentul $t+1$. Pentru aceasta, numărul de copii născuți de orice sex a fost corectat în numărul celor decedați. Dacă nașterile sunt repartizate uniform de-a lungul perioadei de la t până la $t+1$, atunci se pot utiliza corelațiile populației staționare. În populația staționară, raportul numărului de persoane în vârstă de la 0 ani și numărul de nașteri este egal cu:

$\frac{{}_1L_0^i}{l_0}$, unde rădăcina lui l_0 corespunde numărului mediu anual al nașterilor în populația staționară.

Astfel, numărul primei grupe de vârstă este egal cu:

$${}_1P_0^i(t+1) = B^i(t, t+1) \cdot \frac{{}_1L_0^i}{l_0} \quad (2.11)$$

Pasul 4. În această etapă, datele obținute referitor la numărul și structura grupei de vârstă și de sex, obținute prin metoda cohorto-componentă, se corectează ținând cont de sporul migrațional. Introducând datele despre sporul migrațional, estimarea numărului prognozat al grupei de vârstă și de sex se poate efectua conform formulei:

$${}_1P_x^i(t+1) = {}_1\hat{P}_x^i(t+1) + {}_1\Delta M_x^i(t, t+1), \quad (2.12)$$

unde: ${}_1\hat{P}_x^i(t+1)$ – numărul prognozat al bărbaților ($i=m$) sau al femeilor ($i=f$) în vârstă de la x până la $x+1$ ani în momentul de timp $t+1$ al populației, fără a ține cont de migrație;

${}_1\Delta M_x^i(t, t+1)$ – creșterea migrațională a populației masculine ($i=m$) sau feminine ($i=f$) în vârstă de la x până la $x+1$ ani pentru perioada $(t, t+1)$;

${}_1P_x^i(t+1)$ – numărul prognozat al bărbaților ($i=m$) sau al femeilor ($i=f$) în vârstă de la x până la $x+1$ ani în momentul de timp $t+1$ al populației, ținând cont de migrație.

Datele despre creșterea migrațională au fost incluse în studiul de prognozare sub aspectul unei estimări absolute a dimensiunii generale a creșterii și repartizării ei relative, conform grupelor de vârstă și de sex. Pentru includerea migrației în modelul de prognozare, dimensiunea

creșterii migraționale în fiecare grupă de vârstă a fost divizată în două: prima jumătate se formează exact la începutul intervalului prognozat t , a doua – exact la sfârșitul acestui interval.

Prima parte a creșterii migraționale ${}_1\Delta M_{x-1}^i(t, t+1)$ este supusă acțiunii mortalității și, de-a lungul perioadei de prognozare, trece în grupa de vârstă $(x, x+1)$. A doua jumătate se adaugă nemijlocit la numărul aceleiași grupe de vârstă $(x-1, x)$. În consecință, numărul prognozat al populației, ținând cont de creșterea migrațională, este egal cu:

$${}_1P_x^i(t+1) = \left[\left({}_1P_{x-1}^i(t) + \frac{{}_1\Delta M_{x-1}^i(t, t+1)}{2} \right) \cdot {}_1S_{x-1}^i \right] + \frac{{}_1\Delta M_x^i(t, t+1)}{2} \quad (2.13)$$

Aportul total al creșterii migraționale la numărul fiecărei grupe de vârstă și de sex se poate înscrie sub aspectul următor:

$${}_1\Delta_x^i(t+1) = \frac{{}_1\Delta M_{x-1}^i(t, t+1)}{2} \cdot {}_1S_{x-1}^x + \frac{{}_1\Delta M_x^i(t, t+1)}{2} \quad (2.14)$$

Studiul a cuprins și analiza datelor statistice privind nașterile în maternitățile din RM pentru perioada 2005–2014, în scopul evaluării rezultatelor obținute, identificării tendințelor pentru următoarele decenii și trasării acțiunilor necesare de ameliorare a indicatorilor de bază și de sporire a calității asistenței medicale perinatale.

Datele statistice au fost colectate și analizate în baza Anuarelor Statistice ale Centrului Național de Management în Sănătate al MS, Biroului Național de Statistică și a datelor colectate nemijlocit din instituțiile medico-sanitare publice din toate teritoriile administrative ale republicii pe parcursul anilor 2005–2014.

2.6. Metode matematice de analiză a rezultatelor obținute

Datele obținute după completarea chestionarelor au fost analizate, prelucrate și interpretate folosind statistica descriptivă simplă, cu ajutorul programelor „Excel” din pachetul Microsoft Office și „Epi info 2002” [154]. Toate datele au fost exprimate sub formă de valori medii, rate, frecvențe, iar răspunsurile au fost prezentate procentual. În final, rezultatele au fost reflectate în tabele, grafice, diagrame.

Prevalența cazurilor de proximitate de deces matern a fost definită ca raportul dintre numărul de cazuri de proximitate de deces matern și numărul total de nașteri din spital. Frecvențele cazurilor de proximitate de deces matern au fost raportate în conformitate cu stările clinice responsabile ale pacientelor și cu faptul dacă complicațiile au fost prezente la internarea acestora, s-au dezvoltat la internare sau în timpul aflării lor în spital. Cazurile de proximitate de

deces matern au fost comparate cu cele de deces matern. Rata mortalității materne a fost calculată drept numărul deceselor materne la 100 000 de nou-născuți vii.

Pentru aprecierea standardului și a nivelului de asistență medicală acordată pacientelor, în cadrul studiului au fost calculați următorii indici [136, 270, 310]:

- Rata incidenței cazurilor de proximitate de deces matern, care se referă la numărul cazurilor de proximitate de deces matern la 1000 de nașteri.
- Raportul proximitate de deces matern/ mortalitate maternă, ce reprezintă proporția dintre numărul cazurilor de proximitate de deces matern și numărul deceselor materne. Un raport mai mare indică o asistență mai bună.
- Indicele mortalității pentru fiecare stare/complicație obstetricală, definit ca numărul de decese materne în urma unei anumite condiții obstetricale, divizat la suma dintre cazurile de proximitate de deces matern și decesele materne care s-au produs din cauza acestei stări obstetricale, exprimat în procente. El reflectă proporția stărilor obstetricale cu risc pentru viața femeii, care s-au finalizat cu deces matern. Un indice de mortalitate mai mare indică un număr mai mare de femei decedate din cauza unei anumite afecțiuni cu risc pentru viață și o calitate mai joasă a asistenței medicale, în timp ce un indice mai mic indică o calitate mai bună a serviciilor de sănătate.

Coeficientul de corelație χ^2 Pearson a fost folosit pentru compararea variabilelor absolute. Metoda regresiei logistice a fost utilizată pentru aprecierea riscului relativ de dezvoltare a cazurilor de proximitate de deces matern sau a deceselor materne, a intervalelor de încredere (ÎÎ) corespunzătoare 95%.

Semnificația rezultatelor cercetării efectuate a fost asigurată prin:

1. Aplicarea metodelor clinico-epidemiologice, clinico-statistice și matematico-statistice în cercetarea eșantionului selectat și evaluarea rezultatelor obținute.

2. Prelucrarea statistică la care s-a aplicat un șir de operații efectuate prin procedee și tehnici de lucru specifice:

- sistematizarea materialului faptic brut, realizată prin procedee de centralizare și grupare statistică, după parametri și niveluri, în urma cărora s-au obținut indicatorii primari și seriile de date statistice;
- calcularea indicatorilor derivați în funcție de forma de repartizare cu exceptarea valorilor excepționale, și anume a indicatorilor centrali, dispersiei și variației, indicatorilor intensivi și extensivi, coeficientului Student;

- tendința modificărilor a fost determinată prin aproximarea modelelor de trend, folosindu-se procedeul ajustării statistice;
- prognoza fenomenelor s-a efectuat prin metode tradiționale de extrapolare statistică prin procedeul analizei regresionale;
- coeficientul de corelație χ^2 Pearson a fost folosit pentru compararea variabilelor absolute;
- regresia logistică a fost utilizată pentru aprecierea riscului relativ de dezvoltare a cazurilor de proximitate de deces matern sau a deceselor materne;
- intervalele de încredere (Î) pentru 95% de semnificație statistică;
- estimarea parametrilor și verificarea ipotezelor statistice au fost efectuate prin calcularea erorilor, criteriului t și gradului de semnificație p ;
- prezentarea datelor statistice s-a realizat prin procedee tabelare și grafice.

Pentru analiza comparativă a indicatorilor în aceeași perioadă de timp sau în perioade diferite pentru același teritoriu, au fost aplicate tehnici matematico-statistice (indicatorii seriei dinamice, indicatori de proporție, valori medii etc.). Prelucrarea statistică a permis calcularea ratelor, valorilor medii și indicatorilor de proporție.

2.7. Concluzii la capitolul 2

1. Cercetarea științifică a fost realizată în cinci etape și a cuprins perioada 1990–2014. Pentru realizarea scopului și a obiectivelor cercetării, au fost efectuate studii științifice retro- și prospective.

2. Studiul descriptiv retrospectiv după volumul eșantionului integral a permis analiza mortalității materne în funcție de spațiu (RM total, mediul urban și mediul rural, RDD Nord, RDD Centru și RDD Sud), de persoană (vârsta, starea civilă, nivelul de educație ș.a.) și de timp (perioada 1990–2008).

3. Studiul transversal, după volumul eșantionului selectiv ($n=55$, a. 2009-2014), a permis prezentarea generală a cazurilor de mortalitate maternă și analiza comparativă în funcție de: locul de trai, nivelul instituției medicale în care a avut loc decesul, perioada decesului, vârstă femeii, locul de muncă, statutul social, problemele sociale agravante, termenele de sarcină la care femeile gravide au fost luate în evidență antenatală, paritate, anamneza ginecologică, patologia extragenitală, termenul de sarcină la naștere, modul de finalizare a nașterii, complicațiile în perioada postnatală, riscul obstetrical direct și riscul obstetrical indirect.

4. Studiul retrospectiv de tip descriptiv după volumul eşantionului integral a permis analiza cazurilor de proximitate de deces matern printre femeile cu complicații legate de sarcină, internate în CP de nivelurile II și III din RM, în perioada 2009–2014. Analiza datelor ne-a permis să elucidăm calitatea îngrijirii materne, să identificăm cauzele de acordare a asistenței medicale specializate necorespunzătoare standardelor în activitatea clinică.

5. Studiul descriptiv retrospectiv după volumul eşantionului integral a permis de a efectua o analiză a asigurării cu resurse umane a domeniului de sănătate reproductivă, de a stabili tendințele de dezvoltare în funcție de spațiu (RM total, mediul urban și mediul rural, RDD Nord, RDD Centru și RDD Sud), de persoană (medici obstetricieni-ginecologi, moașe) și de timp (perioada 1998-2014).

6. Studiul descriptiv, după volumul eşantionului selectiv (n=363 de medici obstetricieni-ginecologi și 80 de medici-rezidenți), a permis de a efectua analiza factorilor motivaționali/demotivaționali ai profesiei de medic obstetrician-ginecolog, a activității acestor medici în zonele defavorizate etc.

7. Studiul științific după volumul eşantionului integral a permis cercetarea tendințelor numărului și ale structurii pe vârste și pe sexe a populației din RM în anii 2014–2035. Prognoza demografică pentru țara noastră a fost dezvoltată după trei scenarii – scenariul înalt, scenariul mediu și scenariul jos, care au fost elaborate în urma combinării ipotezelor cu privire la natalitate, fertilitate, mortalitate și migrație.

8. Prelucrarea statistică a datelor prin intermediul programelor „Excel” din pachetul Microsoft Office și „Epi info 2002” a oferit posibilitatea de a calcula ratele, valorile medii, indicatorii de proporție și de a determina semnificația statistică de 95,0% a rezultatelor obținute.

3. MORTALITATEA MATERNĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA: STUDIU RETRO- ȘI PROSPECTIV

3.1. Studiul retrospectiv al cazurilor de mortalitate maternă în Republica Moldova, anii 1990–2008

În pofida multiplelor eforturi realizate în domeniul sănătății mamei și a copilului în a doua jumătate a secolului al XX-lea, la sfârșitul anilor '90, acest domeniu se confrunta cu reale dificultăți cauzate de situația economică agravată, ca rezultat al perioadei de tranziție de la un regim totalitar centralizat la un sistem administrativ, economic, politic și sociocultural autonom. După obținerea independenței în anul 1991, în Moldova nu s-a obținut o îmbunătățire vădită a indicilor sănătății populației, inclusiv a mortalității materne.

Având în vedere aceste considerente, ne-am propus să efectuăm un studiu multilateral al cazurilor de decese materne în anii 1990–2008. Pentru realizarea acestui scop s-a efectuat analiza documentelor statistice medicale din această perioadă (pentru elucidarea numărului de cazuri de deces matern) și analiza documentației medicale (fișele de observație obstetricală, concluziile morfopatologice).

Astfel, a fost stabilit că pe parcursul anilor 1990–2008, în RM au fost înregistrate 341 de cazuri de decese materne, numărul acestora variind considerabil pe parcursul perioadei studiate (Figura 3.1).

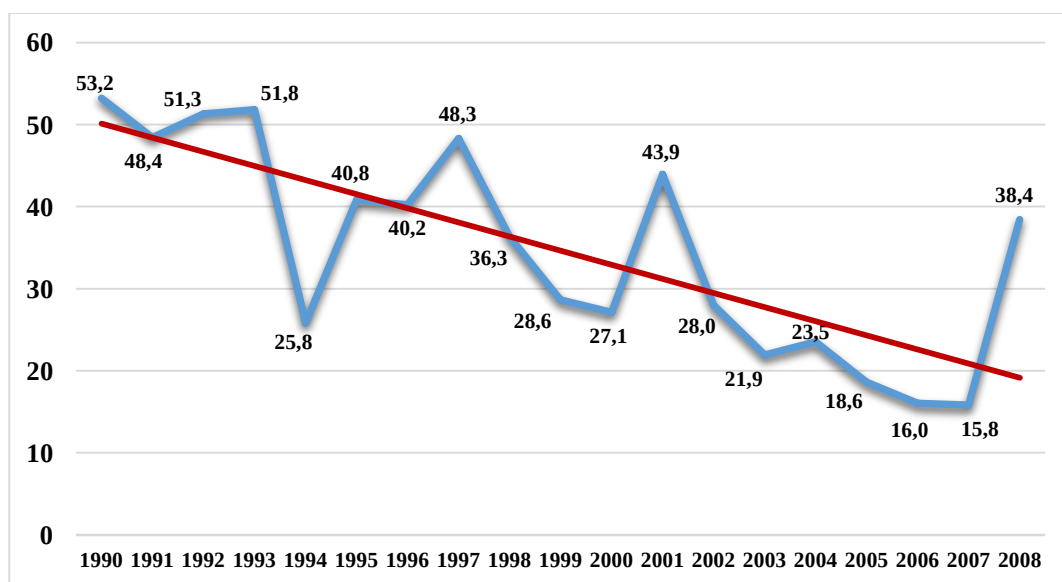


Fig. 3.1. Dinamica indicatorului mortalității materne (trendul anual) în RM, perioada 1990–2008 (la 100 000 de nou-născuți vii)

Din datele elucidate se observă o fluctuație a nivelului mortalității materne, dar cu o tendință generală de diminuare (cu excepția anilor 1992, 1993, 1997, 2001 și 2008). Astfel, pe parcursul perioadei descrise a fost obținută o scădere a nivelului mortalității materne (de la 53,2

cazuri la 100 000 de nou-născuți vii în anul 1990 până la 38,4 cazuri la 100 000 de nou-născuți vii în anul 2008). În același timp, fluctuațiile observate demonstrează că acest fenomen este foarte greu de controlat și de menținut în condițiile RM.

Deoarece fluctuațiile anuale ale nivelului mortalității materne nu permit o analiză dinamică a acesteia, se consideră utilă evaluarea mortalității materne pentru perioade mari (de cinci ani). Astfel, apreciind dinamica mortalității materne pe parcursul perioadei evaluate, se observă un trend stabil de diminuare, acest indicator scăzând de două ori în anii 2005–2008, comparativ cu anii 1990–2004 (22,32 și 46,68 cazuri la 100 000 de nou-născuți vii, respectiv) (Figura 3.1). Deși este foarte lent, acest trend trebuie considerat pozitiv, deoarece chiar și în condiții socioeconomice precare, caracteristice pentru RM în anii '90 ai secolului al XX-lea și începutul secolului al XXI-lea, a fost posibilă diminuarea indicatorului mortalității materne.

Repartizarea pe grupe de vârstă a femeilor decedate a demonstrat prevalența coeficientului mortalității materne net superior printre femeile cu vârsta peste 35 de ani, constituind 144,3 cazuri la 100 000 de nou-născuți vii la cele din grupa de vârstă cuprinsă între 35 și 39 de ani și 348,1 cazuri la 100 000 de nou-născuți vii la femeile din grupa de vârstă de peste 40 de ani (Tabelul 3.1).

Tab. 3.1. Mortalitatea maternă în raport cu vârsta femeilor

Vârsta	Până la 20 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	35-39 ani	40 ani și mai mult
Mortalitatea maternă (la 100 000 n/v)	29,6	27,4	43,2	45,7	144,3	348,1
Mortalitatea maternă (abs.)	35	102	80	49	51	23

Datele elucidate de autor sunt în concordanță cu cele din literatura de specialitate, conform cărora riscul de deces matern crește odată cu paritatea și cu vârsta gestantei. Astfel, la pacientele din grupa de risc obstetrical major se evidențiază necesitatea aplicării unor măsuri mai eficiente de planificare a familiei și monitorizare mai strictă în timpul sarcinii.

Repartizarea cazurilor de deces matern în funcție de mediul de trai a identificat prevalența acestui fenomen printre femeile din mediul rural (62,2%), comparativ cu cele din mediul urban (37,8%), (Anexa 6, Tabelele 1, 2), fapt înregistrat constant nu doar în RM, ci și la nivel global. La prima vedere ar părea că acest fenomen poate fi explicat prin distribuția preponderentă a populației țării în sectorul rural, dar este necesar de a menționa că o mare parte dintre femeile decedate în municipii și orașe de asemenea erau locuitoare de la sate, care au fost transferate la naștere în spitale raionale și republicane. Fenomenul poate fi explicat prin asistența medicală mai precară a locuitorilor din mediul rural, accesul limitat la serviciile medicale, precum și prin

atitudinea mai puțin responsabilă a populației rurale față de propria sănătate, cauzată, în mare măsură, de nivelul scăzut al educației sanitare.

Prin urmare, accesibilitatea asistenței medicale de la sate, precum și cultura sanitară sunt mult sub nivelul dorit. Totodată, restructurările ce au avut loc în republică și, în special, în domeniul ocrotirii sănătății, au redus și mai mult accesul la asistența medicală, dat fiind faptul că s-a introdus asistența medicală contra plată, iar sărăcia care creștea vertiginos nu oferea posibilitate majorității populației de a se deplasa spre centrele specializate, precum și de a procura medicamentele necesare pentru tratamentul adecvat.

Regionalizarea asistenței medicale perinatale și internarea gravidelor cu patologie, conform nivelurilor de referință a maternităților, au condus la stabilizarea și îmbunătățirea indicilor asistenței medicale.

Reorganizarea teritorial-administrativă din republică, cu revenirea la raioane, a avut un impact negativ, deoarece toate spitalele județene au fost aprovizionate cu echipament necesar, iar concentrarea pacienților cu patologii a fost bine determinată și structurată în cadrul asistenței medicale perinatale. În același timp, spitalele raionale au fost lipsite de posibilități de investigație și tratament la nivelul așteptat, ceea ce a determinat acordarea unei asistențe medicale sub standardele necesare.

Pe parcursul anilor, după cum am menționat mai sus, în țară au avut loc reforme administrativ-teritoriale, în cadrul cărora în 1999 a fost stabilită formarea a 12 unități administrativ-teritoriale de nivelul II, inclusiv 10 județe. În 2003 s-a produs o altă reformă, conform căreia au fost formate 32 de raioane, 5 municipii și UTA Găgăuzia.

Toate acestea au făcut dificilă evaluarea indicatorilor de sănătate, în general, și a mortalității materne, în particular, pentru o perioadă care include toate reformele, inclusiv evaluarea comparativă a cazurilor de deces matern din RM în raport cu locul de trai (zonele Nord, Centru, Sud) în perioada studiată. Din acest motiv, perioada cuprinsă între anii 1999 și 2002 este reflectată într-un tabel separat (Anexa 6, Tabelul 2).

Datele prezentate denotă faptul că pe parcursul perioadei estimate au existat fluctuații considerabile în repartizarea geografică a cazurilor de deces matern. Astfel, cel mai înalt coeficient al mortalității materne a fost înregistrat în raioanele de nord ale Republicii, în special în Dondușeni, Ocnița și Soroca, precum și în cele din sud (Căușeni, Ștefan-Vodă, Taraclia). Totodată, în unele raioane, nivelul mortalității materne a fost constant redus, și anume în mun. Bălți, în raioanele Anenii Noi, Criuleni, Ungheni, Cahul.

Analiza datelor prezentate denotă că nu se poate urmări o stabilitate în indicatorii înregistrați în funcție de locul de trai al pacienților, atât la nivel de zone ale republicii, cât și la

nivel de fiecare raion concret. Aceasta se poate explica prin existența problemelor similare pentru întreg teritoriul țării, ceea ce menține fluctuațiile constante ale nivelului mortalității materne și dificultățile de control al acestui fenomen.

O atenție deosebită merită cazurile de deces matern care s-au produs la domiciliu, fenomen înregistrat în fiecare al 10-lea caz (34 de cazuri) de deces matern, ceea ce denotă că fiecare a 10-a femeie a decedat fără a i se fi acordat vreun ajutor medical. Trebuie de menționat că în 8 cazuri, decesele materne au avut loc în mediul urban, și în 26 de cazuri – în cel rural. În acest context, remarcăm și cauzele de deces matern la domiciliu: hemoragii masive – 7 cazuri, tromboembolism pulmonar – 4 cazuri, sarcină extrauterină – 4, șoc bacteriotoxic – 4, hemoragie pulmonară din cauza tuberculozei – 1 caz, maladii cardiovasculare – 5 cazuri, alte cauze – 10 cazuri. Toate acestea denotă carențe profunde în conduita femeilor, în special cu patologie extragenitală, ceea ce dictează necesitatea implementării programelor de prevenire a sarcinilor la femeile din grupele de risc major pentru complicații severe în sarcină și în naștere, care s-ar putea finaliza cu deces matern. Totodată, devin evidente neajunsurile în conduita perioadei de lăuzie, iar femeile, odată externate din maternități, rămân fără supraveghere medicală adecvată, ceea ce favorizează finalul tragic.

A prezentat interes structura cauzală a deceselor materne și evoluția acesteia pe parcursul perioadei evaluate. Analiza structurii mortalității materne după cauzele decesului a constatat că circa 2/3 din cazuri (62,5%) au fost determinate de cauze obstetricale directe și 1/3 (37,5%) au fost decese induse prin risc obstetrical indirect (Tabelul 3.2).

Decesele materne prin risc obstetrical indirect constituie pe glob circa 25% (1/4) din toate decesele materne înregistrate, iar în RM acestea au alcătuit mai mult de 1/3 (37,5%), fapt ce demonstrează că există un șir de deficiențe și rezerve în examinarea profilactică a femeilor de vârstă reproductivă, în depistarea timpurie a maladiilor extragenitale, precum și a sarcinii, eforturi insuficiente în domeniul planificării familiei, comunicării și informării populației.

Cele expuse denotă creșterea ponderii patologiei extragenitale a femeilor de vârstă fertilă, care sporește riscul femeilor gravide de deces matern prin cauze obstetricale indirecte și numărul femeilor care necesită implicarea serviciilor medicale de urgență interdisciplinare în asistența cazurilor de proximități de deces matern. Așadar, din datele prezentate reiese că în majoritatea cazurilor decesele materne au fost determinate de cauze obstetricale directe, doar în anul 2007 prevalând cauzele indirecte. Reprezentarea grafică a raportului dintre ponderea procentuală a cazurilor de deces matern prin risc obstetrical direct sau indirect este reflectată în Figura 3.2.

Tab. 3.2 Mortalitatea maternă în funcție de riscul obstetrical direct sau indirect, a. 1990-2008
(abs., 100 000 nou-născuți vii, %)

Anii	Total		Risc obstetrical direct			Risc obstetrical indirect		
	Abs.	la 100 000 n/ v	Abs.	la 100 000 n/v	%	Abs.	la 100 000 n/v	%
1990	41	53.2	21	26.3	51.2	20	25.6	48.8
1991	35	48.4	16	22.1	45.7	19	26.3	54.3
1992	36	51.3	25	35.7	69.4	11	15.6	30.6
1993	34	51.8	21	32.0	61.8	13	19.8	38.2
1994	16	25.8	12	19.3	75.0	4	6.5	25.0
1995	23	40.8	13	23.1	56.5	10	17.7	43.5
1996	21	40.2	15	28.6	71.4	6	11.6	28.6
1997	22	48.3	13	28.5	59.1	9	19.8	40.9
1998	15	36.3	10	24.2	66.7	5	12.1	33.3
1999	11	28.6	7	18.2	63.6	4	10.4	36.4
2000	10	27.1	7	19.0	70.0	3	8.1	30.0
2001	16	43.9	13	35.7	81.2	3	8.2	18.8
2002	10	28.0	6	11.2	60.0	4	14.0	40.0
2003	8	21.9	6	16.4	75.0	2	5.5	25.0
2004	9	23.5	7	15.7	77.8	2	7.8	22.2
2005	7	18.6	5	10.6	71.4	2	8.0	28.6
2006	6	16.0	4	10.6	66.7	2	5.4	33.3
2007	6	15.8	1	2.6	16.7	5	13.2	83.3
2008	15	38.4	11	28.2	73.3	4	10.2	26.7
Total	341	100%	213		62.46%	128		37.54%

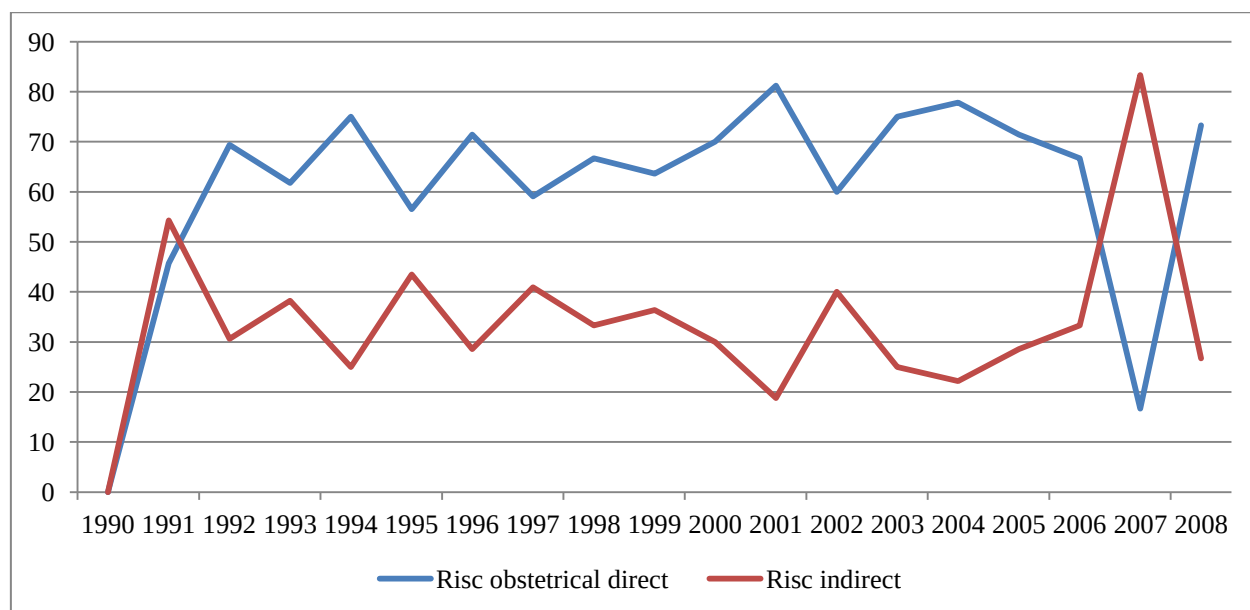


Fig. 3.2 Mortalitatea maternă în funcție de riscul obstetrical direct sau indirect, RM, a. 1990-2008 (%)

În structura mortalității materne prin risc obstetrical direct în perioada 1990–2008 au fost evidențiate următoarele cauze de deces: hemoragii masive – 31,0% (66 de cazuri); complicații septice –19,7% (42 de cazuri), embolie cu lichid amniotic (ELA) – 17,8% (38 de cazuri); complicațiile avortului –16,4% (35 de cazuri), stările hipertensive în sarcină –10% (21 de cazuri), altele –5,1% (11 cazuri), (Fig. 3.3., Anexa 6 Tabelul 3).

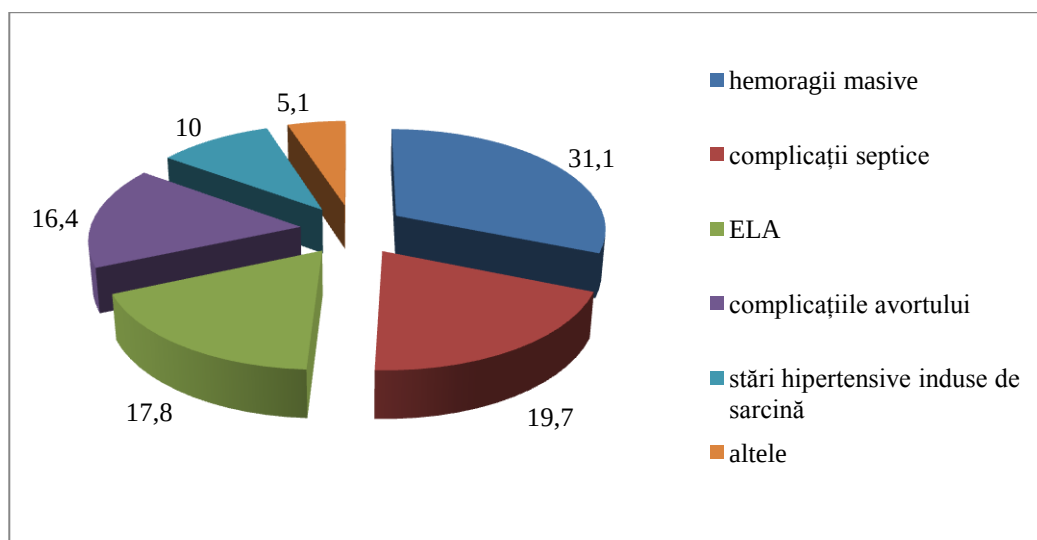


Fig. 3.3. Cauzele mortalității materne prin risc obstetrical direct, a. 1990-2008 (%)

Din datele prezentate mai sus reiese că asemenea cauze majore de decese materne prin risc obstetrical direct precum hemoragiile obstetricale, embolia cu lichid amniotic și complicațiile septice s-au întâlnit stabil în fiecare an pe parcursul perioadei evaluate și nu se poate observa o tendință certă de creștere sau de diminuare a unora sau altora dintre ele. Ponderea lor în structura cauzală a mortalității materne a variat pe parcursul perioadei evaluate, la fel, de fapt, ca și celelalte cauze ale deceselor materne (Figura 3.5). Anume decesele cauzate de aceste complicații reflectă nivelul asistenței medicale la naștere, iar ponderea lor în structura cauzală a mortalității materne în perioada evaluată a plasat RM printre țările cu cea mai gravă situație în acest domeniu. Conform datelor din literatura de specialitate, toate aceste complicații sunt considerate evitabile în condițiile respectării criteriilor unei conduite și monitorizări adecvate a travaliului, cu înlăturarea timpurie și în volum deplin a dereglărilor fiziopatologice survenite.

Hemoragiile obstetricale întotdeauna au fost o cauză dominantă a mortalității materne, indiferent de nivelul de dezvoltare și asigurare a serviciului obstetrical, ponderea lor în structura mortalității materne constituind, conform datelor diferitor autori, între 15,0% și 37,5%. Studiul prezent a constatat că în 66 de cazuri cauza decesului matern au fost hemoragiile ante-, intra- și post-partum, ceea ce a constituit 19,5% din totalitatea cazurilor de letalitate maternă sau 31% din

cele cu risc obstetrical direct. Repartizarea cauzală a deceselor materne prin hemoragii obstetricale a indicat, că în fiecare al doilea caz (33 de femei–50%) hemoragia a fost provocată de evoluția patologică a perioadei de delivrență și lăuzie precoce (hipo- sau atonia uterină), în 17 cazuri (25,8%) – de decolarea prematură a placentei normal inserate, în 8 cazuri (12,1%) – de ruptura uterină, în 7 cazuri (10,6%) – de placenta praevia, iar 1 caz (1,5%) – ruptură profundă a vaginului. În același timp, este necesar de a menționa că, pe parcursul perioadei estimate, ponderea hemoragiilor obstetricale în structura mortalității materne în republică a variat considerabil, fără a fi observat un trend stabil de diminuare sau de creștere (Anexa 6 Tabelul 4).

Complicațiile septice au fost de asemenea una dintre cauzele dominante de deces matern în RM, în anii 1990–2008 constituind 42 de cazuri (19,7% din cazurile de decese materne prin risc obstetrical direct sau 12,3% din totalul cazurilor de deces matern). În urma analizei datelor prezentate în tabel, nu putem constata o scădere a letalității provocate de infecții puerperal-septice, deoarece chiar dacă în unii ani nu s-a înregistrat niciun caz de deces matern determinat de complicații septice (de exemplu, anii 2003, 2004, 2006, 2007), atunci în aceeași perioadă (anii 2005 și 2008), complicațiile septice au provocat, respectiv, 27,3% și 40% din decesele prin risc obstetrical direct. Menționăm însă că, cel mai frecvent, complicațiile septice au survenit pe un fundal somatic compromis de stări hipertensive, hemoragii obstetricale sau patologie obstetricală și, deși drept cauză nemijlocită a decesului matern a servit complicația septică, substratul favorabil pentru instalarea ei a fost altul. Toate acestea conduc la ideea că odată cu prevenirea sau tratamentul oportun al patologiilor agravante ale stării sănătății pacientei, vor scădea considerabil și cazurile de deces matern prin complicații septice.

Embolia cu lichid este o altă cauză majoră a mortalității materne, care, fiind instalată, devine foarte greu de tratat, conducând la o letalitate foarte înaltă (70-86%). Conform datelor elucidate în prezentul studiu, în RM, în anii 1990–2008, au fost înregistrate 38 de cazuri de decese materne cauzate de embolie amniotică, cota-parte constituind 17,8% din decesele cu risc obstetrical direct sau 11,1% din toate decesele materne în această perioadă. Analiza cazurilor menționate a stabilit că majoritatea femeilor (cu excepția doar a uneia) au născut în instituții medicale; în $\frac{3}{4}$ din cazuri ELA s-a produs în timpul operațiilor cezariene, majoritatea din ele fiind efectuate după indicații de urgență (cicatrice pe uter, distocie dinamică, decolare prematură a placentei normal inserate etc.). Anume această categorie de femei trebuie să fie inclusă în grupa de risc pentru ELA, atunci când evoluția patologică a travaliului (fie prin travaliu hiperdinamic) sau tentativele de a corija alte complicații ale travaliului (în special prin perfuzii ocitocice), conduita traumatică a travaliului sunt factori ce favorizează pătrunderea lichidului

amniotic în spațiul vascular, cu declanșarea tuturor verigilor patogenetice specifice ELA, care, într-un final, conduc la deces matern.

În mod deosebit trebuie menționată ponderea înaltă a deceselor materne cauzate de complicații ale avortului, care au fost responsabile de 16,4% din cazurile de deces matern în perioada evaluată (35 de cazuri), ceea ce poate fi considerat ca o rezervă reală de reducere a nivelului mortalității materne. Mai mult de jumătate din decesele materne prin risc de avort au fost cauzate de complicații septice (19 cazuri – 54,3%) – sepsis, șoc bacteriotoxic, în 4 cazuri (11,4%) femeile au decedat din cauza hemoragiilor masive care au complicat avortul, în 5 (14,3%) cazuri decesul matern a fost determinat de decompensarea maladiilor extragenitale, iar în alte 7 cazuri (20%) au fost responsabile complicațiile anesteziologice, tromboembolia arterei pulmonare etc.). Este necesar de a menționa că, în majoritatea cazurilor, avortul a fost efectuat în termene mai tardive, fie după indicații medicale, fie avortul declanșându-se spontan sau în urma intervențiilor criminale. Astfel, în fiecare al 5-lea caz de deces matern prin complicații ale avortului, a fost stabilită provocarea acestuia în condiții extraspitalicești, iar odată fiind internate în staționar, femeile nu recunoșteau acest fapt, managementul terapeutic fiind și mai anevoios.

În anii 2003–2005, în pofida faptului că în RM avortul la dorință era permis până la termenul de 12 săptămâni, iar după anumite indicații medicale și sociale, în acea perioadă, chiar și până la 28 de săptămâni, decesele materne atribuite avortului continuă să fie numeroase (Figura 3.4). Astfel, din numărul total de 24 de femei decedate, în 17% din cazuri (4) decesul a fost determinat de complicațiile avortului.

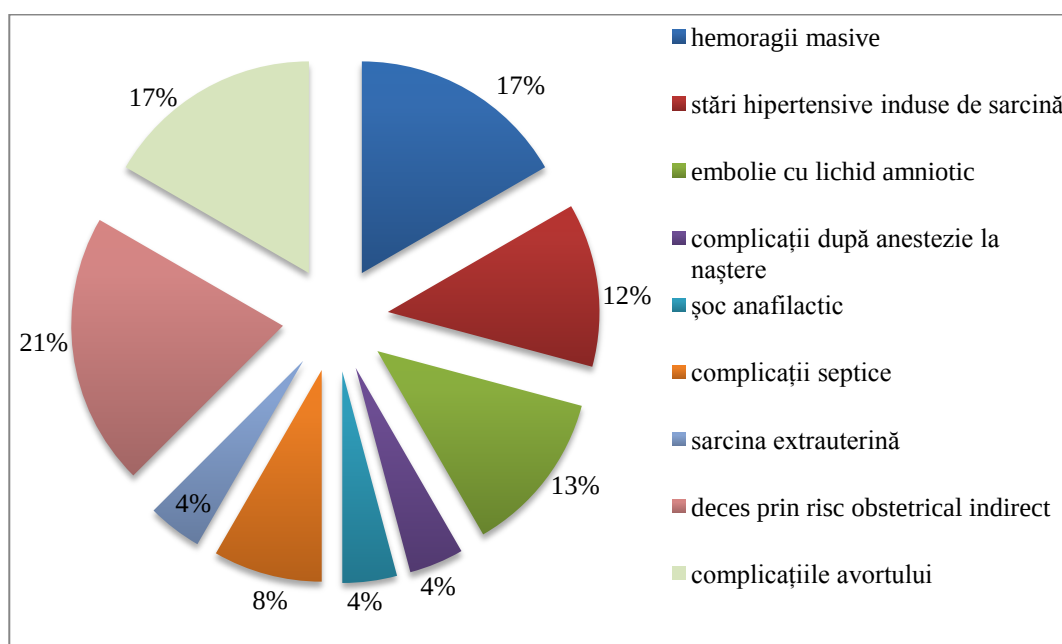


Fig. 3.4. Cauzele mortalității materne prin risc obstetrical direct, a. 2003–2005

Aceste complicații nu ar trebui să existe într-o societate civilizată și prezența lor reflectă nivelul calității serviciilor medicale, în general, și al celor de avort, în particular. În acest scop, cu începere din anul 2010, în republică au fost implementate programe de ameliorare a condițiilor de efectuare a avortului – avortul în siguranță.

Având în vedere situația destul de alarmantă la acest capitol, au fost întreprinse mai multe măsuri orientate spre ameliorarea sănătății reproductive, inclusiv efectuarea avortului în condiții de siguranță, bazate pe recomandările OMS. Scopul principal al acestor acțiuni este reducerea utilizării avortului ca metodă de reglare a natalității, iar în caz de necesitate – efectuarea lui în condiții sigure.

Grație eforturilor mai multor părți interesate, a fost elaborat ”Regulamentul privind efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii”, aprobat de MS prin Ordinul nr. 647 din 27.09.2010 și înregistrat la Ministerul Justiției prin Ordinul nr. 782 din 09.11.2010, în care noțiunea de *întrerupere a cursului sarcinii* prevede libera alegere în baza dreptului femeii la sănătatea reproductivă, prin prisma dreptului omului, precum și dreptul la liberă alegere a instituției medicale care prestează servicii de întrerupere voluntară a sarcinii, ceea ce a permis diminuarea ratei complicațiilor post-avort. Pe lângă aceasta, pe parcursul ultimelor decenii, în republică au fost promovate unele măsuri de ameliorare a sănătății reproductive și de planificare familială, ce au permis reducerea considerabilă a numărului de avorturi efectuate.

În același timp, în pofida acestor realizări, complicațiile post-avort mai continuă să se înregistreze în structura cauzelor mortalității materne în RM.

Patologia extragenitală reprezintă fundalul ce reduce mecanismele de adaptare ale organismului gestantei și, de asemenea, complică dramatic evoluția sarcinii, a nașterii și a perioadei de lăuzie. Procesul de gestație implică o serie de modificări profunde în toate organele și sistemele organismului matern, încât pe un fundal patologic acestea pot deveni ireversibile. Or, instalându-se pe un fundal compromis, patologiile extragenitale pot provoca schimbări ireversibile. În acest context, depistarea sarcinilor cu risc este o problemă de importanță majoră, fiind distincte două categorii – sarcinile care sunt cert patologice (cu patologie extragenitală severă preexistentă sarcinii) și cele care sunt potențial patologice.

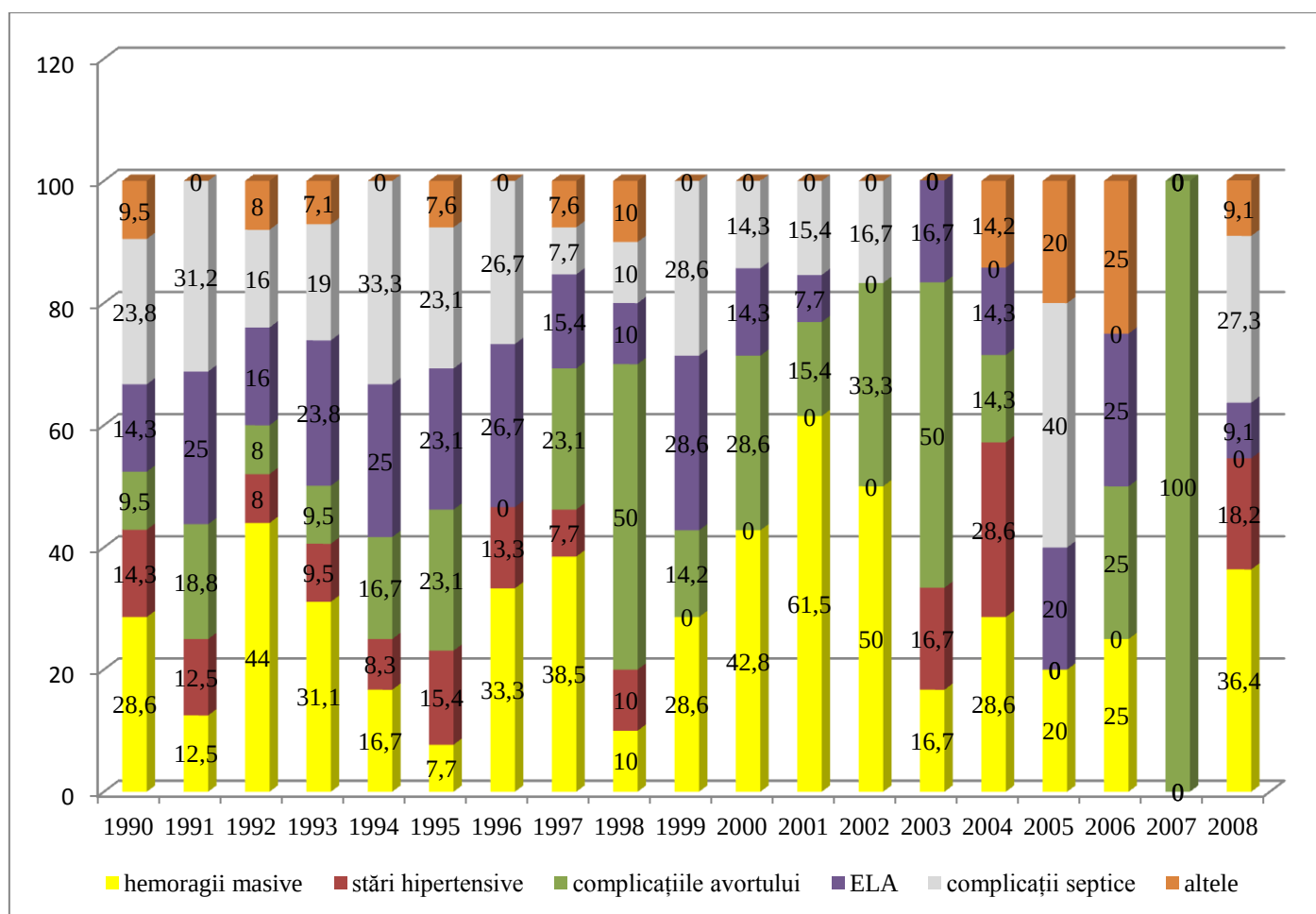


Fig. 3.5. Ponderea cauzelor deceselor materne prin risc obstetrical direct
în perioada 1990–2008 (%)

În cadrul studiului actual a fost stabilit că practic fiecare al treilea deces matern (37,5% sau 128 de cazuri) a fost cauzat de patologie extragenitală, ceea ce a constituit 14 cazuri la 100 000 de nou-născuți vii. Cota-parte majoră în structura patologiilor extragenitale au deținut-o patologiile cardiovasculare – 23 cazuri (17,97%), urmate de afecțiunile hepatice – 18 cazuri (14,1%), patologia oncologică – 14 (10,9%) și pneumoniile viral-bacteriene – 12 cazuri (9,4%). În celelalte cazuri, decesele materne au fost cauzate de diverse patologii cu o pondere mai joasă în structura cauzală a deceselor materne – ruptura anevrismelor cerebrale, tuberculoza diseminată, pancreonecroza, diabetul zaharat), (Anexa 6, Tabelul 6).

Este necesar de a menționa că în 16 cazuri (12,5%), decesele materne cauzate de o patologie extragenitală s-au produs la domiciliu, fapt ce confirmă lipsa unei tactici de monitorizare activă a femeilor din grupa de risc major.

Cele relatate mai sus denotă carențe evidente în supravegherea acestor gravide la nivel de ambulatoriu, spitalizarea lor întârziată și ineficiența tratamentului aplicat. La acest contingent de femei, o atenție deosebită trebuie să se acorde evitării sarcinii prin planificare familială, educației

în sănătatea reproductivă, diagnosticării timpurii a maladiilor și a complicațiilor extragenitale, spitalizării lor oportune și aplicării tratamentului adecvat. În plus, corelația sarcină – patologie extragenitală dictează necesitatea unei colaborări eficiente între serviciul obstetrical și medicii de alte specialități.

În cadrul studiului au fost luate în considerație și expunerile specialiștilor în domeniu despre evitabilitatea sau inevitabilitatea cazurilor de deces matern. Astfel, s-a constatat că circa 43% din cazuri au fost calificate condiționat evitabile, 34% – inevitabile și 23% – evitabile. Printre cei mai valoroși factori de evitabilitate au fost menționați: factorii sociali (mediul social nefavorabil, sarcina ascunsă și nedorită, solicitarea tardivă sau nesolicitarea asistenței medicale, domiciliul instabil cu migrație permanentă), factorii ce țin de organizarea asistenței medicale acordate (insuficiența substituenților sangvini, internarea pacientei într-o unitate necompetentă, întârzierea transferării la nivelul superior de asistență medicală, măsuri insuficiente de acordare a primului ajutor, competența redusă a echipei medicale). În mod aparte, au fost evidențiați factorii ce țin de calitatea asistenței medicale, cum ar fi: subaprecierea gravității stării pacientei la internare, dirijarea incorectă a travaliului, perfuzia ocitocică neargumentată și nesupravegheată, tratamentul abuziv (polipragmazie), întârzierea deciziei despre necesitatea efectuării histerectomiei sau efectuarea ei în volum incomplet, nedepistarea rupturii uterine.

3.2. Caracteristica generală a cazurilor de mortalitate maternă în Republica Moldova, în perioada 2009–2014 (studiu prospectiv)

Mortalitatea maternă este unul dintre cei mai sensibili indicatori ai stării sistemului de sănătate dintr-o țară. Statisticile mondiale au stabilit o dependență multifactorială incontestabilă a acestui indicator de factorul socioeconomic în primul rând. În RM, această problemă este deosebit de acută pe fundalul crizei demografice și socioeconomice, fiind înregistrate niveluri mult mai înalte ale mortalității materne și celei perinatale, comparativ cu țările economic dezvoltate. În pofida multitudinii de măsuri orientate spre stabilizarea și diminuarea acestor indicatori, nivelul lor (în special al mortalității materne) variază pe parcursul ultimului deceniu, fapt ce denotă că acest proces rămâne greu controlabil și imprevizibil.

Obiectivul studiului nostru a devenit analiza multifactorială a deceselor materne înregistrate în RM pe parcursul anilor 2009–2014, cu elucidarea tuturor aspectelor care le-au condiționat. Astfel, în perioada estimată, în țară au fost constatate 55 de cazuri de letalitate maternă, coeficientul ei variind între 15,3 și 44,5 la 100 000 de nou-născuți vii (Tabelul 3.3, Figura 3.6).

Tab. 3.3. Mortalitatea maternă în RM, a. 2009-2015 (abs., la 100 000 de nou-născuți vii)

Indicator	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009-2014
Au decedat femei (fără Transnistria)	7	18	6	12	6	6	55
Născuți vii	40803	40474	39182	39435	37871	38616	236381
Mortalitatea maternă la 100 000 nou-născuți vii	17,2	44,5	15,3	30,4	15,8	15,5	23,26

Astfel, nivelul mortalității materne în RM este comparabil cu media țărilor incluse în Regiunea Europeană a OMS (la 100 000 de nou-născuți vii în 2009 – 16; 2010 – 13; 2011 – 13; 2012 –11; 2013 – 12; 2014 – 12), aproape de nivelul mediu din țările ex-sovietice (CSI), (27 la 100 000 de nou-născuți vii în 2009; 21 – 2010; 19 – 2011; 18 – 2012; 17 – 2013; 17 – 2014), dar considerabil mai înalt, comparativ cu țările UE (7 la 100 000 de nou-născuți vii în 2009; 6 – 2010; 6 – 2011; 5 – 2012; 5 – 2013; 5 – 2014) [174].

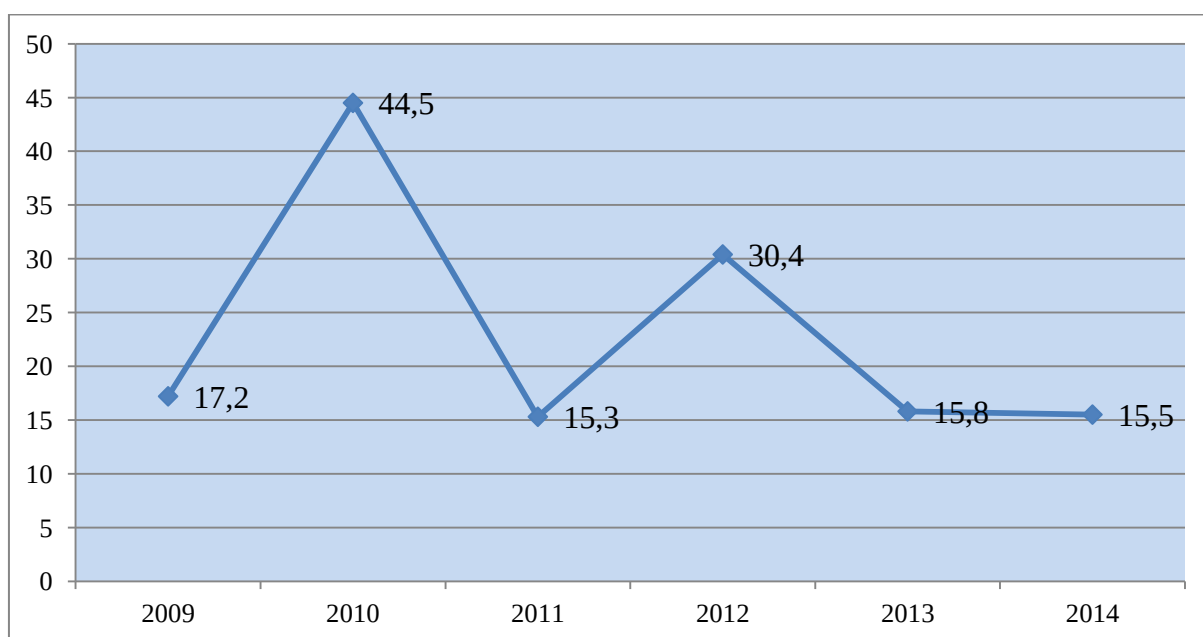


Fig. 3.6. Mortalitatea maternă în RM, a. 2009–2014 (la 100 000 de nou-născuți vii)

Unul dintre obiectivele cercetării a fost studiarea determinantelor sociale ale deceselor materne. Astfel, s-a constatat că 2/3 din paciente locuiau în zona rurală a țării ($67,27 \pm 6,33\%$), iar restul – în municipii ($18,18 \pm 5,20\%$) și în orașe/centre raionale ($14,54 \pm 4,75\%$), (Tabelul 3.4; Anexa 6, Tabelul 10).

Tab. 3.4. Caracteristica lotului cercetat conform locului de trai (abs.,%)

Anul	Municipii		Urban		Rural		Total
	n	%	n	%	n	%	n
2009	-	-	1	14,28±13,22	6	85,71±13,22	7
2010	3	16,67±8,78	4	22,22±9,80	11	61,11±11,49	18
2011	-	-	1	16,67±15,21	5	83,33±15,21	6
2012	3	25,00±3,54	-	-	9	75,00±3,54	12
2013	3	50,00±20,41	-	-	3	50,00±20,41	6
2014	1	16,67±15,21	2	33,33±19,24	3	50,00±20,41	6
Total 2009-2014	10	18,18±5,20	8	14,54±4,75	37	67,27±6,33	55 (100%)

Datele expuse în tabele denotă prevalența înaltă a deceselor materne printre femeile din localitățile rurale, ceea ce confirmă o responsabilitate scăzută a populației rurale față de propria sănătate, fie asistența medicală inadecvată la nivel primar și la nivel spitalicesc în aceste localități, fie accesul scăzut al populației la serviciile medicale de calitate.

Însă, fiind cunoscut faptul că femeile au dreptul de a alege instituția medicală unde vor naște și luând în considerare fenomenul migrației interne în RM, precum și acordarea asistenței medicale obstetricale conform principiilor regionalizării, cazurile au fost repartizate și în funcție de instituția unde a avut loc decesul (Figura 3.7).

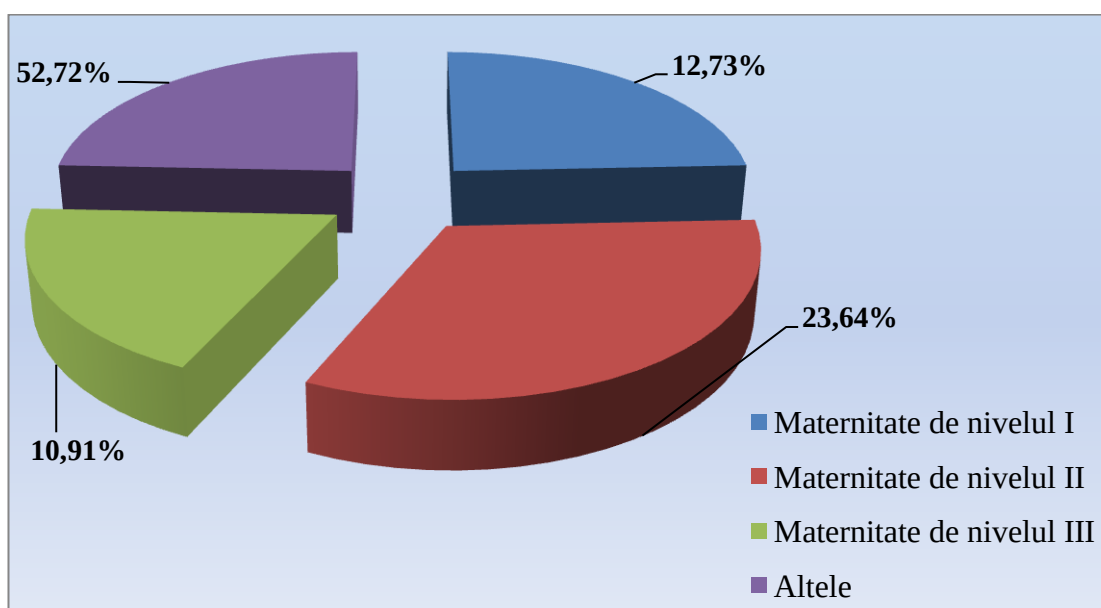


Fig. 3.7. Structura mortalității materne în funcție de nivelul instituției medicale (%)

În urma analizei datelor obținute observăm că 12,73±4,49% din decese au fost constatate în maternități de nivelul I, 23,64±5,73% – de nivelul II, 10,91±4,20% – în maternități de nivelul III și restul în alte instituții medicale. Acest fapt denotă o regionalizare defectuoasă a asistenței medicale la naștere. Trebuie să menționăm că 16,36±4,99% din decesele materne au avut loc în Spitalul Clinic Republican, unde sunt transferate pacientele cu complicații grave sau cu patologii

extragenitale decompensate. În alte 7 (12,73±4,49%) cazuri, decesul a avut loc în instituții specializate (IO, INN, IFP).

Este îngrijorător faptul că fiecare al cincilea (20,00±5,39%) deces matern a avut loc la domiciliu, fapt ce denotă existența problemelor de supraveghere antenatală la nivelul asistenței medicale primare, acces limitat la servicii medicale de calitate sau o stare socială extrem de vulnerabilă a femeilor care, din diferite motive, nu au solicitat ajutor medical.

Conform perioadei perinatale de survenire a decesului matern, putem constata că fiecare al patrulea caz (23,64±5,73%) a avut loc în timpul sarcinii, 20,00±5,39% – în timpul nașterii și mai mult de jumătate (56,36±6,69%) – în perioada de lăuzie (Tabelul 3.5). Acest fapt indică necesitatea revederii protocoalelor de conduită în naștere, a complicațiilor perioadei de lăuzie, precum și a transferului oportun al lăuzelor cu complicații în instituții specializate.

Tab. 3.5 Caracteristica lotului de cercetare conform perioadei survenirii decesului matern, a. 2009-2014 (abs., %)

Anul	În timpul sarcinii		În timpul nașterii		În perioada de lăuzie		Total
	n	%	n	%	n	%	
2009	2	3,64±2,52	1	1,82±1,80	4	7,27±3,50	7
2010	3	5,45±3,06	-	-	15	27,27±6,00	18
2011	2	3,64±2,52	4	7,27±3,50	-	-	6
2012	3	5,45±3,06	2	3,64±2,52	7	12,73±4,49	12
2013	2	3,64±2,52	4	7,27±3,50	-	-	6
2014	1	1,82±1,80	-	-	5	9,09±3,87	6
Total 2009-2014	13	23,64±5,73	11	20,00±5,39	31	56,36±6,69	55 (100%)

Repartizând pacientele conform vârstei, am constatat că majoritatea (46 de cazuri – 83,64±4,99%) femeilor erau de vârstă reproductivă optimă (20-39 de ani), situație caracteristică pentru nașterile din RM în general (Tabelul 3.6). Doar 5,45±3,06% din femei erau mai tinere de 20 de ani, iar 9,09±3,87% aveau vârsta peste 40 de ani. Rezultatele studiului contrazic unele date de literatură, conform cărora riscul de deces matern este mai înalt în grupa de vârstă reproductivă tardivă (după 40 de ani).

Fiind cunoscută interrelația directă dintre statutul socio-economic al femeilor și riscul mortalității materne, au fost examinate minuțios și aceste aspecte ale cazurilor de deces matern în RM. Unul dintre acestea este ocupația. Datele analizate prezintă următoarele: 32 (58,18±6,65%) de femei erau neangajate în câmpul muncii, 10 (18,18±5,20%) femei erau muncitoare și 12 (21,82±5,57%) erau funcționare (Tabelul 3.7). Cele relatate denotă că neangajarea în câmpul muncii și statutul socio-economic incert sunt direct corelate cu riscul de deces matern [OR=0,3445; ÎI 95% 0,2016-0,5887; p=0,0001].

Tab. 3.6. Caracteristica lotului de cercetare conform vârstei, a. 2009-2014 (abs., %)

Anul	< 19 ani		20-29 ani		30-39 ani		≥ 40 ani		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	N
2009	-	-	1	1,82±1,80	4	7,27±3,50	2	3,64±2,52	7
2010	1	1,82±1,80	9	16,36±4,99	8	14,54±4,75	-	-	18
2011	1	1,82±1,80	4	7,27±3,50	-	-	1	1,82±1,80	6
2012	-	-	7	12,73±4,49	3	5,45±3,06	2	3,64±2,52	12
2013	-	-	3	5,45±3,06	3	5,45±3,06	-	-	6
2014	1	1,82±1,80	4	7,27±3,50	1	1,82±1,80	-	-	6
Total 2009-2014	3	5,45±3,06	28	50,91±6,74	19	34,54±6,41	5	9,09±3,87	55 (100%)

Tab. 3.7. Caracteristica lotului de cercetare conform ocupației, a. 2009–2014 (abs., %)

Anul	Muncitoare		Studente		Funcționare		Neangajate		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	N
2009	-	-	-	-	2	3,64±2,52	5	9,09±3,87	7
2010	5	9,09±3,87	-	-	4	7,27±3,50	9	16,36±4,99	18
2011	1	1,82±1,80	-	-	1	1,82±1,80	4	7,27±3,50	6
2012	3	5,45±3,06	-	-	2	3,64±2,52	7	12,73±4,49	12
2013	-	-	-	-	2	3,64±2,52	4	7,27±3,50	6
2014	1	1,82±1,80	1	1,82±1,80	1	1,82±1,80	3	5,45±3,06	6
Total 2009-2014	10	18,18±5,20	1	1,82±1,80	12	21,82±5,57	32	58,18±6,65	55 (100%)

Un alt aspect evaluat a fost starea civilă a femeilor decedate, care a stabilit că majoritatea acestora – 38 (69,09±6,23%) – erau căsătorite, 7 (12,73±4,49%) erau celibatare, iar 8 (14,54±4,75%) trăiau în concubinaj (Tabelul 3.8). Astfel, rezultatele studiului nu confirmă că statutul social compromis (celibat, concubinaj etc.) corelează cu riscul de deces matern [OR= 1,7399; Î 95% 0,9775-3,0971; p=0,06].

Tab. 3.8. Caracteristica lotului de cercetare conform stării civile, a. 2009–2014 (abs., %)

Anul	Căsătorite		Celibatare		Concubinaj		Divorțate		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	N
2009	4	7,27±3,50	1	1,82±1,80	2	3,64±2,52	-	-	7
2010	12	21,82±5,57	3	5,45±3,06	2	3,64±2,52	1	1,82±1,80	18
2011	5	9,09±3,87	1	1,82±1,80	-	-	-	-	6
2012	10	18,18±5,20	1	1,82±1,80	1	1,82±1,80	-	-	12
2013	5	9,09±3,87	-	-	1	1,82±1,80	-	-	6
2014	2	3,64±2,52	1	1,82±1,80	2	3,64±2,52	1	1,82±1,80	6
Total 2009-2014	38	69,09±6,23	7	12,73±4,49	8	14,54±4,75	2	3,64±2,52	55 (100%)

Rezultatele studiului au constatat că doar la jumătate ($52,73 \pm 6,73\%$) dintre paciente nu au fost prezente careva probleme sociale, iar la restul au fost identificate asemenea probleme ca: nivelul redus sau lipsa condițiilor de trai ($38,18 \pm 6,55\%$), violența în familie ($9,09 \pm 3,87\%$). În 13 cazuri ($23,64 \pm 5,73\%$) familia femeii a fost calificată ca social vulnerabilă (Tab. 3.9).

Tab. 3.9. Caracteristica lotului de cercetare conform problemelor sociale agravante, a. 2009–2014 (abs., %)

Anul	Nivel jos de trai/ lipsa condițiilor de trai		Violență în familie		Familie socialmente vulnerabilă		Lipsa suportului din partea familiei		Lipsa problemelor sociale	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
2009	3	$5,45 \pm 3,06$	2	$3,64 \pm 2,52$	4	$7,27 \pm 3,50$	1	$1,82 \pm 1,80$	3	$5,45 \pm 3,06$
2010	8	$14,54 \pm 4,75$	1	$1,82 \pm 1,80$	4	$7,27 \pm 3,50$	1	$1,82 \pm 1,80$	10	$18,18 \pm 5,20$
2011	2	$3,64 \pm 2,52$	-	-	-	-	-	-	4	$7,27 \pm 3,50$
2012	4	$7,27 \pm 3,50$	1	$1,82 \pm 1,80$	3	$5,45 \pm 3,06$	1	$1,82 \pm 1,80$	6	$10,91 \pm 4,20$
2013	1	$1,82 \pm 1,80$	-	-	1	$1,82 \pm 1,80$	-	-	4	$7,27 \pm 3,50$
2014	3	$5,45 \pm 3,06$	1	$1,82 \pm 1,80$	1	$1,82 \pm 1,80$	1	$1,82 \pm 1,80$	2	$3,64 \pm 2,52$
Total 2009- 2014	21	$38,18 \pm 6,55$	5	$9,09 \pm 3,87$	13	$23,64 \pm 5,73$	4	$7,27 \pm 3,50$	29	$52,73 \pm 6,73$

În cadrul studiului a fost analizată calitatea asistenței antenatale, aceasta fiind un element esențial al conduitei sarcinii. Astfel, s-a constatat că doar jumătate ($54,54 \pm 6,71\%$) din aceste femei au fost luate în evidență antenatală până la 12 săptămâni, celelalte 25 ($45,45 \pm 6,71\%$) femei fie au amânat din diferite motive evidența timpurie, fie nu au solicitat asistență antenatală (Tabelul 3.10). Acest fapt explică, în mare măsură, finalul tragic al nașterii, în special la femeile cu patologie extragenitală gravă, care putea fi evitat, inclusiv prin prevenirea sarcinii riscante.

Tab. 3.10. Caracteristica lotului de cercetare conform termenului de sarcină la care pacientele au fost luate în evidență antenatală, a. 2009–2014 (abs., %)

Anul	< 12 s.a.		13-18 s.a.		19-24 s.a.		> 24 s.a.		Nu s-a aflat în evidență		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
2009	3	$5,45 \pm 3,06$	1	$1,82 \pm 1,80$	1	$1,82 \pm 1,80$	1	$1,82 \pm 1,80$	1	$1,82 \pm 1,80$	7
2010	12	$21,82 \pm 5,57$	1	$1,82 \pm 1,80$	1	$1,82 \pm 1,80$	-	-	4	$7,27 \pm 3,50$	18
2011	1	$1,82 \pm 1,80$	1	$1,82 \pm 1,80$	-	-	-	-	4	$7,27 \pm 3,50$	6
2012	6	$10,91 \pm 4,20$	2	$3,64 \pm 2,52$	-	-	2	$3,64 \pm 2,52$	2	$3,64 \pm 2,52$	12
2013	5	$9,09 \pm 3,87$	-	-	-	-	-	-	1	$1,82 \pm 1,80$	6
2014	3	$5,45 \pm 3,06$	2	$3,64 \pm 2,52$	1	$1,82 \pm 1,80$	-	-	-	-	6
Total 2009- 2014	30	$54,54 \pm 6,71$	7	$12,73 \pm 4,49$	3	$5,45 \pm 3,06$	3	$5,45 \pm 3,06$	12	$21,82 \pm 5,57$	55 100%

Principala persoană care a asistat conduita antenatală a sarcinii în majoritatea cazurilor (33 de gravide) a fost medicul de familie. Asistenta medicului de familie a dirijat sarcina în 3 cazuri, medicul obstetrician-ginecolog – în 4 cazuri, alt specialist – în 4 cazuri. Situația constatată denotă existența lacunelor de conduită antenatală în sistemul medicilor de familie, fiind necesar un studiu separat.

În urma analizei anamnezei obstetricale, s-a stabilit că doar 12 (21,81±5,57%) femei au fost primipare, câte 14 (25,45±5,87%) femei erau la a II-a sau a III-a naștere, 9 (16,36±4,99%) – la a IV-a, iar 6 (10,91±4,20%) – la a V-a și mai multe nașteri (Figura 3.8). Acest fapt confirmă încă o dată datele din literatura de specialitate, conform cărora multiparitatea este un factor de risc [OR=0,2562; Î 95% 0,1346-0,4879; p<0,0001], în special în asocierie cu vârsta înaintată a femeii și prezența patologiei extragenitale.

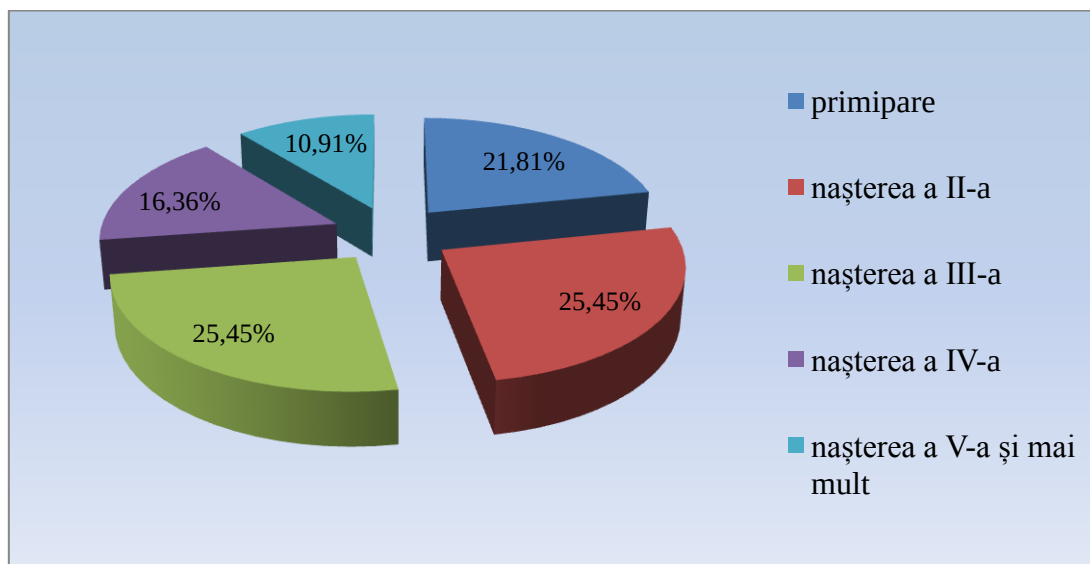


Fig. 3.8. Caracteristica lotului de cercetare conform parității, a. 2009–2014 (abs., %)

Anamneza ginecologică a fost agravată la 14 (25,45±5,87%) dintre pacientele incluse în studiu, fiind prezente: uter bicorn, uter cicatriceal, miom uterin, infertilitate. Patologiile infecțio-inflamatorii ale tractului genital (cervicitele, colpitele) au fost prezente la 7 (12,73±4,49%) femei (Tabelul 3.11).

Este cunoscut faptul că patologia extragenitală reprezintă un factor de risc major pentru evoluția patologică a sarcinii, în general, și pentru decesul matern, în particular, de aceea am analizat minuțios și acest aspect. Astfel, rezultatele studiului au constatat că 7 (12,73±4,49%) femei au avut diverse patologii ale aparatului cardiovascular (prolaps al valvei mitrale, HTA esențială, boală varicoasă, maladie cardiacă congenitală etc.), 8 (14,54±4,75%) paciente au prezentat în anamneză maladii ale sistemului respirator (pneumonie bilaterală, bronșită cronică,

echinococ pulmonar, TBC etc.). Patologii ale tractului urinar au avut 12 ($21,82 \pm 5,57\%$) femei, dintre care pielonefrită cronică în 10 ($18,18 \pm 5,20\%$) cazuri (Figura 3.9).

Tab. 3.11. Caracteristica lotului de cercetare conform anamnezei ginecologice,
a. 2009–2014 (%)

Anul	Uter bicorn		Uter cicatriceal		Miom uterin		Infertilitate primară		Altele		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2009	-	-	1	$1,82 \pm 1,80$	-	-	1	$1,82 \pm 1,80$	-	-	2	$3,64 \pm 2,52$
2010	1	$1,82 \pm 1,80$	-	-	1	$1,8 \pm 1,80$	1	$1,82 \pm 1,80$	2	$3,64 \pm 2,52$	5	$9,09 \pm 3,87$
2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2012	-	-	1	$1,82 \pm 1,80$	1	$1,8 \pm 1,80$	-	-	-	-	2	$3,64 \pm 2,52$
2013	-	-	-	-	-	-	-	-	4	$7,27 \pm 3,50$	4	$7,27 \pm 3,50$
2014	-	-	-	-	-	-	-	-	1	$1,82 \pm 1,80$	1	$1,82 \pm 1,80$
Total 2009-2014	1	$1,82 \pm 1,80$	2	$3,64 \pm 2,52$	2	$3,6 \pm 2,52$	2	$3,64 \pm 2,52$	7	$12,73 \pm 4,49$	14	$25,45 \pm 5,87$

Alte patologii extragenitale stabilite la femeile incluse în studiu au fost: limfom non-Hodjkin – 2 ($3,64 \pm 2,52\%$) cazuri, HIV/SIDA – 1 caz ($1,82 \pm 1,80\%$), hernia spinei bifida – 1 caz ($1,82 \pm 1,80\%$), scolioză gr. III-IV – 2 ($3,64 \pm 2,52\%$) Cazuri. Este important de a menționa că la fiecare a 3-a femeie erau prezente mai multe patologii extragenitale.

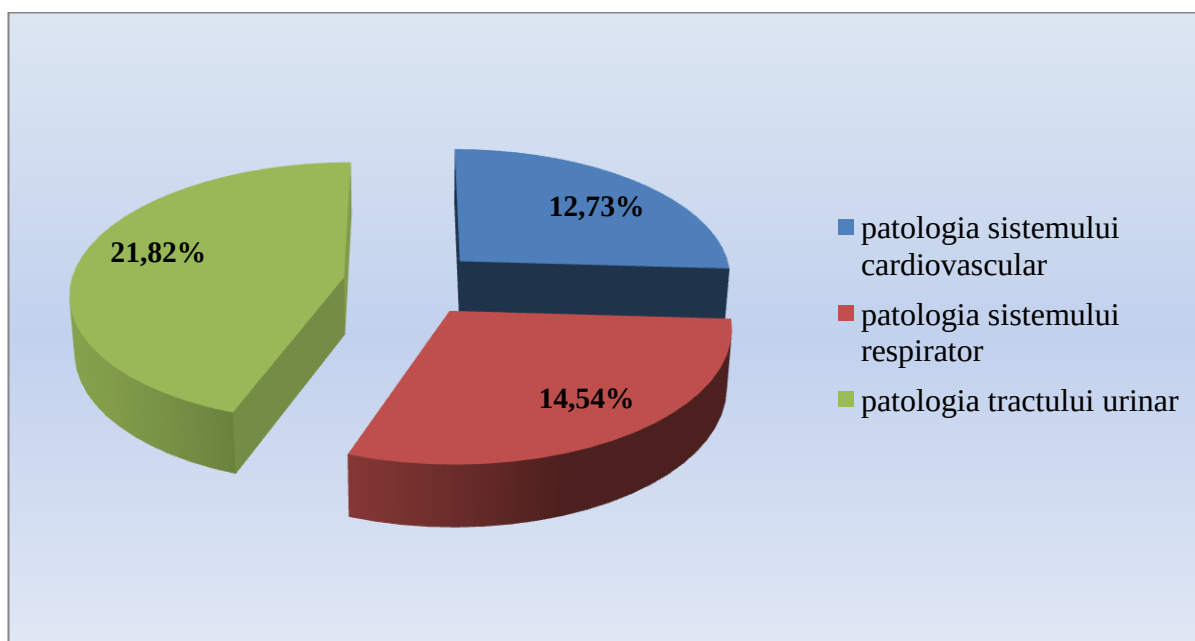


Fig. 3.9. Caracteristica lotului de cercetare conform patologiei extragenitale,
a. 2009–2014 (%)

Un alt aspect important a fost considerată evaluarea complicațiilor sarcinii actuale. Astfel, fiecare a 3-a femeie (19 cazuri – $34,54 \pm 6,41\%$) a avut cel puțin un episod de iminență de întrerupere a sarcinii, în 7 cazuri ($12,73 \pm 4,49\%$) sarcina complicându-se prin preeclampsie, în 8 ($14,54 \pm 4,75\%$) cazuri a fost diagnosticată acutizarea pielonefritei cronice, iar în 3 ($5,45 \pm 3,06\%$) – pielonefrita gestațională. Anemia de diverse grade a fost prezentă la 12 ($21,82 \pm 5,57\%$) femei din cele incluse în studiu (Figura 3.10).

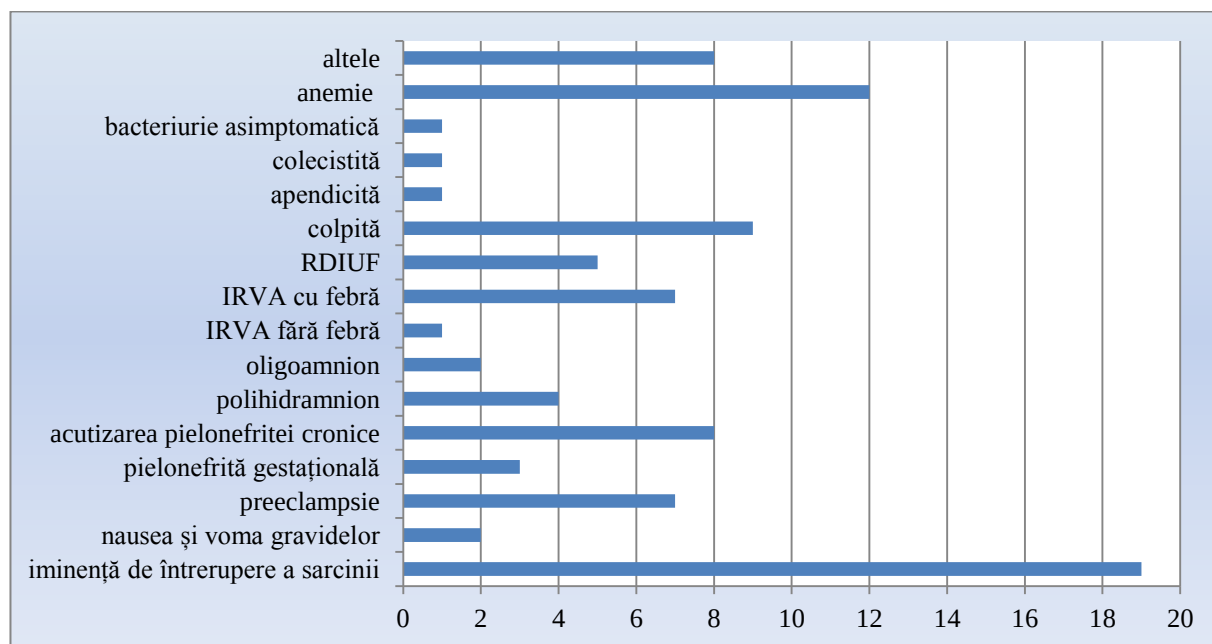


Fig. 3.10. Complicațiile sarcinii actuale la pacientele incluse în studiu,
a. 2009–2014 (abs.)

Conform datelor prezentate, rezultă că în total au fost constatate 99 de complicații ale evoluției sarcinii, ceea ce denotă că în majoritatea cazurilor evoluția sarcinii a fost compromisă cu 2-3 patologii.

Analizând termenele de gestație la care s-a finalizat sarcina, am constatat că din cele 41 ($74,54 \pm 5,87\%$) de femei care au decedat în timpul travaliului sau în perioada postnatală, 23 ($41,82 \pm 6,65\%$) au născut prematur, în mare parte prematuritatea fiind indusă de necesitatea finalizării sarcinii din cauza stării grave a femeii (cel mai frecvent determinată de patologia extragenitală), (Figura 3.11).

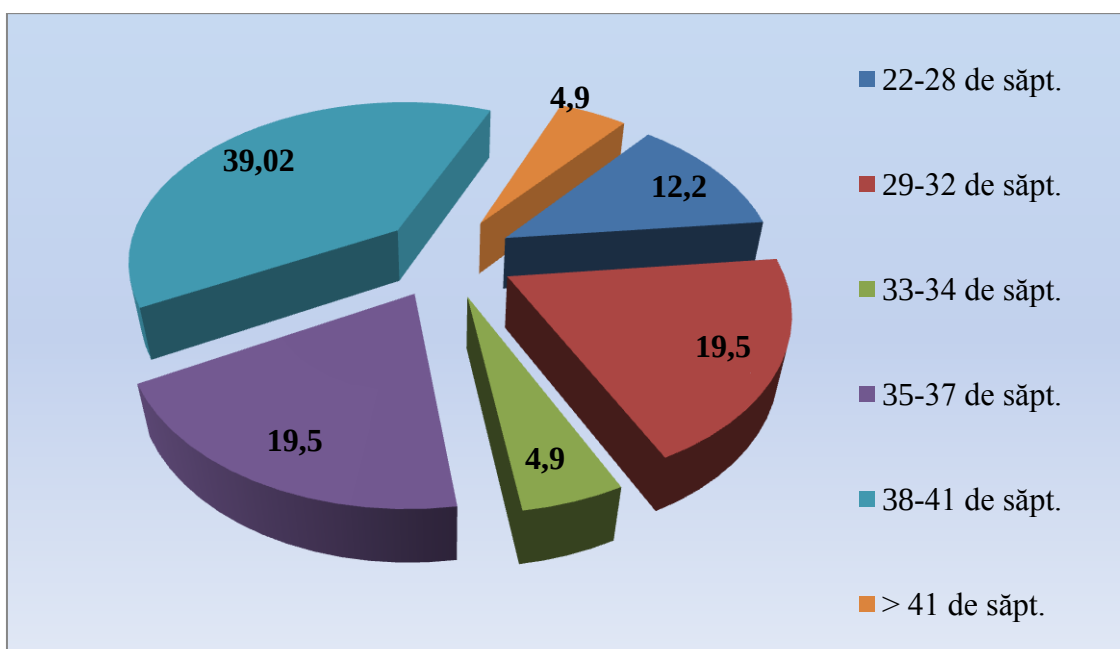


Fig. 3.11. Caracteristica lotului de cercetare conform termenului de sarcină la naștere, a. 2009–2014 (%)

În cadrul studiului au fost analizate complicațiile apărute în evoluția travaliului, acest interes fiind explicat prin faptul că majoritatea dintre ele au necesitat intervenții obstetrice sau au cauzat decesul matern. Așadar, din cele 41 de femei care au decedat în timpul travaliului sau în perioada postnatală, la 33 au fost constatate diverse complicații ale evoluției travaliului (insuficiența forțelor de travaliu – în $9,09 \pm 3,87\%$ din cazuri, placenta aderentă sau defect de țesut placentar – în $10,91 \pm 4,20\%$ și $3,64 \pm 2,52\%$ cazuri, respectiv; hemoragie hipotonică – la $18,18 \pm 5,20\%$ dintre femei (Anexa 6, Tabelul 7).

Aceste date corelează cu datele literaturii de specialitate, conform cărora anume patologia de inserție a placentei și hemoragiile hipotonice sunt principalele cauze de deces matern prin hemoragie, situație ce dictează necesitatea îmbunătățirii continue a asistenței obstetrice în cazul acestei patologii (asigurarea spitalelor cu medicamente necesare, preparate de sânge, precum și perfecționarea continuă a cadrelor medicale).

Un alt aspect evaluat a fost calea de finalizare a sarcinii. Astfel, s-a constatat că din totalitatea pacientelor care au născut ($n=41$), în $43,90 \pm 7,75\%$ cazuri sarcina a fost finalizată prin operație cezariană (Tabelul 3.12). Atrage atenția faptul că toate aceste operații au fost efectuate în mod urgent, ceea ce confirmă încă o dată că anume cezarienele urgente, în special la femeile cu fundal somatic compromis, prezintă un factor de risc pentru mortalitatea maternă.

Tab. 3.12. Repartizarea cazurilor conform modului de finalizare a nașterii, a. 2009-2014 (abs, %)

Anul	Prin căile naturale de naștere		Operație cezariană	
	n	%	n	%
2009	5	12,19±5,11	-	-
2010	5	12,19±5,11	10	24,39±6,71
2011	2	4,88±3,36	2	4,88±3,36
2012	7	17,07±5,87	2	4,88±3,36
2013	3	7,32±4,07	1	2,44±2,41
2014	1	2,44±2,41	3	7,32±4,07
Total 2009-2014	23	56,10±7,75	18	43,90±7,75

În cadrul studiului au fost evaluate complicațiile care au survenit în perioada postnatală (postoperatorie) și care, în mare măsură, au determinat finalul tragic. Astfel, din cele 30 de femei care au decedat în perioada postnatală, la fiecare a 5-a perioada de lăuzie s-a complicat cu endometrită, la fiecare a 4-a – prin pelvioperitonită și peritonită, în 3 cazuri – prin supurarea țesutului subcutanat. În 4 cazuri au fost diagnosticate complicații tromboembolice (Tabelul 3.13). Așadar, putem rezuma că complicațiile puerperal-septice continuă să mențină locul de frunte în structura morbidității postnatale în RM, la fel ca și în structura mortalității materne. Acest fapt dictează necesitatea elaborării unor măsuri eficiente de conduită a perioadei de lăuzie, pentru prevenirea acestor stări, și de tratament al complicațiilor infecțioase în cazul apariției lor.

În urma analizei structurii mortalității materne în RM pentru perioada 2009–2014, s-a determinat faptul că principalele cauze ale deceselor materne se divid simetric în cele prin risc obstetrical direct (28 de cazuri – 50,91±6,74%) și cele prin risc obstetrical indirect (27 de cazuri – 49,09±6,74%), (Figura 3.12; Anexa 6, Tabelul 8).

Tab. 3.13. Repartizarea cazurilor de deces matern în raport cu complicațiile perioadei postnatale (postoperatorii) a. 2009-2014, n=30 (abs, %)

Anul	Endometrită		Pelvioperitonită		Peritonită		Supurarea țesutului adipos subcutanat		Tromboembolie	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2010	3	10,00±5,48	2	6,67±4,55	3	10,00±5,48	2	6,67±4,55	3	10,00±5,48
2011	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,33±3,27
2012	1	3,33±3,27	-	-	-	-	1	3,33±3,27	-	-
2013	2	6,67±4,55	1	3,33±3,27	1	3,33±3,27	-	-	-	-
2014	-	-	1	3,33±3,27	-	-	-	-	-	-
Total 2009- 2014	6	20,00±7,30	4	13,33±6,21	4	13,33±6,21	3	10,00±5,48	4	13,33±6,21

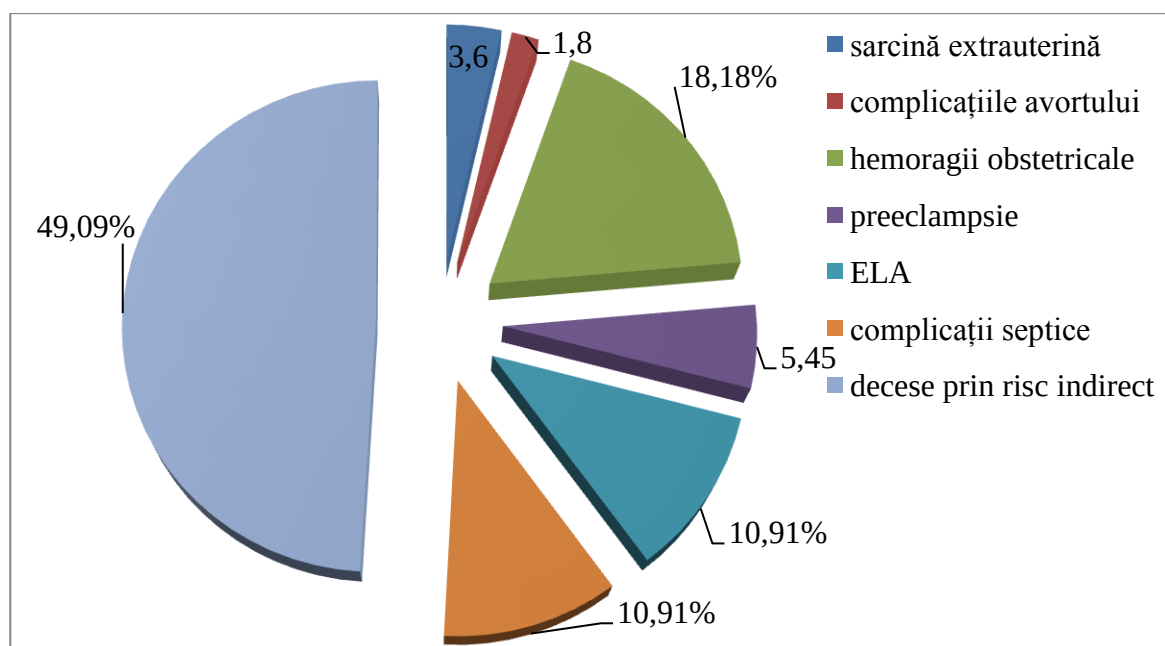


Fig. 3.12. Repartizarea cazurilor incluse în studiu conform cauzei de deces, a. 2009–2014 (%)

Majoritatea deceselor prin risc obstetrical direct sunt determinate de hemoragiile obstetricale masive – 10 ($18,18 \pm 5,20\%$) cazuri din numărul total de decese materne în perioada estimată, fiind cauzate de atonia uterului (3 cazuri), patologia de inserție a placentei – placenta increta, accreta (3 cazuri), dezlipirea prematură de placenta normal inserată (2 cazuri), placenta aderentă (1 caz), hemoragia pe fundal de resturi de țesut placentar (1 caz).

Următoarea cauză ca pondere a deceselor materne prin risc obstetrical direct este embolia cu lichid amniotic (6 cazuri – $10,91 \pm 4,20\%$) – complicație obstetricală imprevizibilă și greu controlabilă. Aceeași cotă o dețin și complicațiile septice, care au fost cauza decesului matern în 6 ($10,91 \pm 4,20\%$) cazuri, plasându-se pe locurile II-III în structura mortalității materne în RM. În pofida tuturor eforturilor de a diminua numărul de decese materne din cauze puerperal-septice depuse pe parcursul ultimelor decenii, rata lor rămâne constant înaltă în țara noastră.

Decesele materne provocate de complicațiile hipertensive (preeclampsie, sindrom HELLP) s-au înregistrat în 3 cazuri ($5,45 \pm 3,06\%$). Conform datelor din literatura de specialitate, stările hipertensive în sarcină dețin primele locuri în structura mortalității materne, pe când în RM se plasează pe ultimele locuri din structură. Aceasta se explică nu atât prin diagnosticul și tratamentul oportun aplicat, cât prin prevalența altor cauze (hemoragii, complicații septice, embolie cu lichid amniotic). Aceeași situație este caracteristică, de regulă, și țărilor slab dezvoltate economic.

În structura mortalității materne se mai regăsesc sarcinile extrauterine (2 cazuri – $3,64 \pm 2,52\%$) și complicațiile post-avort (1 caz – $1,82 \pm 1,80\%$), patologii care pot fi prevenite

prin aplicarea măsurilor de planificare a familiei, prin diagnosticul oportun al sarcinii extrauterine sau prin efectuarea întreruperii sarcinii în condiții sigure (Figura 3.13).

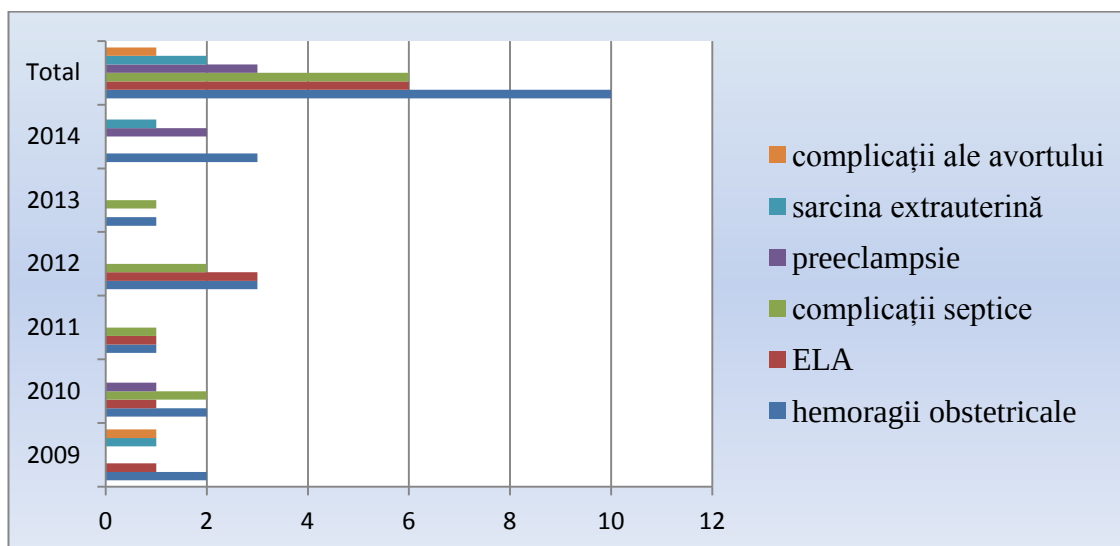


Fig. 3.13. Cazurile de deces matern prin risc obstetrical direct, a. 2009-2014 (abs.)

Structura letalității materne prin risc obstetrical indirect este foarte variată, fiind cauzată de patologii extragenitale cu diversă localizare (Figura 3.14). Circa 1/3 din aceste cazuri (8 cazuri – $14,54 \pm 4,75\%$ din numărul total de decese materne) au fost determinate de gripa A (H1N1), fiind înregistrate în perioadele de epidemii ale acestei infecții în RM (în special în anul 2010). Evoluția complicată a gripei prin survenirea pneumoniei grave a determinat decesul matern, mai ales la femeile cu statut imun compromis sau la cele care s-au adresat târziu după ajutor medical, încercând să se trateze singure.

Locul doi în structura mortalității materne prin risc obstetrical indirect îl dețin maladiile oncologice (5 cazuri – $9,09 \pm 3,87\%$ din numărul total de decese), care au fost depistate pe parcursul sarcinii. Acestea sunt reprezentate prin limfom non-Hodjkin, anemie aplastică severă, tumoare a sistemului nervos central și tumoare în regiunea gastroileopancreatică). Aceste decese materne puteau fi prevenite prin depistarea și tratamentul oportun al patologiilor menționate până la sarcină sau la debutul acesteia, când mai era posibilă intervenția în favoarea sănătății și vieții femeii.

În continuare, în structura mortalității materne prin risc obstetrical indirect, cu o pondere aproape egală, se întâlnesc accidentele cerebrale (3 cazuri – $5,45 \pm 3,06\%$), maladiile hepatobiliare (2 cazuri – $3,64 \pm 2,52\%$) și bolile sistemului cardiovascular (3 cazuri – $5,45 \pm 3,06\%$). Accidentele cerebrovasculare în 2 ($3,64 \pm 2,52\%$) cazuri au fost determinate de ictus hemoragic, într-un caz ($1,82 \pm 1,80\%$) – de ruptura anevrismului vaselor cerebrale. Patologia hepatică a fost reprezentată de steatoza hepatică – afecțiune care deseori mimează hepatita de

diversă etiologie, ceea ce dictează necesitatea prelungirii în timp și posibilități de investigații suplimentare. În alte 6 cazuri decese maternе au fost cauzate de sepsis non-obstetrical (2 cazuri ($3,64 \pm 2,52\%$)), înregistrat în caz de apendicită acută și de chist pulmonar, maladii otorinologice (2 cazuri ($3,64 \pm 2,52\%$)), tuberculoză generalizată (1 caz ($1,82 \pm 1,80\%$)), patologie chirurgicală acută – ruptura arterei lienale (1 caz ($1,82 \pm 1,80\%$)).

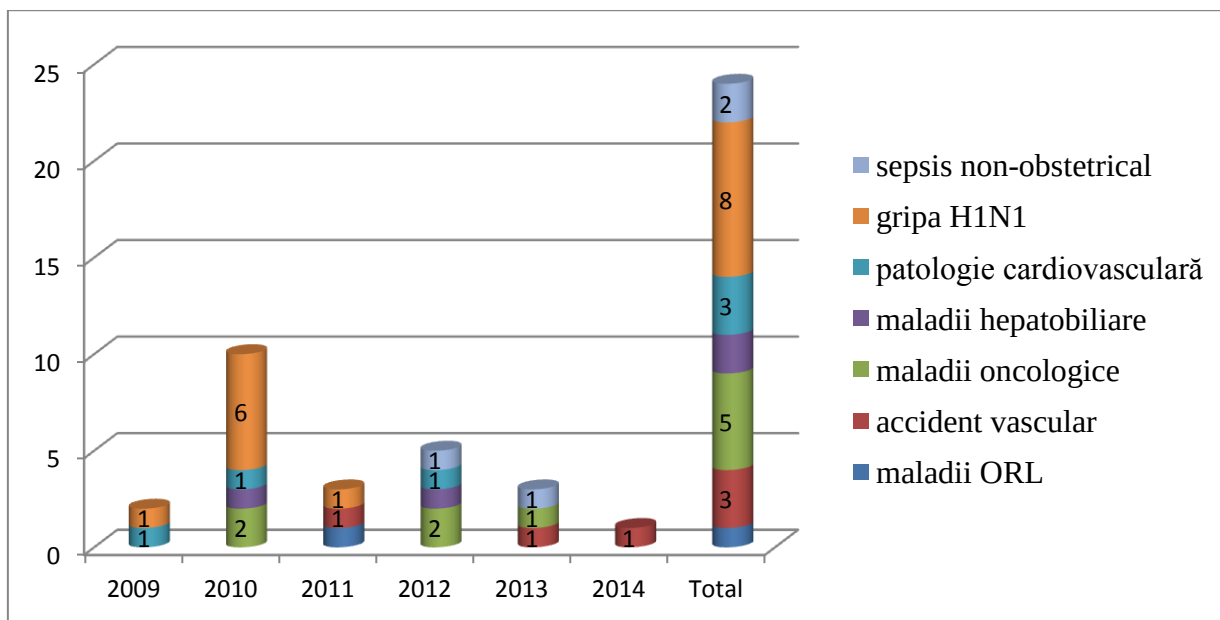


Fig. 3.14. Structura mortalității maternе prin risc obstetrical indirect, a. 2009–2014 (abs.)

Așadar, majoritatea cazurilor de deces matern survenite prin risc obstetrical indirect ar putea fi prevenite prin evidența antenatală oportună, prin examinarea minuțioasă a femeilor cu patologie extragenitală, prin prevenirea și întreruperea sarcinii riscante în termene timpurii.

3.3. Analiza clinică nosologică a cazurilor de deces matern și determinantele mortalității maternе

3.3.1. Decesele maternе cauzate de hemoragii obstetricale

Hemoragiile reprezintă una dintre cele mai serioase complicații obstetricale, care pot surveni atât pe parcursul sarcinii (la orice termen), cât și în timpul nașterii, sau în perioada de lăuzie. Specificul lor este instalarea de obicei bruscă, asocierea cu dereglări coagulopatie, dificultățile efectuării unei hemostaze definitive și consecințele grave pe care le provoacă.

Conform rezultatelor studiului, pe parcursul perioadei estimate, în RM au fost înregistrate 10 cazuri de deces matern din cauza hemoragiilor obstetricale, ceea ce constituie $18,18 \pm 5,20\%$ din numărul total de decese maternе. Cota majoră a acestor femei (9 cazuri) a fost din sectorul rural și 1 – din centru raional.

Este important de menționat că în 6 cazuri nașterile au avut loc la domiciliu, celelalte 4 – în spitale raionale (2 cazuri în spitalul raional din Edineț și câte 1 în cele din Ceadâr-Lunga și Cahul). Acest fapt demonstrează încă o dată riscul major pe care îl prezintă nașterile la domiciliu, în fiecare din aceste cazuri fiind depistate diverse motive ale refuzului de a solicita asistența medicală; în unele cazuri gravidele tănuiau prezența sarcinii chiar și de familiile lor. Totodată, acest fapt denotă o carență gravă a asistenței medicale primare, când femeile ies din vizorul medicului sau a asistentului medicului de familie, ceea ce poate fi explicat printr-o migrație internă și externă necontrolată a acestor femei.

Un alt moment îngrijorător este faptul că în 3 cazuri decesul matern s-a produs la domiciliu, ceea ce vorbește despre o cultură sanitară joasă a familiei față de sănătatea femeii sau despre lipsa cunoștințelor a semnelor de pericol pentru viață, determinând astfel solicitarea tardivă a ajutorului medical.

În 5 ($50,0 \pm 5,00\%$) cazuri, decesele materne prin hemoragie obstetricală au fost înregistrate în maternitate de nivelul III, unde femeile au fost transferate pentru acordarea asistenței medicale specializate. Într-un caz ($10,0 \pm 9,48\%$), decesul matern s-a produs în transportul asistenței medicale urgente, deoarece pacienta a solicitat ajutorul medical fiind deja într-o stare critică.

În toate cazurile, decesele s-au produs în diverse momente ale perioadei de lăuzie: 5 ($50,0 \pm 5,00\%$) – în perioada de lăuzie imediată (primele 2-3 ore după naștere), 2 ($20,00 \pm 12,81\%$) – în prima zi a perioadei de lăuzie, 3 ($30,00 \pm 4,58\%$) – între a 14-a și a 18-a zi a perioadei de lăuzie.

Estimarea cazurilor de deces matern conform vârstei a constatat o repartizare egală: 2 ($20,00 \pm 12,81\%$) femei erau cu vârsta cuprinsă între 20 și 29 de ani, 4 ($40,0 \pm 4,90\%$) femei – cu vârsta între 30 și 39 de ani și 4 ($40,0 \pm 4,90\%$) aveau vârsta mai mare de 40 de ani. În acest context atrage atenția faptul că din 5 ($50,0 \pm 5,00\%$) cazuri de decese materne în RM în perioada estimată la femeile în vârstă de peste 40 de ani, 4 au fost cauzate de hemoragii. Vârsta medie a femeilor decedate din cauza hemoragiilor obstetricale a constituit $35,7 \pm 3,27$ ani.

Un alt fenomen ce confirmă decăderea femeilor de sub supravegherea medicală este evitarea evidenței antenatale la medicul de familie în 6 ($60,0 \pm 4,90\%$) cazuri din 10, într-un alt caz femeia fiind supusă tardiv îngrijirilor antenatale, de la termenul de sarcină de 36 de săptămâni.

Repartizarea cazurilor conform parității a stabilit că doar o femeie era primipară, în 4 ($40,0 \pm 4,90\%$) cazuri pacientele erau la a III-a sarcină, în 2 ($20,00 \pm 12,81\%$) – la a IV-a și în 3 ($30,00 \pm 4,58\%$) cazuri – la a V-a și mai multe sarcini. Toate acestea confirmă faptul că

multiparitatea este un factor de risc pentru hemoragii obstetrice, dictând necesitatea unei conduite mai active a acestor nașteri și includerea multiparelor în grupa de risc major pentru hemoragii obstetrice.

Conform termenului gestațional în care s-a produs nașterea, putem constata că în 3 (30,00±4,58%) cazuri nașterea a fost prematură (la 30-31 săptăm., 31-32 săptăm. și 36-37 săptăm.), în celelalte 7 cazuri aceasta a debutat la termen.

Analiza structurii hemoragiilor obstetrice ce au cauzat decesul matern a stabilit că în 3 (30,00±4,58%) cazuri a fost diagnosticată atonia uterină, în 2 (20,00±12,81%) – decolarea prematură a placentei, în 4 (40,0±4,90%) cazuri – diverse grade ale patologiei de inserție a placentei (placenta aderentă, accreta, increta), într-un caz (10,0±9,48%), hemoragia masivă a survenit pe fundal de resturi de țesut placentar.

În cele 6 cazuri, când pacientele cu hemoragie după naștere s-au internat în staționar, au fost efectuate tentative de corecție medicamentoasă și chirurgicală a hemoragiei. Astfel, în 2 (20,00±12,81%) cazuri s-a recurs la histerectomie totală cu anexe, în 3 (30,00±4,58%) – la histerectomie subtotală fără anexe. Într-un caz (10,0±9,48%) s-a efectuat doar chiuretajul cavității uterine. În alt caz (10,0±9,48%), la o pacientă cu rupturi profunde ale vaginului, paralel cu histerectomia, s-a încercat de a stopa hemoragia prin ligaturarea bilaterală a arterelor iliace interne.

Volumul letal al hemoragiei a fost posibil de apreciat doar în cazul nașterilor în staționar (2 cazuri) și a variat de la 800 ml (la o femeie cu masa corporală de 37 kg) până la 1300 ml. În alte 4 (40,0±4,90%) cazuri, femeile au fost internate de la domiciliu deja cu hemoragie – într-un caz (10,0±9,48%) – la a 14-a zi a perioadei de lăuzie, în celelalte 3 cazuri (30,00±4,58%) – peste câteva ore după naștere). Însă volumul real al hemoragiei a fost foarte dificil de apreciat în aceste cazuri.

Conform ordinelor MS, fiecare caz de deces matern a fost analizat și discutat în cadrul comisiilor multidisciplinare, cu formularea concluziilor și elaborarea măsurilor ce ar preveni repetarea acestora. Astfel, conform concluziilor specialiștilor, în toate cazurile de deces matern din cauza hemoragiilor obstetrice au fost depistate erori de conduită la diferite niveluri de asistență medicală. În majoritatea cazurilor au fost constatate întârzieri în acordarea ajutorului medical, în 2 (20,00±12,81%) cazuri fiind cauzate de subaprecierea gravității pacientei; în 3 (30,00±4,58%) – de stabilirea unui diagnostic incorect, ce a condus la un tratament inadecvat, iar în alte 3 (30,00±4,58%) cazuri – de solicitarea tardivă a ajutorului medical de către pacientă și familia ei.

În urma analizei au fost depistate în 4 ($40,0\pm4,90\%$) cazuri – deficiențe metodico-organizatorice, în alte 4 ($40,0\pm4,90\%$) – erori la nivel de ambulatoriu, într-un caz – erori la nivelul secției de naștere.

Ca urmare a discuțiilor, cazul de deces a fost calificat evitabil la nivel de asistență medicală primară într-un caz, evitabil la nivel de staționar – în 2 ($20,00\pm12,81\%$) cazuri, condiționat evitabil – în 4 și inevitabil – în 3 cazuri ($30,00\pm4,58\%$).

Analiza minuțioasă a cazurilor de deces matern cauzate de hemoragii obstetricale a constatat următoarele neconformități:

- rolul scăzut al asistenței medicale primare în problemele de planificare a familiei;
- vigilența scăzută din partea medicilor de familie față de persoanele de vârstă reproductivă aflate în grupa de risc;
- lipsa de informare coerentă a populației, despre planificarea familială și contracepția modernă, care a determinat tăinuirea gravidității;
- apelarea tardivă pentru asistență medicală și, în consecință, finalizarea nașterilor la domiciliu sau spitalizarea întârziată în maternitate;
- lipsa confidențialității depline în instituțiile medicale, care duce la stigmatizarea persoanei și contribuie la neîncrederea față de lucrătorii medicali, fapt ce explică prezența decesului matern cauzat de tăinuirea sarcinii;
- lipsa supravegherii adecvate în perioada gravidității;
- lipsa examenelor medicale profilactice în rândul femeilor de vârstă reproductivă în perioada preconcepțională, pentru depistarea maladiilor extragenitale;
- calificarea insuficientă a cadrelor medicale;
- promovarea insuficientă a modului sănătos de viață, de educație pentru sănătate, instruire respective a populației feminine, gravidelor și familiilor lor.

Conduita obstetricală în cazul instalării unei hemoragii obstetricale trebuie să fie standardizată, elementele-cheie ale succesului terapiei fiind bine cunoscute: diagnosticul timpuriu, monitorizarea minuțioasă a stării pacientei, stoparea hemoragiei și restabilirea adecvată a volumului de sânge pierdut. În cazul nașterilor la domiciliu, toate aceste verigi sunt imposibil de respectat, fiind omise toate posibilitățile de diagnostic și cele terapeutice. Dar și în cazurile în care pacientele au solicitat asistență medicală cu întârziere (după instalarea hemoragiilor post-partum), rezultatul tragic fiind explicat prin acest fapt, în cadrul studiului au fost stabilite unele erori de conduită care, la rândul lor, au condus la deces matern. Astfel, s-a constatat că pierderea sangvină a fost restabilită foarte târziu și insuficient, că nu există un sistem bine organizat de asistență obstetricală urgentă.

În două cazuri, volumul hemoragiei a fost subestimat: nivelul hemoglobinei la internare fiind de 47 și 43 g/ l, volumul probabil al pierderii sangvine a fost apreciat de 1,5 l. Aceasta, la rândul său, a condus la un tratament de reechilibrare volemică inadecvat. La 2 femei, componența perfuziilor volemice a fost apreciată ca nejustificată, nefiind respectat raportul soluțiilor cristaloide/coloide, cu predominarea celor coloide. Conform datelor din literatura de specialitate, în pofida faptului că preparatele coloidale teoretic au avantajul de a mări mai ales volumul intravascular, comparativ cu cel extravascular, până la moment nu s-a demonstrat că ele sunt mai eficiente decât cristaloidele în resuscitarea pacienților în stare critică. Totodată, preparatele coloidale au acțiune anticoagulantă, scad agregabilitatea trombocitelor și modifică veridicitatea probei de compatibilitate individuală a sângelui. Producerea coagulopatiilor și afectarea funcției renale sunt atribuite în special preparatelor pe bază de amidon (în 2 cazuri din cadrul studiului s-a administrat 1000 ml refortan) și dextranelor (perfuzate în 3 cazuri). Toate acestea indică necesitatea revizuirii protocoalelor de conduită a cazurilor de hemoragii obstetricale (în special, tratamentul de reechilibrare volemică).

O altă necesitate imperativă este elaborarea și implementarea protocoalelor instituționale, care să definească acțiunile necesare în cazul instalării unei hemoragii obstetricale, cu stabilirea obligațiunilor fiecărui membru al echipei în stări de urgență.

Așadar, putem concluziona că în toate cazurile de deces matern cauzate de hemoragii obstetricale au existat un șir de deficiențe, atât din partea pacientelor, cât și în procesul organizării și prestării asistenței medicale, care au condus la un rezultat nefavorabil – decesul matern.

3.3.2. Decesele materne cauzate de embolie cu lichid amniotic

Embolia cu lichid amniotic (ELA), fiind a doua ca frecvență cauză de deces matern în RM în perioada 2009–2014 (6 cazuri sau 10,91±4,20%), este o complicație dificil de prognozat, dar și mai dificil de controlat odată ce s-a stabilit. Gravitatea acestei complicații a nașterii derivă atât din debutul culminant, cât și din dificultățile terapeutice ale coagulopatiei de consum, care este o verigă inevitabilă a patologiei menționate. Conform datelor literaturii de specialitate, incidența ELA variază între 1/8000 și 1/9200 de nașteri. Mortalitatea în cazul ELA variază între 60% și 85%, în funcție de studiul efectuat. Un alt aspect al acestei complicații este multitudinea de factori predispozanți, cunoașterea și evitarea cărora permite prevenirea ELA. În 50% din cazuri, decesul matern survine în primele 30 de minute de la debut și în 100% din cazuri – în primele 5 ore de la apariția manifestărilor clinice. În structura mortalității materne, ELA

alcătuiește în medie 4,5-9%, plasându-se după hemoragii, infecțiile obstetricale, preeclampsie/eclampsie și tromboembolie pulmonară.

Principalele consecințe ale ELA sunt hemoragia obstetricală cauzată, pe de o parte, de coagulopatia inevitabil instalată, iar pe de altă parte – de atonia uterină determinată de blocarea contractilității uterului de către produsele de degradare a fibrinei și fibrinogenului.

Pe parcursul anilor 2009–2014, în RM au fost constatate 6 decese materne cauzate de ELA. Vârsta pacientelor a variat între 23 și 39 de ani, media constituind $30 \pm 8,7$ ani.

Rezultatele studiului denotă că toate femeile au fost din mediul rural, dintre care 5 ($83,33 \pm 15,21\%$) au născut în maternități de nivelul I, iar 1 ($16,67 \pm 15,21\%$) – în CP de nivelul III.

În 3 ($50,0 \pm 6,45\%$) cazuri, decesul matern a survenit în timpul travaliului și în alte 3 – în perioada de lăuzie (peste 40 de minute, peste 48 de ore, la a 15-a zi a perioadei de lăuzie). În 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) cazuri, femeile erau primipare, în 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) – secundipare și în câte 1 caz – la a IV-a și a V-a naștere. În toate cazurile, nașterile au debutat spontan, dar în 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) cazuri s-au finalizat prin operație cezariană de urgență, în 4 ($66,67 \pm 19,09\%$) s-au realizat prin căile naturale de naștere. Complicațiile nașterii care au fost înregistrate la pacientele decedate din cauza ELA au fost: insuficiența forțelor de contracție – 4 ($66,67 \pm 19,09\%$) cazuri, care au necesitat stimularea travaliului cu sol. oxitocină, ruperea prematură a pungii amniotice – într-un caz ($16,67 \pm 15,21\%$), hemoragia hipotonică – în 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) cazuri.

Indicații pentru operația cezariană au fost: într-un caz ($16,67 \pm 15,21\%$) – insuficiența forțelor de contracție și suferința fetală acută, în alt caz – prezența cicatricei pe uter. Volumul pierderii sangvine în naștere (operație cezariană) a constituit într-un caz până la 400 ml, în 3 cazuri – între 600 și 900 ml, în 2 – a depășit 1000 ml.

În 3 cazuri, decesul pacientelor a survenit în timpul travaliului: în 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) cazuri – la dilatarea cervicală de 6-7 cm, în al treilea caz ($16,67 \pm 15,21\%$) – în timpul operației cezariene după extracția fătului. În toate aceste cazuri de deces matern, în perioada postnatală a fost efectuată histerectomia: într-un caz ($16,67 \pm 15,21\%$) – subtotală, în 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) – totală. În 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) cazuri a fost necesară efectuarea re-laparotomiei pentru o hemostază suplimentară. Examinarea calității asistenței medicale în fiecare caz a constatat o asistență anestezicologică optimă, iar în 3 ($50,00 \pm 16,45\%$) cazuri asistența obstetricală a fost apreciată ca suboptimală (necompletarea partogramei, indicarea nejustificată a perfuziei cu sol. oxitocină la o multipară cu a V-a naștere). În urma analizei și discuției fiecărui caz, acestea au fost calificate condiționat evitabile în 2 cazuri, în 4 – ca inevitabile la nivel de staționar.

Examinarea cazurilor de către comisiile MS a constatat următoarele erori de conduită a cazurilor de deces matern cauzat de ELA: în 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) cazuri a fost subapreciată gravitatea stării pacientei, tratamentul inițial fiind simptomatic (este vorba de cazurile în care ELA s-a manifestat prin hemoragii uterine). Într-un caz ($16,67 \pm 15,21\%$), când decesul pacientei a survenit la a 15-a zi a perioadei de lăuzie, motivul nemijlocit al decesului a fost sindromul de post-resuscitare, complicat cu sepsis obstetrical.

Cele relatate mai sus confirmă necesitatea elaborării și implementării măsurilor de optimizare a conduitei travaliului, în special a indicațiilor și condițiilor pentru stimularea travaliului cu oxitocină, cu atenționarea despre precauția maximă la femeile multipare, precum și necesitatea instruirii personalului medical privind măsurile de urgență ce trebuie aplicate în echipă în cazul instalării tabloului clinic al ELA.

3.3.3. Analiza cazurilor de deces matern cauzate de sepsisul obstetrical

Sepsisul pe parcursul anilor ocupă locurile II-III în structura cauzelor mortalității materne în RM, deși în țările economic dezvoltate el are o pondere mult mai mică.

În perioada 2009–2014, în RM au fost înregistrate 6 cazuri de deces matern provocate de sepsis, ceea ce constituie $10,91 \pm 4,20\%$ din numărul total de cazuri sau $21,4\%$ din cazurile de mortalitate maternă din cauze obstetricale (directe).

Atrage atenția faptul că în acest eșantion de cazuri se observă o vârstă mai tânără a femeilor, comparativ cu totalitatea deceselor materne, care variază între 20 și 32 de ani, media constituind $25,3 \pm 7,7$ ani.

Este necesar de a menționa că în 2 cazuri pacientele nu s-au aflat în evidență antenatală, iar într-un caz ($16,67 \pm 15,21\%$) gravida a fost luată în evidență la 28 de săptămâni. În 3 ($50,0 \pm 6,45\%$) cazuri, femeile erau primipare, într-un caz ($16,67 \pm 15,21\%$) – secundipară, în 2–multipare (a V-a și a VI-a naștere).

În 4 ($66,67 \pm 19,24\%$) cazuri a fost posibil de a depista diverse patologii infecțioase asociate sarcinii: pielonefrită acută – la 2 femei, pneumonie virală – la 1 ($16,67 \pm 15,21\%$), vaginoză bacteriană – în 2 ($33,33 \pm 15,21\%$) cazuri. Conform datelor literaturii de specialitate, anume aceste patologii cel mai frecvent se asociază complicațiilor puerperal-septice, fapt confirmat și de studiul nostru.

Decesul pacientei a fost înregistrat într-un caz ($16,67 \pm 15,21\%$) la domiciliu (la o gravidă cu sarcină stagnată la 19-20 de săptămâni, cu infectare hematogenă maternă), în alt caz ($16,67 \pm 15,21\%$) – în prima zi post-avort (la fel, la o pacientă cu sarcină stagnată la 19-20 de săptămâni, pielonefrită acută, cu suspiciunea de intervenție criminală), încă într-un caz

(16,67±15,21%) – în ziua a 13-a a perioadei postnatale, iar în 3 cazuri – în ziua a 20-24-a a perioadei postnatale.

Este necesar de a menționa că în 2 (20,00±12,81%) cazuri, nașterea s-a finalizat prin operație cezariană de urgență, indicații fiind într-un caz retardul de dezvoltare intrauterină a fătului gr. III și insuficiența circulatorie feto-placentară, iar în alt caz – preeclampsia moderată, decolarea prematură a placentei normal inserate. Anume fundalul compromis pe care s-au efectuat intervențiile chirurgicale a favorizat evoluția vicioasă a perioadei postoperatorii. În ambele cazuri, perioada postoperatorie s-a complicat cu hemoragie uterină, ce a necesitat efectuarea re-laparotomiei cu scop hemostatic. Acest fapt a servit drept factor ce a condiționat survenirea complicațiilor ulterioare.

În același timp, evoluția complicată a perioadei postnatale poate avea loc și pe un fundal neprevăzut, cum s-a întâmplat în cazul unei paciente care a fost externată la a 3-a zi a perioadei de lăuzie în stare satisfăcătoare, pentru ca să fie reinternată peste 5 zile cu diagnosticul de endometrită acută, pelvioperitonită, sepsis. Pacienta a decedat la a 13-a zi a perioadei de lăuzie din cauza insuficienței poliorganice și a pneumoniei bilaterale.

În cele 4 cazuri de decese materne din cauza complicațiilor septice (cu excepția celor 2 femei cu sarcini stagnante la 19-20 de săptămâni), tratamentul complex a inclus tentative de a înlătura focarul de infecție puerperală prin histerectomie totală cu trompele uterine, care, cu regret, nu s-au soldat cu succes.

Analiza detaliată a tuturor cazurilor de deces matern cauzate de sepsis obstetrical a constatat că în toate cazurile decesul matern a fost condiționat evitabil în etapa inițială de conduită (prespitalicesc sau la nivelul secției de internare), decesul fiind inevitabil odată cu instalarea cercului vicios specific șocului bacteriotoxic cu insuficiență poliorganică.

Totodată, auditul cazurilor incluse în studiu a evidențiat ratarea unui șir de posibilități de a evita, cel puțin, o parte din aceste decese. Șansele de supraviețuire ar fi fost mai mari dacă femeile ar fi apreciat corect semnele de pericol pentru viață și ar fi solicitat la timp ajutorul medical. Acest lucru este actual mai ales pentru femeile cu sarcină stagnată la termene avansate de sarcină și la pacienta care, fiind externată la domiciliu în stare satisfăcătoare în perioada post-partum, nu a solicitat asistența medicală imediat după înrăutățirea stării de sănătate.

3.3.4. Analiza cazurilor de deces matern prin risc indirect

Prezența masivă a patologiei extragenitale în structura mortalității materne reflectă tendințele certe de înrăutățire a stării sănătății femeilor de vârstă reproductivă pe parcursul ultimelor decenii.

Astfel, pe parcursul perioadei evaluate, în RM au fost înregistrate 27 de cazuri de deces matern prin risc indirect ($49,09 \pm 6,74\%$ din numărul total de decese materne), majoritatea dintre ele au putut fi evitate, fie prin aplicarea măsurilor de pregătire preconcepțională, fie prin întreruperea sarcinii la termene timpurii în interes matern, sau printr-o monitorizare mai riguroasă a gravidelor cu patologie extragenitală. Structura mortalității materne prin risc indirect este prezentată în Anexa 6, Tabelul 9.

După cum reiese din cele prezentate mai sus, circa 1/3 din decesele materne din cauze indirecte au fost determinate de complicațiile gripei H1N1 (8 cazuri), constituind $14,54\%$ din numărul total de decese materne în perioada estimată. Pe al doilea loc ca incidență se plasează patologia oncologică, fiind reprezentată de limfomul non-Hodgkin în 2 cazuri, de anemie aplastică – într-un caz, de tumoare masivă de unghi pontocerebelos – într-un caz și de tumoare cu necroză în regiunea gastroileopancreatică de asemenea într-un caz. Pe al treilea loc se regăsesc accidentele cerebrovasculare cu hemoragii intracraniene – în 3 cazuri.

Celelalte cauze extragenitale au fost repartizate practic uniform între sepsisul nonobstetrical (1 caz de sepsis pulmonar cu chist al lobului mediu pe dreapta și 1 caz de apendicită acută gangrenoasă) și maladiile cardiace decompensate (câte 1 caz de cardiopatie dilatativă și sindrom Eisenmenger). De asemenea, câte 1 caz de deces obstetrical prin risc indirect a fost cauzat de tuberculoza generalizată, tromboembolia pulmonară în timpul sarcinii și hemoragia cauzată de ruptura arterei lienale, determinată de un limfangiom masiv. Vârsta medie a pacientelor din această grupă a fost repartizată în modul următor: 2 femei ($7,41 \pm 5,04\%$) erau mai tinere de 20 de ani, 13 ($48,14 \pm 1,33\%$) – cu vârsta cuprinsă între 20 și 29 de ani, 11 ($40,74 \pm 9,46\%$) femei – de 30-39 de ani și 1 femeie ($3,70 \pm 0,93\%$) – cu vârsta mai mare de 40 de ani.

Conform locului de deces, 2 paciente ($7,41 \pm 5,04\%$) au murit la domiciliu, 1 ($3,70 \pm 0,93\%$) – în maternitate de nivelul I, 5 ($18,52 \pm 7,47\%$) – în maternitate de nivelul II, 2 ($7,41 \pm 5,04\%$) – în maternitate de nivelul III, 17 ($62,96 \pm 9,29\%$) femei – în instituții specializate (INN, SCR, IFP, IMU, IO).

Conform perioadei constatării decesului matern, cazurile pot fi repartizate în modul următor: în 8 ($29,63 \pm 8,79\%$) cazuri, femeile au decedat în timpul sarcinii, în 19 ($70,37 \pm 8,79\%$) cazuri – în perioada de lăuzie.

Este necesar de menționat că doar 16 ($59,26 \pm 9,46\%$) femei erau în evidență antenatală până la 12 săpt., 5 ($18,52 \pm 7,47\%$) paciente s-au prezentat cu întârziere (la 13-18 săpt.), iar în 6 ($22,22 \pm 8,00\%$) cazuri, femeile nu s-au aflat în evidență în legătură cu sarcina.

În raport cu paritatea, cazurile de mortalitate maternă din cauze indirecte pot fi divizate în: primipare – 9 ($33,33 \pm 9,07\%$) femei, 6 ($22,22 \pm 8,00\%$) femei – secundipare, iar 12 ($51,85 \pm 9,61\%$) au fost la a III-a naștere și mai mult (4 – la a III-a naștere, 6 – la a IV-a naștere și 2 – la a V-a naștere).

Atrage atenția faptul că din cele 19 femei care au născut, în majoritatea cazurilor (14) sarcinile s-au finalizat prematur și doar în 5 ($18,52 \pm 7,47\%$) cazuri – la termen. Rata înaltă a prematurității este explicată prin necesitatea finalizării urgente a sarcinii în interese materne vitale, indicațiile de bază fiind agravarea stării sănătății femeii sau asocierea patologiei extragenitale extrem de grave.

Analiza detaliată a cazurilor de deces matern a constatat că în majoritatea cazurilor au existat întârzieri de acordare a ajutorului medical, fiind evocate diverse motive:

1. Lipsa echipamentului necesar – în 3 ($11,11 \pm 6,05\%$) cazuri;
2. Ratarea spitalizării de către medicul de familie – în 6 ($22,22 \pm 8,00\%$) cazuri;
3. Subaprecierea severității stării pacientei – în 14 ($51,85 \pm 9,61\%$);
4. Diagnostic incorect – în 9 ($33,33 \pm 9,07\%$) cazuri;
5. Tratament incorect – în 6 ($22,22 \pm 8,00\%$);
6. Altele – în 8 ($29,63 \pm 8,79\%$) cazuri (refuzul pacientei de a se spitaliza, adresare tardivă, motive personale).

Discutarea acestor cazuri în cadrul comisiilor multidisciplinare a constatat erori în conduita pacientelor, și anume:

1. Deficiențe manageriale și organizatorice – în 13 ($48,15 \pm 9,61\%$) cazuri;
2. Erori de conduită la nivel de ambulatoriu – în 10 ($37,04 \pm 9,29\%$) cazuri;
3. Deficiențe de conduită: la nivelul secției de patologie a sarcinii – în 2 ($7,41 \pm 5,04\%$) cazuri, la nivelul secției de naștere – 1 caz ($3,70 \pm 0,93\%$); la nivelul secției de lăuzie – în 2 ($7,41 \pm 5,04\%$).

În concluzie, cazurile de deces matern din cauze indirecte au fost calificate ca:

1. Evitabile la nivel de ambulatoriu – la 6 ($22,22 \pm 8,00\%$) femei;
2. Evitabile la nivel de staționar – la 2 ($7,41 \pm 5,04\%$);
3. Condiționat evitabile – la 10 ($37,04 \pm 9,29\%$) femei;
4. Inevitabile – la 9 ($33,33 \pm 9,07\%$).

Cele relatate confirmă încă o dată faptul că decesele materne din cauze indirecte au fost determinate de multipli factori, care – fie de sine stătător, fie în asociere – au provocat moartea femeilor. Dintre acestea, evidențiem: ineficiența măsurilor de planificare a familiei în grupa femeilor cu patologie extragenitală gravă, lipsa de responsabilitate a pacientelor și a familiilor lor

față de propria sănătate (care explică stabilirea tardivă la evidența medicală, evitarea îngrijirilor medicale antenatale, solicitarea întârziată a asistenței medicale), deficiențe manageriale comune între nivelurile de asistență medicală, stabilirea eronată sau tardivă a diagnosticului, ce au contribuit la conduita și tratamentul incorect.

3.4. Concluzii la capitolul 3

1. Pe parcursul anilor 1990–2008, coeficientul mortalității materne în RM a fost destul de înalt, depășind media europeană de aproape trei ori, dar cu o tendință lentă de diminuare: de la 53,2 în 1990 la 27,1 în 2000 și 38,4 în 2008. Acest fapt este confirmat și de trendul cincinal, care a demonstrat că acest indicator a scăzut de două ori în perioada 2005–2008, comparativ cu 1990–2004 (22,32 și 46,68 cazuri la 100 000 de nou-născuți vii, respectiv).

2. În perioada cercetată au fost înregistrate fluctuații considerabile ale indicatorului mortalității materne de la 51,8 în 1993 până la 25,8 în 1994; 48,3 în 1997 și 27,1 în 1999; 43,9 în 2000 și 28,0 în 2001; 15,8 în 2007 și 38,4 în 2008, ceea ce confirmă faptul că procesul de diminuare a mortalității materne este greu de controlat și dirijat insuficient. Analiza datelor referitor la repartizarea teritorială a cazurilor de deces matern nu a constatat o diferență considerabilă pentru anumite zone ale republicii, ceea ce indică prezența unor probleme similare pe întreg teritoriul țării.

3. În conformitate cu studiului retrospectiv efectuat, în structura mortalității materne au avut loc decese materne din cauze obstetricale directe, care se mențineau la o rată destul de înaltă, fără o tendință de micșorare (51,2% în anul 1990; 75% în 1994; 70% în 2000; 71,4% în 2005; 73,3% în 2008). Acest fapt poate fi explicat printr-o funcționare insuficientă, în acea perioadă, a sistemului regionalizat de asistență medicală perinatală, care, în consecință, nu a permis trierea oportună la nivelurile superioare de asistență medicală perinatală a femeilor cu riscuri sporite și proximitate de deces matern.

4. Pentru perioada anilor 1990–2008 a fost caracteristic faptul că fiecare al treilea deces matern a fost provocat de patologii extragenitale, cu o pondere mare a maladiilor cardiovasculare, inclusiv cu decese la domiciliu. Aceasta denotă lipsa unei tactici adecvate de monitorizare a femeilor din grupa de risc, supravegherea insuficientă de către medicii specialiști la etapa acordării asistenței medicale specializate de ambulatoriu și spitalicești în cazurile determinate de maladii extragenitale.

5. În numărul total al femeilor decedate în perioada 1990–2008 predomină femeile din mediul rural (62,2%), fapt ce coincide cu datele existente la nivel global. Majoritatea femeilor care au decedat (63,8%) au fost tinere, cu vârsta până la 30 de ani. La un număr mare de femei

decedate s-a constatat existența factorilor sociali defavorizanți care au condus la decesul matern, fapt ce dovedește niște carențe profunde în asistența obstetricală acordată, accesul limitat la servicii de calitate, precum și lipsa promovării măsurilor de prevenire a mortalității materne.

6. Numărul deceselor materne cauzate de avort în RM în perioada anilor 1990 și începutul anilor 2000 era foarte înaltă (31%), fiind printre principalele cauze de deces în structura mortalității materne. Situația existentă denotă despre existența barierilor la avortul legal, lipsa serviciilor adecvate de planificare familială, informare insuficientă a populației, calitatea joasă a avortului medical, persistența unor plăți neformale, sau necunoașterea de către populație a asigurării gratuite a avortului pentru păturile socialmente vulnerabile.

7. În perioada următoare după anii 2010 se constată o ameliorare a situației și reducerea considerabilă a deceselor provocate de avort (1,8%), datorită măsurilor întreprinse la nivel național, prin implementarea conceptului avortului în siguranță și înlăturării barierelor în accesul femeilor la servicii de întrerupere a cursului sarcinii. Cu toate acestea, mai există probleme, avortul rămâne a fi o metodă principală de planificare familială, mai continuă practicarea avorturilor neînregistrate.

8. În RM continuă să fie înalt indicatorul deceselor materne la domiciliu (25,7% în anii 1990-2002; 20% în anii 2003-2014), cu o prevalență înaltă în rândul femeilor din localitățile rurale (66,7%), celor cu probleme sociale grave, violență domestică, condiții de trai insuficiente sau nivel scăzut de trai (67%). În structura acestor decese predomină în mod evident cazurile obstetricale directe, evitabile și dirijabile (67%): hemoragia postnatală (35%), sarcina extrauterină (22,2%), șocul toxico-infecțios (11,1%), ceea ce demonstrează o situație dificilă a femeilor care, din diferite motive, nu au solicitat ajutor medical.

9. Analiza structurii mortalității materne în RM pentru anii 2009–2014 a stabilit că structura cauzală a deceselor materne se repartizează simetric în cele prin risc obstetrical *direct* (28 de cazuri – 50,91±6,74%) și cele prin risc obstetrical *indirect* (27 de cazuri – 49,09±6,74%). Cota majoră a deceselor prin risc obstetrical direct o dețin hemoragiile obstetricale masive – 10 (18,18±5,20%) cazuri. A doua cauză ca pondere a deceselor materne prin risc obstetrical direct sunt emboliile cu lichid amniotic (6 cazuri – 10,91±4,20%) și complicațiile septice (6 cazuri – 10,91±4,20%). În 3 (5,45±3,06%) cazuri, decesele materne au fost cauzate de complicații hipertensive (preeclampsie, sindrom HELLP). În structura mortalității materne se mai regăsesc sarcinile extrauterine (2 cazuri – 3,64±2,52%) și complicațiile post-avort 37 (1 caz – 1,82±1,80%), patologii care pot fi prevenite prin aplicarea măsurilor de planificare a familiei, prin diagnosticul oportun al sarcinii extrauterine sau prin efectuarea întreruperii sarcinii în condiții sigure.

10. Analiza complicațiilor evoluției travaliului a stabilit că, din cele 41 de femei care au decedat în timpul travaliului sau în perioada postnatală, la 33 au fost constatate diverse complicații ale evoluției travaliului (insuficiența forțelor de travaliu – în $9,09 \pm 3,87\%$, placenta aderentă sau defect de țesut placentar – în $10,91 \pm 4,20\%$ și $3,64 \pm 2,52\%$ din cazuri, respectiv, hemoragie hipotonică – la $18,18 \pm 5,20\%$ dintre femei. Aceste date corelează cu datele literaturii de specialitate, conform cărora anume patologia de inserție a placentei și hemoragiile hipotonice sunt principalele cauze de deces matern prin hemoragie, fapt ce dictează necesitatea îmbunătățirii continue a asistenței obstetrice în cazul acestei patologii.

11. Structura mortalității materne prin risc obstetrical indirect este foarte variată, decesul fiind cauzat de patologii extragenitale cu diversă localizare. Circa 1/3 din aceste cazuri (8 cazuri – $14,54 \pm 4,75\%$) au fost determinate de gripa A (H1N1). Locul II în structura îl dețin maladiile oncologice (5 cazuri – $9,09 \pm 3,87\%$). Cu o pondere aproape egală se întâlnesc accidentele cerebrale (3 cazuri sau $5,45 \pm 3,06\%$), maladiile hepatobiliare (2 cazuri sau $3,64 \pm 2,52\%$) și cele ale sistemului cardiovascular (3 cazuri sau $5,45 \pm 3,06\%$). În alte 2 ($3,64 \pm 2,52\%$) cazuri, decesele materne au fost cauzate de sepsis nonobstetrical. Aceste decese puteau fi prevenite prin depistarea și tratamentul oportun al patologiilor menționate până la sarcină sau la debutul acesteia, când se mai putea interveni în interesele sănătății și vieții materne.

12. Creșterea în dinamică, pe parcursul ultimilor ani, a deceselor prin risc obstetrical indirect ($37,54\%$ în anii 1990-2008; $49,09 \pm 6,74\%$ în anii 2009-2014) din cauza maladiilor extragenitale indică la înrăutățirea statutului de sănătate a femeilor, precum și depistarea tardivă a complicațiilor în timpul sarcinii. Aceasta, respectiv, este condiționată de posibilități reduse de diagnostic, investigații și tratament al maladiilor existente în rândul femeilor, de lipsa continuității și consecutivității dintre asistența medicală primară și cea spitalicească.

13. Unul dintre factorii ce împiedică reducerea așteptată a mortalității materne este lipsa unui sistem clar definit de acordare a asistenței medicale gravidelor, parturientelor, lăuzelor cu urgențe extragenitale în cadrul rețelei de instituții medicale din țară, ce deseori tergiversează inițierea unei conduite calitative a pacientelor. Din aceste considerente, schimbarea accentului în tratarea femeilor cu afecțiuni extragenitale din raioanele republicii în secții specializate de profil ale spitalelor municipale și republicane, cu inițierea unui tratament oportun, ar permite diminuarea cazurilor de complicații severe și, ca urmare, ar fi o măsură eficientă de reducere a mortalității materne în RM.

14. Majoritatea femeilor decedate ($56,7\%$) au născut în maternități de nivelurile I - II și numai $18,9\%$ în maternități de nivel III, ceea ce denotă o activitate insuficientă de transfer a pacientelor în sistemul regionalizat de asistență medicală perinatală, precum și o capacitate

redușă de asistență medicală a instituțiilor de nivelul I, unde au avut loc 24,3% de nașteri la femeile care ulterior au decedat. În urma studiului s-a constatat că din numărul deceselor materne înregistrate, mai mult de jumătate ($56,36 \pm 6,69\%$) au avut loc în perioada de lăuzie. Acest fapt indică necesitatea acordării unei atenții sporite perioadei postnatale, cu o conduită adecvată, revederii protocoalelor clinice în complicațiile perioadei de lăuzie, precum și trierii oportune a pacientelor la nivelurile superioare de asistență medicală perinatală și în instituții specializate, în caz de complicații și maladii extragenitale.

15. Studiul prospectiv efectuat pentru perioada 2009–2014 demonstrează că unul dintre factorii determinanți ai mortalității materne rămâne statutul socioeconomic nefavorabil al femeilor gravide. Astfel, rezultatele cercetării au constatat că doar la jumătate ($52,73 \pm 6,73\%$) din paciente nu au fost identificate careva probleme sociale, iar la restul au fost prezente dificultăți precum nivelul redus de trai sau lipsa condițiilor necesare de trai ($38,18 \pm 6,55\%$), prezența violenței în familie ($9,09 \pm 3,87\%$ din cazuri). În 13 ($23,64 \pm 5,73\%$) cazuri, familia femeii a fost calificată ca socialmente vulnerabilă. Aceasta confirmă faptul că statutul socioeconomic agravat continuă să fie un factor de risc în RM, deși există un sistem bine dezvoltat al asigurărilor medicale cu servicii gratuite și garanții sporite din partea statului pentru femeile gravide.

16. La momentul actual, nivelul mortalității materne în RM (23 la 100 000 n/ v, trendul cincinal, 2015) prezintă un coeficient cu mult mai mare, comparativ cu media europeană (13 la 100 000 n/v), fără o tendință de diminuare. Rezultatele studiului nostru demonstrează că majoritatea deceselor materne înregistrate în RM în perioada 2009–2014 ar fi putut evitate. Ponderea mare a factorilor evitabili pe care i-am evidențiat în cadrul studiului prezent și care au fost implicați în cazurile de decese materne este îngrijorătoare și impune necesitatea dezvoltării unor noi strategii, orientate spre diminuarea mortalității materne, întrucât acesta este un domeniu în care lacunele existente pot fi abordate și corectate. Odată ce situația și factorii care contribuie la decesul femeilor vor fi conștientizați, va fi posibilă implementarea unor măsuri mai ample, cu dezvoltarea acțiunilor axate atât pe asistența medicală, cât și pe alte domenii ale societății (economic, cultural, educațional etc.), ceea ce va permite diminuarea morbidității și a mortalității materne.

4. ANALIZA CAZURILOR DE PROXIMITATE DE DECES MATERN ÎN CADRUL SISTEMULUI REGIONALIZAT DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PERINATALĂ

4.1. Structura cauzală și evoluția cazurilor de proximitate de deces matern

În această etapă a studiului au fost analizate cazurile de proximitate de deces matern, identificate în rândul femeilor cu complicații legate de sarcină, internate în CP din RM, în perioada 2009–2014. Cazurile de proximitate de deces matern au fost analizate în baza proceselor-verbale de audit intern și a fișelor de observații din 10 CP de nivelul II: Bălți, Cahul, Edineț, Hâncești, Orhei, Ceadâr-Lunga, Căușeni, Ungheni, Soroca, IMSP SCM nr. 1 Chișinău și CP de nivelul III IMSP IMC. Identificarea cazurilor de proximitate de deces matern a fost efectuată în conformitate cu prevederile Ordinului MS nr. 343 din 12.10.2009 „Cu privire la organizarea și implementarea Anchetei confidențiale de analiză a cazurilor de proximitate de deces matern și cazurilor de deces matern” (Anexele 2, 3).

Pentru fiecare caz au fost analizate aspectele personale care au inclus vârsta pacientei, paritatea, numărul de nașteri anterioare și vârsta gestațională la naștere. De asemenea, s-a cercetat proveniența complicațiilor obstetrice și momentul în care acestea s-au dezvoltat (la domiciliu, în cadrul asistenței medicale primare, la internare, în maternitate sau spital), modalitatea nașterii, rezultatele fetale, internările în secțiile ATI cu specificarea duratei internării, orice procedură sau intervenție efectuată în timpul acordării asistenței medicale pacientelor în stare critică (histerectomie, transfuzie sangvină, ligaturarea arterelor iliace etc.), intervalul de timp scurs de la internare până la rezolvarea cazului, morbiditatea și mortalitatea maternă. Pacientele au fost clasificate conform diagnosticului final, în ceea ce privește hemoragia severă, hipertensiunea, sepsisul, distocia. Anemia severă și alte afecțiuni medicale au fost considerate drept cauze ce pot conduce la proximitatea de deces matern.

Unul dintre obiectivele studiului a fost evaluarea practicii obstetrice curente din RM în conformitate cu protocoalele și standardele în vigoare, a evoluției calității asistenței medicale după implementarea auditului matern și formularea recomandărilor pentru îmbunătățirea acesteia. Factorii suboptimali ai asistenței medicale acordate au fost identificați și clasificați în trei categorii de întârzieri:

- Factori individuali materni: întârziere legată de pacientă sau de rudele acesteia;
- Factori legați de comunicare/infrastructură: întârziere determinată de probleme de transportare;
- Factori legați direct de asistența medicală: întârzierea sau lipsa acordării asistenței medicale adecvate după accesarea maternității/spitalului.

Din analiza rezultatelor obținute în cadrul studiului prezent s-a constatat că, pe parcursul a șase ani, în 11 CP de nivelurile II și III din RM au avut loc 154 651 de nașteri, dintre care 153 986 (99,57%) de nașteri în instituții medicale (în maternitate) și 665 (0,43%) în afara maternității (la domiciliu). Numărul total de nașteri în CP din RM incluse în studiu este prezentat în Tabelul 4.1.

Tab. 4.1. Numărul de nașteri în CP de nivelurile II și III din RM, a. 2009–2014 (abs.)

Centrul perinatologic	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IMSP IMC	5709	5431	5299	5923	5791	6490
IMSP SCM nr. 1 Chișinău	7826	8330	8250	8324	8336	8445
Bălți	3591	3542	3473	3666	3462	3536
Edineț	478	697	620	651	682	783
Hâncești	1021	1092	979	899	922	958
Orhei	1378	1386	1379	1386	1338	1298
Căușeni	862	868	832	809	843	813
Cahul	1190	1341	1189	1263	1299	1269
Ungheni	1235	1267	1222	1193	1172	1176
Ceadâr-Lunga	1086	1086	1029	1042	977	1035
Soroca	911	912	830	811	808	910
Total	25287	25952	25102	25967	25630	26713

Utilizând criteriile de definire a cazurilor de proximitate de deces matern în RM, au fost identificate 2881 de cazuri de proximitate de deces matern. Numărul acestor cazuri pentru perioada de studiu este prezentat în Tabelul 4.2. Prevalența cazurilor de proximitate de deces matern a constituit 1,86% (nr. cazurilor de proximitate de deces matern/nr. total de nașteri x 100) sau o rată a incidenței acestor cazuri de 18,63 la 1000 de nașteri.

Tabelul 4.3 reflectă caracterul dinamicii prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern la nivel de țară pentru perioada studiului. În anii 2010–2011 s-a constatat o creștere în dinamică a prevalenței unor asemenea cazuri, comparativ cu anul 2009, de la 1,50% (14,99 la 1000 de nașteri) până la 1,77% (17,69 la 1000 de nașteri) în anul 2010 și 2,33% (23,30 la 1000 de nașteri) în anul 2011. În 2012 s-a constatat o scădere a prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern la 1,89% (18,87 la 1000 de nașteri) și 1,81% (18,10 la 1000 de nașteri) în anul 2013, iar în 2014 acest indice a constituit 1,89% (18,87 la 1000 de nașteri). Diferențele au fost semnificative din punct de vedere statistic, cu excepția anilor 2013/2012 și 2013/2014 (2010/2009: $\chi^2=5,631$, $p=0,088$; 2011/2010: $\chi^2=19,83$, $p=0,0001$; 2012/2011: $\chi^2=11,96$, $p=0,0005$; 2013/2011: $\chi^2=16,68$, $p=0,0001$; 2013/2012: $\chi^2=0,20$, $p=0,65$; 2014/2013: $\chi^2=0,379$, $p=0,2691$). Astfel, în anii 2012–2014, în RM prevalența cazurilor de proximitate de deces matern a avut o valoare relativ stabilă în dinamică.

Tab. 4.2. Numărul și rata incidenței cazurilor de proximitate de deces matern (abs., la 1000 de nașteri)

Centrul perinatologic	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	n	la 1000 nașteri	n	la 1000 nașteri	n	la 1000 nașteri	n	la 1000 nașteri	n	la 1000 nașteri	n	la 1000 nașteri
IMSP IMC	121	21,19	163	30,01	221	41,70	220	37,14	170	29,35	226	34,82
IMSP SCM nr. 1 Chișinău	60	7,67	73	8,76	78	9,45	66	7,93	118	14,15	110	13,02
Bălți	75	20,88	18	5,08	30	8,64	33	9,00	43	12,42	79	22,34
Edineț	5	10,46	68	97,56	78	125,81	59	90,63	42	61,60	11	14,05
Hâncești	13	12,73	8	7,33	15	15,32	6	6,67	5	5,42	5	5,22
Orhei	17	12,34	15	10,82	20	14,50	18	12,99	24	17,94	21	16,18
Căușeni	25	29,00	22	25,34	41	49,28	28	34,61	2	2,37	12	14,76
Cahul	15	12,60	12	8,95	19	15,98	17	13,46	13	10,01	12	9,46
Ungheni	22	17,81	54	42,62	53	43,37	12	10,06	23	19,62	20	17,01
Ceadâr-Lunga	17	15,65	10	9,21	8	7,77	5	4,80	7	7,16	6	5,80
Soroca	9	9,88	16	17,54	22	26,51	26	32,06	17	21,04	2	2,20
Total	379	14,99	459	17,69	585	23,30	490	18,87	464	18,10	504	18,87

Tab. 4.3. Prevalența cazurilor de proximitate de deces matern (abs.,%)

Centrul perinatologic	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IMSP IMC	121	2,11	163	3,00	221	4,17	220	3,71	170	2,94	226	3,48
IMSP SCM nr. 1 Chișinău	60	0,77	73	0,87	78	0,94	66	0,79	118	1,42	110	1,30
Bălți	75	2,09	18	0,51	30	0,86	33	0,90	43	1,24	79	2,23
Edineț	5	1,05	68	9,76	78	12,58	59	9,06	42	6,16	11	1,40
Hâncești	13	1,27	8	0,73	15	1,53	6	0,67	5	0,54	5	0,52
Orhei	17	1,23	15	1,08	20	1,45	18	1,29	24	1,79	21	1,62
Căușeni	25	2,90	22	2,53	41	4,93	28	3,46	2	0,24	12	1,48
Cahul	15	1,26	12	0,89	19	1,60	17	1,35	13	1,00	12	0,94
Ungheni	22	1,18	54	4,26	53	4,34	12	1,01	23	1,96	20	0,17
Ceadâr-Lunga	17	1,56	10	0,92	8	0,78	5	0,48	7	0,72	6	0,58
Soroca	9	0,99	16	1,75	22	2,65	26	3,21	17	2,10	2	0,22
Total	379	1,49	459	1,77	585	2,33	490	1,89	464	1,81	504	1,89

Așadar, rezultatele obținute sugerează faptul că timp de șase ani (2009–2014) au fost înregistrate diferențe semnificative în evoluția prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern, cu diminuarea acestuia în anii 2012–2014, comparativ cu anul 2011 (Figura 4.1).

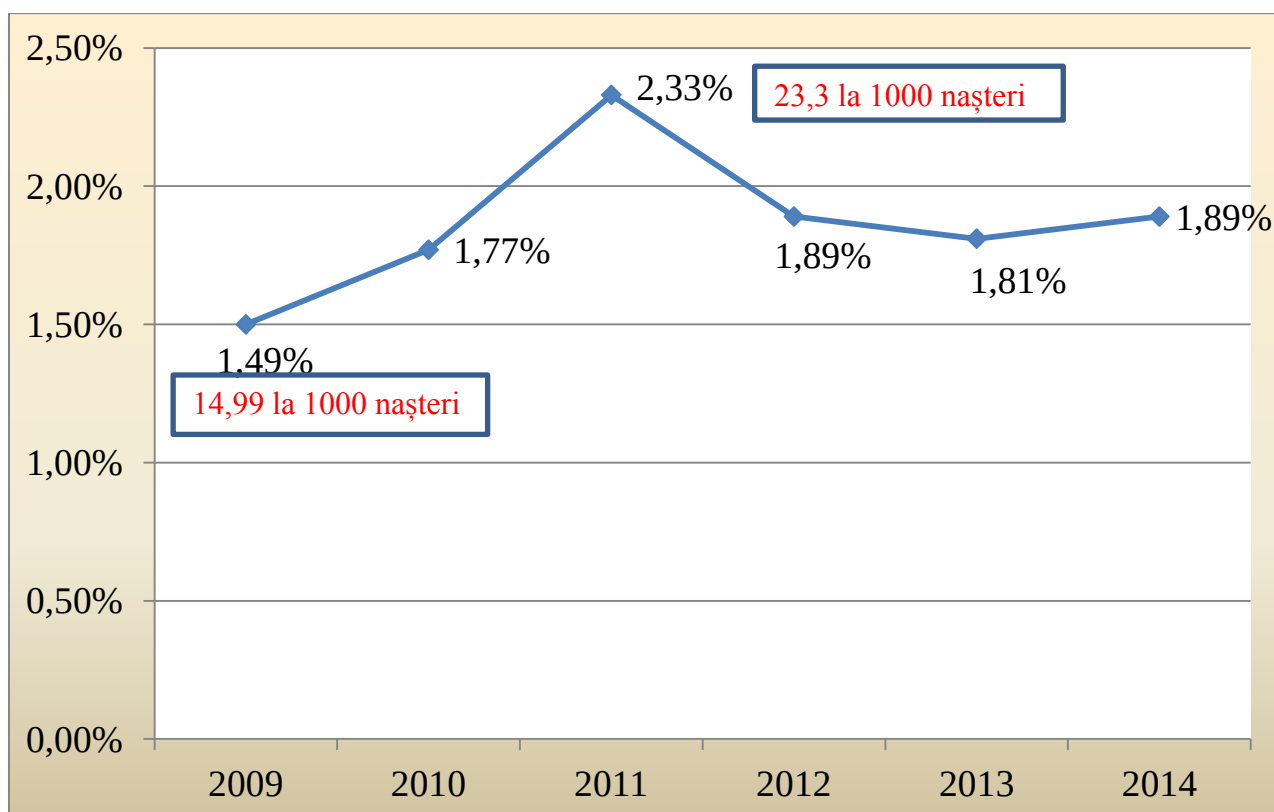


Fig. 4.1. Prevalența cazurilor de proximitate de deces matern în RM, a. 2009–2014 (%)

Analiza prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern în CP de nivelul II din RM incluse în studiu a evidențiat un indicator semnificativ mai mare în CP Edineț (Figura 4.2, Tabelul 4.3). Astfel, CP Edineț ocupă poziția de lider printre CP de nivelul II din țară în ceea ce privește prevalența cazurilor de proximitate de deces matern în perioada 2010–2013, fiind urmat de CP Căușeni, Ungheni și Soroca (Figura 4.2). În anul 2014, din contra, poziția de lider în acest sens îi revine CP Bălți, acesta fiind urmat de CP Ungheni și CP Orhei.

În același timp, prevalența cazurilor de proximitate de deces matern în CP Edineț s-a micșorat în anii 2013–2014, comparativ cu anii anteriori, constituind circa 1,4% (14,05 la 1000 de nașteri) în anul 2014, comparativ cu 6,16% (61,60 la 1000 de nașteri) în 2013 ($\chi^2=30,214$, $p<0,0001$), 9,06% (90,63 la 1000 de nașteri) în anul 2012 ($\chi^2=4,01$, $p=0,04$), 12,58% (125,81 la 1000 de nașteri) în 2011 ($\chi^2=16,00$, $p=0,0001$) și 9,76% (97,56 la 1000 nașteri) în anul 2010 ($\chi^2=6,08$, $p=0,01$), (Figura 4.3).

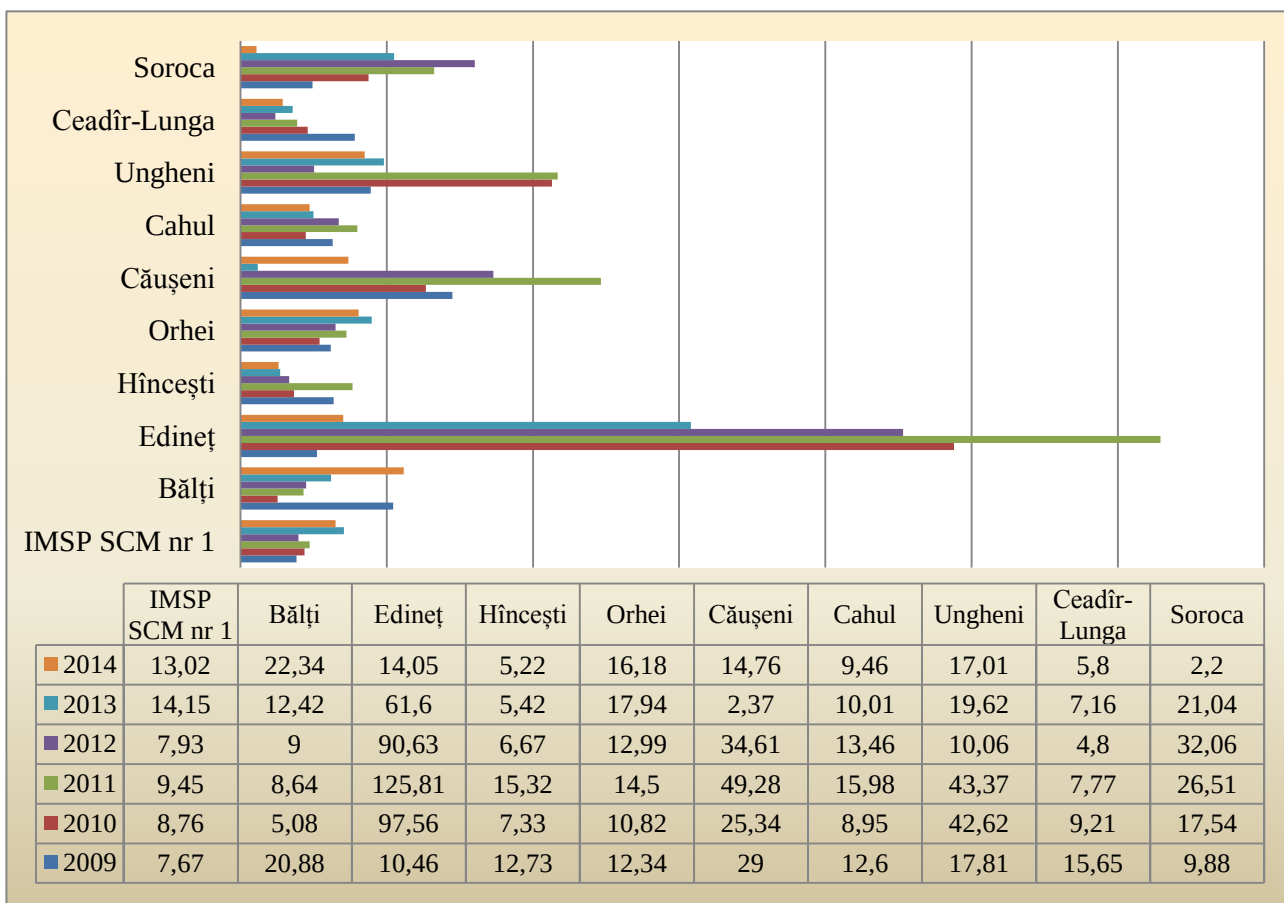


Fig. 4.2. Rata prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern în CP de nivelul II din RM, a. 2009–2014 (la 1000 de nașteri)

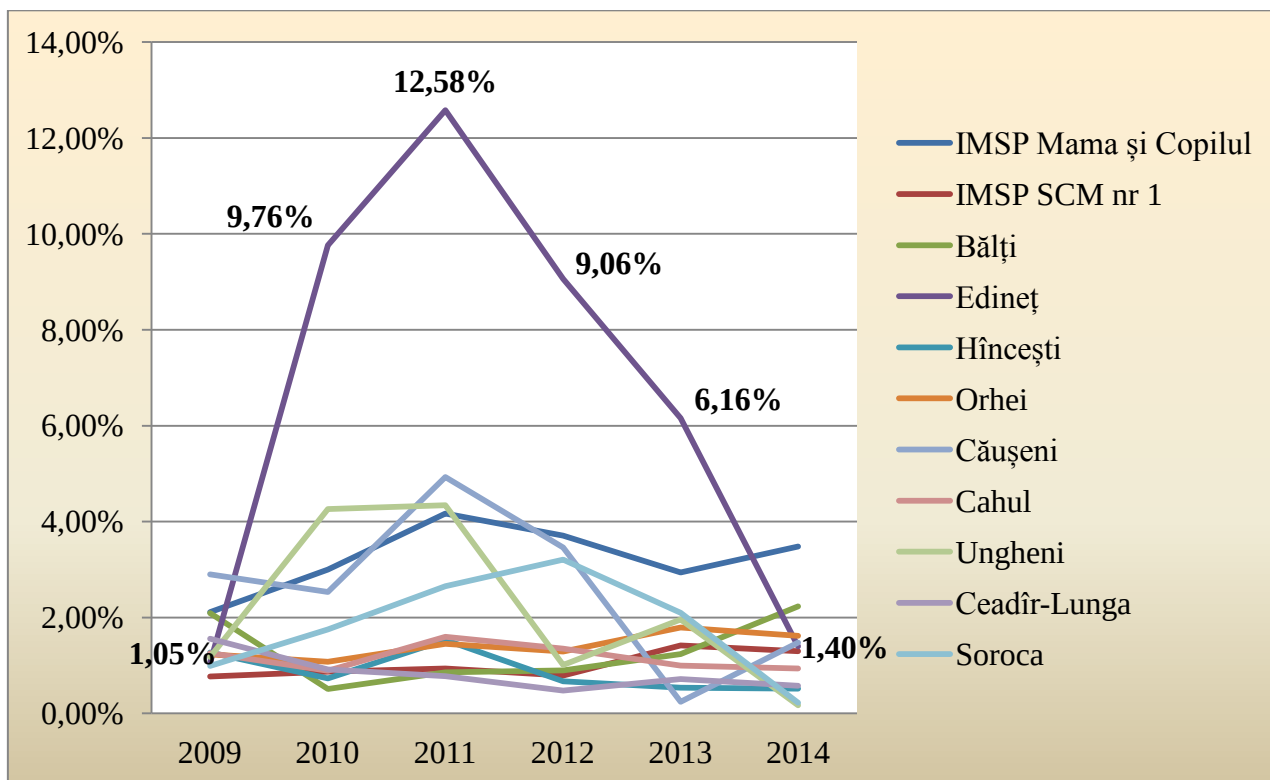


Fig. 4.3. Prevalența cazurilor de proximitate de deces matern (%)

O diminuare în dinamică a prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern pentru anii 2010–2013 s-a constatat CP de nivelul II Hâncești, Soroca și Cahul (Tabelele 4.2 și 4.3, Figura 4.3). Ținem să menționăm că în IMSP IMC, în anul 2013 a fost evidențiată o reducere semnificativă din punct de vedere statistic a prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern, comparativ cu anul 2012 ($\chi^2=5,52$, $p=0,02$) și anul 2011 ($\chi^2=12,41$, $p=0,0004$). În același timp, în 2014, în CP IMSP IMC a fost evidențiată o creștere a prevalenței acestor cazuri comparativ cu anul precedent, ajungându-se la o valoare de 34,82 la 1000 de nașteri ($\chi^2=2,931$, $p=0,087$). Dinamica proximității de deces matern înregistrată în CP IMSP IMC în anii 2010–2014 este prezentată în Figura 4.4.

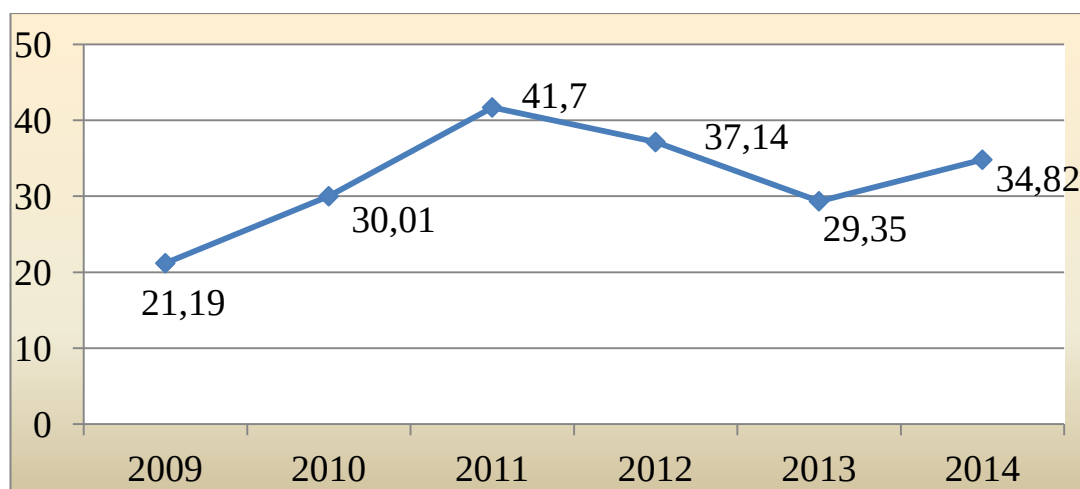


Fig. 4.4. Rata prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern în IMSP IMC, a. 2009–2014 (la 1000 de nașteri)

În CP Bălți a fost evidențiată o diminuare semnificativă a numărului și a prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern în anul 2010, comparativ cu 2009 ($\chi^2=32,989$, $p<0,0001$), cu o creștere ulterioară în dinamică pe parcursul anilor 2011–2014 (Figura 4.5).

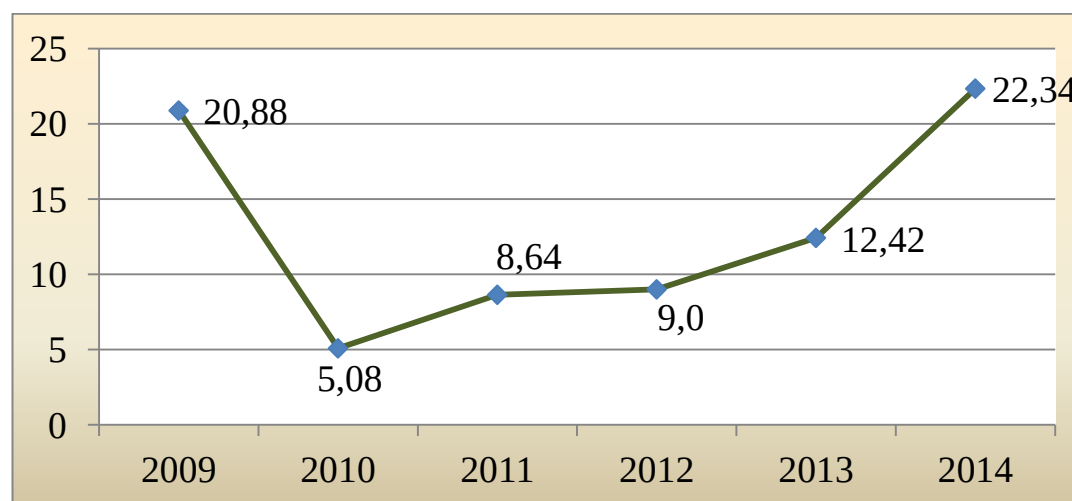


Fig. 4.5. Rata prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern în CP Bălți, a. 2009–2014 (la 1000 de nașteri)

Ținem să menționăm faptul că rata prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern în CP Bălți în anul 2014 a fost semnificativ mai mare, comparativ cu anii 2012 ($\chi^2=20,060$, $p<0,0001$) și 2013 ($\chi^2=9,481$, $p=0,0021$). În CP Bălți, Orhei, Ungheni, Ceadâr-Lunga și IMSP SCM nr. 1 din Chișinău a fost evidențiată o creștere a numărului și a prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern în anul 2013, comparativ cu anii anteriori de studiu (Tabelul 4.2).

Sinteza rezultatelor obținute a demonstrat faptul că CP IMSP SCM nr. 1 din Chișinău în anul 2013 a înregistrat o creștere semnificativă a ratei prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern, care a constituit 14,5 la 1000 de nașteri, comparativ cu 7,93 la 1000 de nașteri în anul 2012 ($\chi^2=14,78$, $p=0,0001$), 9,45 la 1000 de nașteri în 2011 ($\chi^2=7,88$; $p=0,005$) și 8,76 la 1000 de nașteri în anul 2010 ($\chi^2=10,69$, $p=0,001$).

Totodată, în CP Bălți a fost constatată o majorare semnificativă a numărului și a ratei prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern în anul 2014, constituind 22,34 la 1000 de nașteri versus 12,42 la 1000 de nașteri în 2013 ($\chi^2=10,05$; $p=0,0015$). Aceeași tendință a fost înregistrată în CP Căușeni, unde rata prevalenței cazurilor respective în anul 2014 a fost de 14,76 la 1000 de nașteri, comparativ cu 2,37 la 1000 de nașteri în 2013 ($\chi^2=7,58$; $p=0,006$).

În restul CP de nivelul II (IMSP SCM nr. 1 Chișinău, Edineț, Ungheni, Orhei, Hâncești, Cahul, Ceadâr-Lunga, Soroca) incluse în studiu a fost evidențiată o diminuare a ratei prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern în anul 2014, comparativ cu 2013. Este necesar să menționăm că o reducere semnificativă a numărului și a ratei prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern s-a înregistrat în CP Edineț și în CP Soroca în anul 2014, comparativ cu anii anteriori (Tabelul 4.2). Dinamica proximității deceselor materne în CP Edineț și Soroca este prezentată în Figura 4.6.

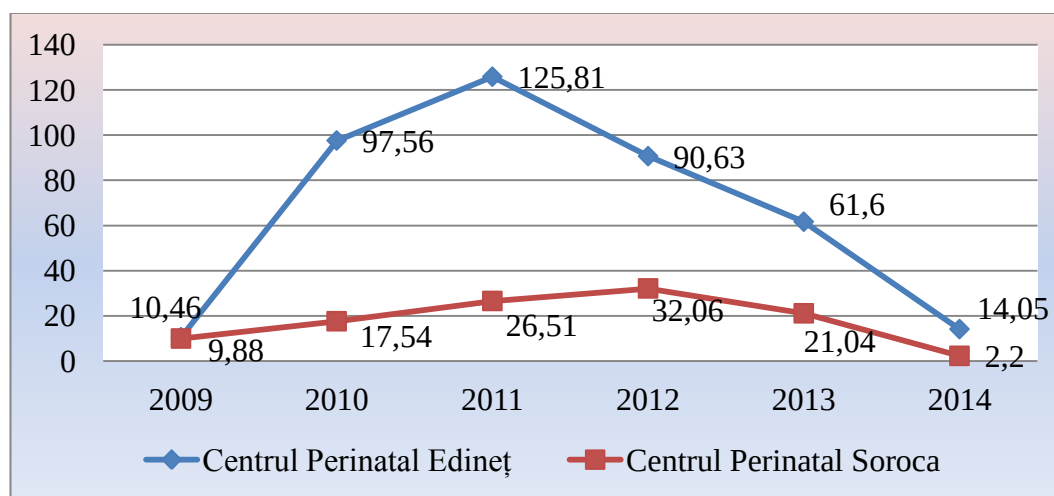


Fig. 4.6. Dinamica proximității deceselor materne în CP Edineț și CP Soroca, (la 1000 de nașteri)

Analiza caracteristicilor de vârstă ale femeilor clasificate cu proximitate de deces matern a evidențiat faptul că 74,46% (n=2145) din acestea aparțineau limitelor de vârstă cuprinse între 21 și 35 de ani, cu vârsta medie de $29,6 \pm 5,29$ ani. 183 (6,35%) de femei aveau vârsta mai mică de 20 de ani, iar 553 (19,19%) aveau peste 35 de ani. Repartizarea pe categorii de vârstă a cazurilor de proximitate de deces matern este prezentată în Figura 4.7.

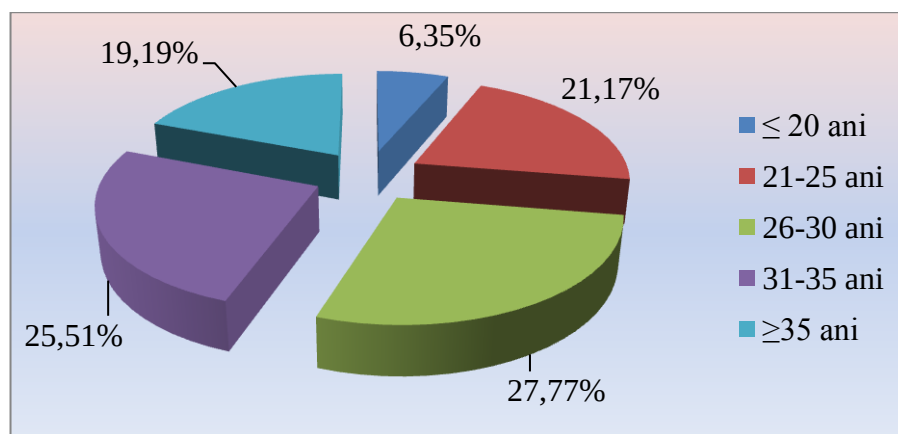


Fig. 4.7. Repartizarea cazurilor de proximitate de deces matern pe categorii de vârstă (%)

Rezultatele noastre sunt similare cu cele obținute de către O. Oladapo și coaut., în studiul cărora cel puțin 50% din femeile referite la cazurile de proximitate de deces matern aveau vârsta cuprinsă între 21 și 30 de ani [249]. N. Shrestha și coaut., analizând particularitățile de vârstă ale femeilor clasificate drept cazuri de proximitate de deces matern, raportează o vârstă medie a acestora de 27 ani, cu limite între 18 și 35 de ani, iar Y. Almerie și coaut. raportează o vârstă medie a cazurilor de proximitate de deces matern de $28,4 \pm 7,1$ ani [136, 278].

Aproximativ 1/2 (52,13%) dintre femei n-au avut nicio naștere în antecedente, 33,67% (970) dintre ele au avut 1-2 nașteri în antecedente, 10,86% (313) au avut 3-4 nașteri în antecedente, iar 3,33% (96) au avut cel puțin 5 nașteri. Paritatea femeilor cu proximitate de deces matern în perioada 2010–2014 este prezentată în Figura 4.8.

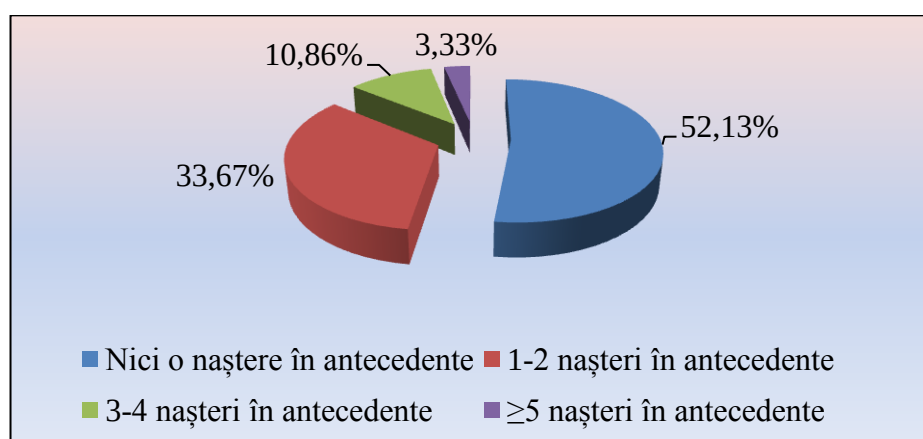


Fig. 4.8. Paritatea femeilor cu proximitate de deces matern, a. 2009–2014 (%)

Din analiza datelor referitoare la mediul de trai al femeilor s-a constatat că 1620 (56,23±0,92%) de paciente proveneau din mediul rural, iar 1261 (43,77±0,92%) proveneau din mediul urban. Astfel, a fost evidențiată o prevalență mai mare a cazurilor de proximitate de deces matern în zonele rurale ale RM, în anii 2010–2014. Această tendință s-a menținut relativ constantă pentru toată perioada de studiu (Tabelul 4.4).

Tab. 4.4. Caracteristica pacientelor cu proximitate de deces matern după mediul de trai (abs., %)

Anul	Mediul de trai				P
	Urban*		Rural**		
	n	P±ES, %	n	P±ES, %	
2009	167	44,06±2,55	212	55,94±2,55	0,89
2010	161	35,08±2,23	298	64,92±2,23	0,67
2011	268	45,81±2,06	317	54,19±2,06	0,90
2012	220	44,90±2,25	270	55,10±2,25	0,86
2013	223	48,06±2,32	241	51,94±2,32	0,96
2014	222	44,05±2,21	282	55,95±2,21	0,87
Total	1261	43,77±0,92	1620	56,23±0,92	0,91

Notă: * – 2011/2010: p=0,36; 2012/2011: p= 0,18; 2013/2012: p=0,33; 2014/2013: p=0,80;

** – 2011/2010: p=0,35; 2012/2011: p=0,17; 2013/2012: p=0,33; 2014/2013: p=0,92.

În centrele perinatologice incluse în studiu, la ședințele de audit au fost discutate și analizate 405 cazuri de proximitate de deces matern, ceea ce constituie 14,06%. În cadrul studiului prezent au fost analizate cauzele și structura tuturor cazurilor de acest gen înregistrate în RM în perioada 2009–2014. Rezultatele obținute au evidențiat faptul că în structura nosologică a cazurilor de proximitate de deces matern au predominat stările hipertensive asociate cu sarcina (preeclampsia severă/eclampsia), care au constituit 68,48% (Figura 4.9). Locul doi în structura acestor cazuri a fost ocupat de hemoragia severă (28,98%), iar sepsisul și distocia au fost cauze mai rare ale proximității de deces matern (1,91% și 0,62%).

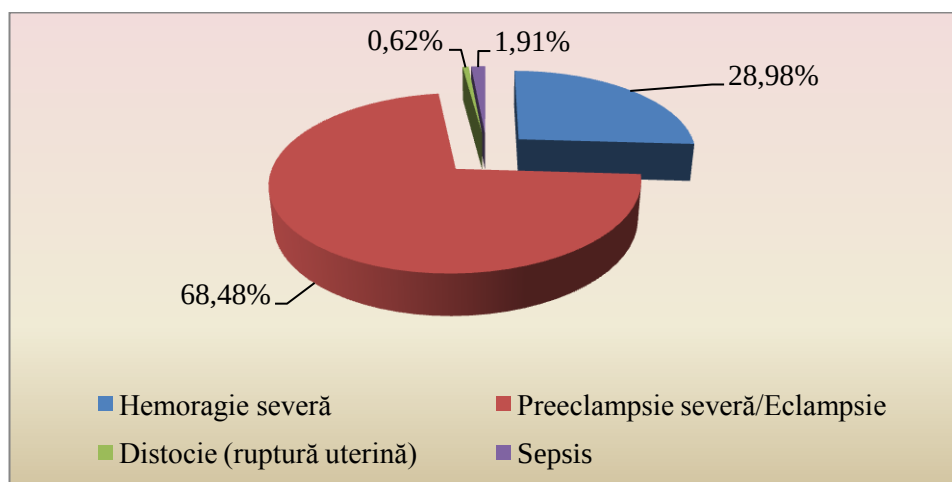


Fig. 4.9. Structura nosologică a cazurilor de proximitate de deces matern (%)

Cauzele principale ale proximității de deces matern constatate în cadrul cercetării prezente, care includ dereglările hipertensive și hemoragia severă, sunt similare celor evidențiate în alte studii existente în literatura de specialitate [179, 230, 248]. Rezultatele noastre corespund datelor raportate de Y. Almerie și coaut., în studiul cărora dereglările hipertensive severe au predominat printre cauzele proximității de deces matern, constituind 52%, fiind urmate de hemoragia severă, care a alcătuit 34% [136]. P. Roopa și coaut., din contra, au constatat predominarea hemoragiei drept cauză principală a proximității de deces matern în 44,2% din cazuri, aceasta fiind urmată de hipertensiune în 23,6% cazuri. Sepsisul s-a situat pe locul al treilea în structura proximității de deces matern [270]. În studiul efectuat de L. Say și coaut., hemoragia post-partum a fost cauza cea mai frecventă a proximității de deces matern, fiind urmată de preeclampsie [276], iar în cercetarea lui N. Shrestha și coaut. se menționează că hemoragia severă a provocat 41,66% cazuri de proximitate de deces matern [278]. În mod identic, T. Umbeli și coaut. raportează că cea mai frecventă cauză în acest sens a fost hemoragia, urmată de eclampsie, sepsis, hepatită, patologia cardiacă maternă și alte cauze indirecte (48.5%, 28.8%, 15.7%, 3.1%, 2.7% și 1.2 %, respectiv) [300]. În studiul efectuat de E. David și coaut., hemoragia a fost responsabilă de proximitatea de deces matern în 58% din cazuri, majoritatea complicațiilor hemoragice survenind în trimestrul III de sarcină (placenta previa, abrupția placentei, hemoragie post-partum). Eclampsia s-a dezvoltat în 35,5% din cazuri de proximitate de deces matern, fiind urmată de infecție (3,9%) și ruptura uterină (2,3%) [164].

Similar studiului nostru, O. Oladapo și coaut. au constatat că cele mai frecvente cauze ale proximității de deces matern au fost dereglările hipertensive (31,4%) și hemoragia (29,0%), iar infecțiile și anemia au fost cauzele cele mai rare în acest sens [249]. M. Rozina și H. Haleema raportează că cele mai multe cazuri de proximitate de deces matern s-au datorat hemoragiei (51%), anemiei (21,2%) și distociei (14,8%), rezultatele autorilor fiind superioare celor obținute în studiul prezent. Acești autori raportează o asociere a dereglărilor hipertensive cu proximitatea de deces matern în 8,5% din cazuri și a infecției în 4,2% din cazuri [272].

În RM, în structura cazurilor de proximitate de deces matern asociate cu hemoragie severă (> 1000 ml) pentru anii 2009–2014 a predominat hemoragia hipotonă post-partum (43,95%, n=367), fiind urmată de hemoragia pe fundal de apoplexie utero-placentară (25,03%, n=209) și placenta previa (18,68%, n=156). Clasificarea cauzelor proximității de deces matern asociate cu hemoragie severă este prezentată în Figura 4.10. Hemoragia asociată cu resturi de țesut placentar a fost constatată în 6,35% din cazuri de proximitate de deces matern asociate cu hemoragia severă, sarcina ectopică în 4,55% din cazuri (n=38) și avortul complicat cu hemoragie severă în 1,44% cazuri (n=12).

Din totalitatea cazurilor de hemoragie post-partum în structura proximității de deces matern, 20,36% (n=170) au fost hemoragii post-partum secundare severe după operație cezariană, histerectomia fiind efectuată pentru controlul sângerării.

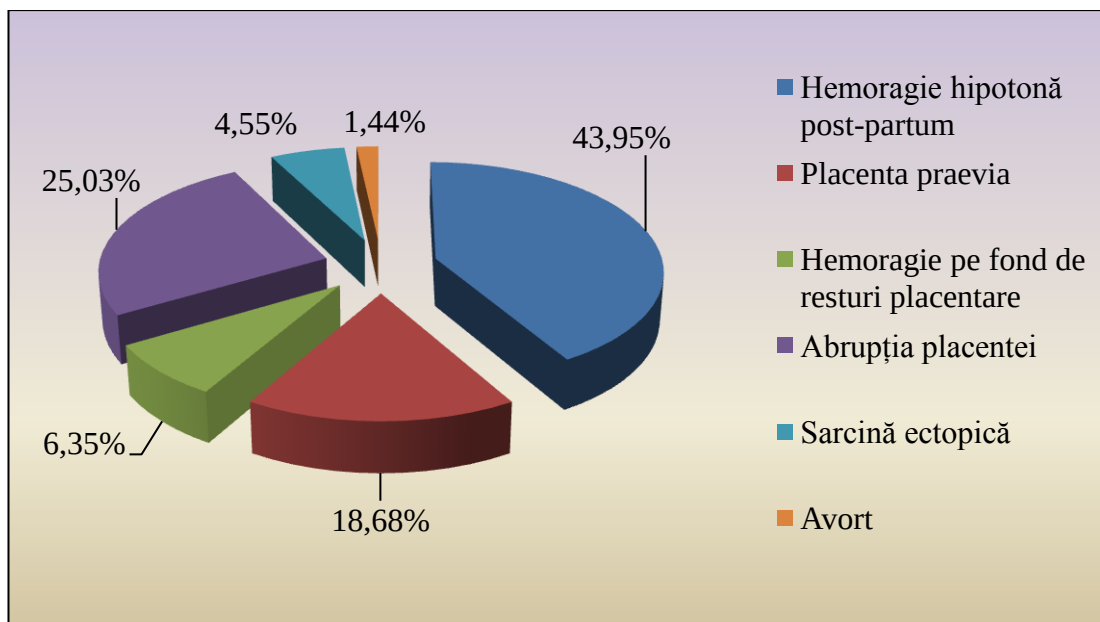


Fig. 4.10. Structura cauzelor proximității de deces matern asociate cu hemoragie severă (%)

Asemănător rezultatelor noastre, O. Oladapo și coaut. raportează că majoritatea cazurilor de proximitate de deces matern datorate hemoragiei s-au dezvoltat în sarcina tardivă, hemoragia post-partum fiind predominantă în structura acestora și constituind 41,1%. Totodată, 41,66% cazuri de proximitate de deces matern asociate cu hemoragie s-au datorat sarcinii ectopice întrerupte. Autorii descriu un singur caz de avort tardiv complicat cu hemoragie masivă pe parcursul a trei ani în structura cazurilor de proximitate de deces matern [249].

În structura cazurilor de proximitate de deces matern determinate de dereglări hipertensive severe (n=1973) a predominat preeclampsia severă (92,6%, n=1827). Eclampsia a fost responsabilă de 2,74% din cazurile de proximitate de deces matern (n=54), iar sindromul HELLP a fost diagnosticat în 4,66% din cazuri (n=92). Repartizarea cauzelor proximității de deces matern asociate cu dereglări hipertensive severe este prezentată în Figura 4.11.

Y. Almerie et al., de asemenea, au constatat că majoritatea evenimentelor determinate de hemoragie severă s-au dezvoltat în sarcina tardivă (79%), fiind datorate preponderent atoniei uterine (37,05%), placentei previa (30,74%) și abrupției placentare (20,10%) [136].

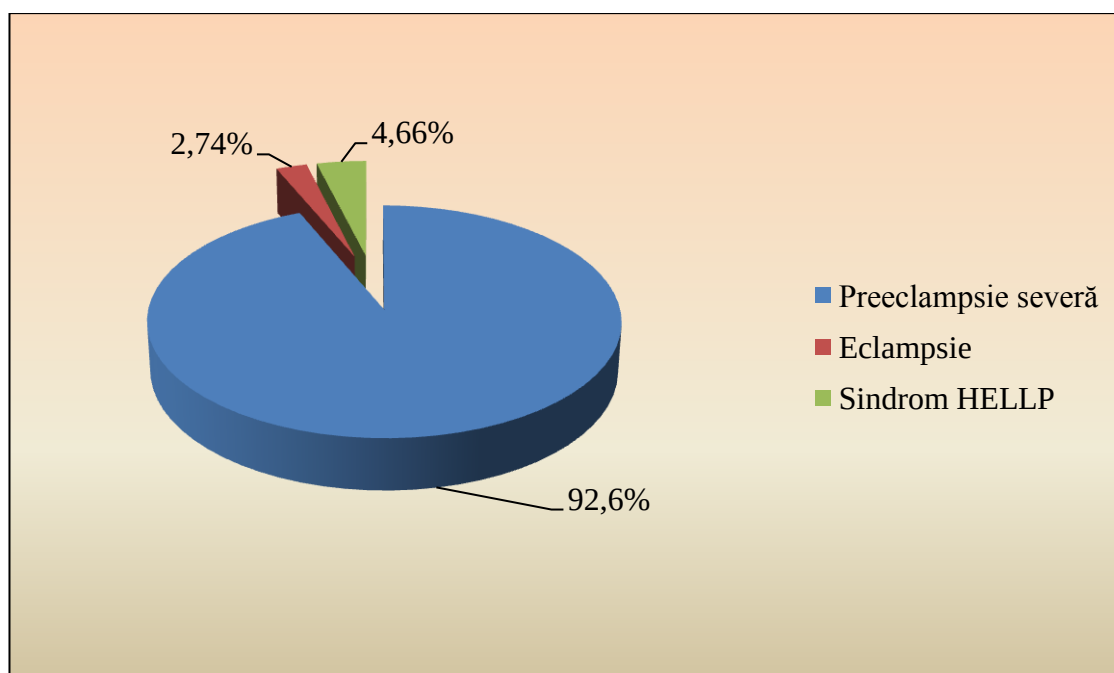


Fig. 4.11. Structura cauzelor proximității de deces matern asociate cu dereglări hipertensive severe (%)

Analiza dinamicii morbidității obstetricale, care definește cazurile de proximitate de deces matern în cadrul studiului prezent, a evidențiat o diminuare a incidenței hemoragiilor în centrele perinatologice incluse în studiu în anul 2010, comparativ cu anul 2009 ($\chi^2=24,11$, $p<0,05$), cu o stabilitate relativă a incidenței acestora pe parcursul anilor 2010–2012, acestea ocupând locul al doilea în structura proximității de deces matern pe toată perioada studiului. Astfel, nu s-au constatat diferențe statistice semnificative în ceea ce privește prevalența anuală a hemoragiilor severe la pacientele clasificate drept cazuri de proximitate de deces matern în anii de studiu 2010–2012 (2012/2011: $\chi^2=0,52$, $p=0,47$; 2011/2010: $\chi^2=3,36$, $p=0,07$). În același timp, s-a constatat o creștere a numărului și a prevalenței hemoragiilor severe în structura proximității de deces matern în anul 2013, comparativ cu 2012 ($\chi^2=12,39$, $p=0,0004$), cu o diminuare nesemnificativă ulterioară în 2014, comparativ cu anul 2013 ($\chi^2=1,86$, $p=0,17$). Dinamica evenimentelor de proximitate de deces matern este prezentată în Anexa 7, Tabelul 1.

Evoluția stărilor hipertensive severe s-a caracterizat printr-o diminuare semnificativă, din punct de vedere statistic, a incidenței acestor entități nosologice pe parcursul anului 2013, comparativ cu anii 2010–2012, cu o ușoară creștere ulterioară a incidenței lor în 2014. Astfel, în anul 2013, în structura proximității de deces matern în RM s-au constatat 259 de cazuri de preeclampsie severă ($55,82\pm 2,30\%$), comparativ cu 329 de cazuri în anul 2012 ($67,14\pm 2,12\%$, $\chi^2=9,49$, $p=0,002$), 425 de cazuri în 2011 ($72,64\pm 1,84\%$, $\chi^2=48,02$, $p<0,0001$) și 328 de cazuri în 2010 ($71,46\pm 2,11\%$, $\chi^2=9,23$, $p=0,002$).

Este necesar să menționăm faptul că în anul 2013 a scăzut incidența eclampsiei și a sindromului HELLP în structura proximității de deces matern, comparativ cu anii anteriori. Eclampsia a constituit $0,65 \pm 0,37\%$ în 2013, comparativ cu $2,45 \pm 1,09\%$ în anul 2012, $1,88 \pm 0,56\%$ în 2011 și $1,96 \pm 0,65\%$ în 2010 (2013/2012: $\chi^2=4,28$, $p=0,04$; 2012/2011: $\chi^2=0,04$, $p=0,83$; 2011/2010: $\chi^2=0,05$, $p=0,82$). Sindromul HELLP reprezintă $3,23 \pm 0,82\%$ în anul 2013 în structura cauzelor proximității de deces matern, comparativ cu $3,67 \pm 0,85\%$ în 2012 ($\chi^2=0,12$, $p=0,73$). Diferențele au fost însă nesemnificative din punct de vedere statistic. În anul 2014, incidența cazurilor de preeclampsie severă în structura proximității de deces matern a fost comparabilă cu cea înregistrată în 2013 ($55,55 \pm 2,21$ versus $55,82 \pm 2,30$, $p>0,05$). În același timp, în anul 2014 s-a înregistrat o creștere a incidenței cazurilor de eclampsie și sindrom HELLP în structura proximității de deces matern, acestea constituind $2,78 \pm 0,73\%$ și $5,56 \pm 1,02\%$, comparativ cu $0,65 \pm 0,37\%$ și $3,23 \pm 0,82\%$, respectiv.

Ponderea rupturii uterine s-a diminuat în anul 2013 până la $0,43 \pm 0,30\%$, comparativ cu $1,63 \pm 0,57\%$ în 2012 ($\chi^2=2,51$, $p=0,11$), iar în anul 2014 a fost comparabilă cu 2013, constituind $0,40 \pm 0,28\%$ ($p>0,05$). Incidența stărilor septică a crescut de la $1,22 \pm 0,50\%$ în anul 2012 până la $1,94 \pm 0,64\%$ în 2013 ($\chi^2=0,27$, $p=0,6$) și $1,98 \pm 0,62\%$ în 2014 ($\chi^2=2,67$, $p=0,10$). Trebuie să menționăm că în anul 2011 nu s-a constatat niciun caz de ruptură uterină în centrele perinatologice incluse în studiu (Tabelul 4.5). Din totalitatea femeilor clasificate drept cazuri de proximitate de deces matern, la 434 (15,06%) au fost asociate cu 2 sau mai multe morbidități obstetricale severe (de ex., preeclampsie severă + abrupție placentară), oferind o medie generală de 1,3 morbidități pe caz de proximitate maternă. Rezultatele analizei termenului de gestație reflectă faptul că majoritatea femeilor gravide (53,77%) au avut peste 36 s.a. în momentul dezvoltării complicațiilor obstetricale severe, fiind în trimestrul III de sarcină (Figura 4.12).

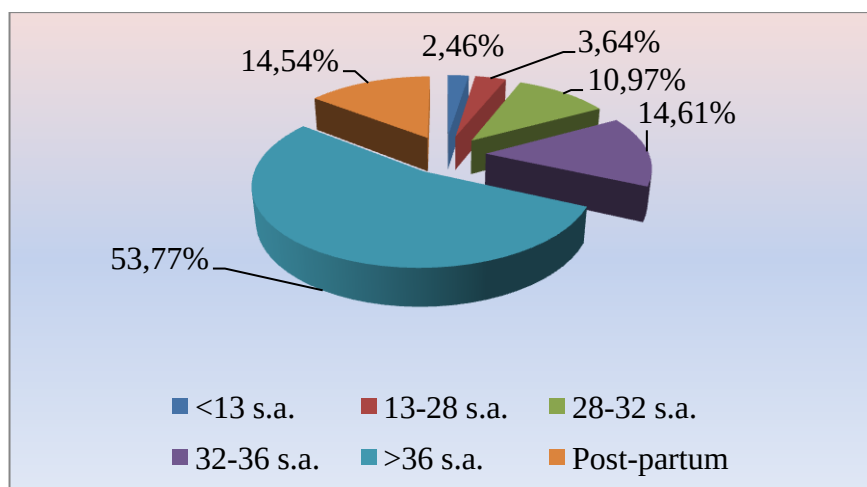


Fig. 4.12. Termenul sarcinii în momentul dezvoltării complicațiilor obstetricale severe la pacientele cu proximitate de deces matern (%)

În 737 (25,58%) de cazuri de proximitate de deces matern, complicația obstetricală s-a dezvoltat la termenul sarcinii cuprins între 28 și 36 s.a., în 71 (2,46%) de cazuri aceasta a debutat în primul trimestru de sarcină (avort complicat sau sarcină ectopică întreruptă), iar în 419 (14,54%) cazuri de proximitate de deces matern complicația a apărut în perioada postnatală. Este necesar să menționăm că 27,86% (n=509) din cazurile de preeclampsie severă s-au dezvoltat în sarcina prematură (<36 s.a.), în timp ce majoritatea cazurilor de eclampsie (74,07%, n=40) – în sarcina la termen.

Rezultate noastre sunt similare cu datele raportate de P. Roopa și coaut., în studiul cărora 57,2% din femei se aflau în trimestrul al treilea de sarcină la momentul dezvoltării complicațiilor severe, care le-au inclus în proximitate de deces matern [270].

În timpul investigației cazurilor de proximitate de deces matern au fost analizate momentul survenirii complicației obstetricale severe (la domiciliu sau în timpul aflării în maternitate/spital) și starea pacientelor la internare. În urma datelor obținute, s-a constatat că în 34,99% din cazuri (n=1008), complicația a debutat la domiciliu, pacientele fiind incluse în categoria de proximitate de deces matern din momentul internării, iar la 1873 (65,01%) de femei complicația s-a dezvoltat și au fost clasificate drept cazuri de proximitate de deces matern în timpul aflării în maternitate/spital (Figura 4.13), 470 (16,31%) de femei din totalitatea cazurilor de proximitate de deces matern erau în stare critică la internare.

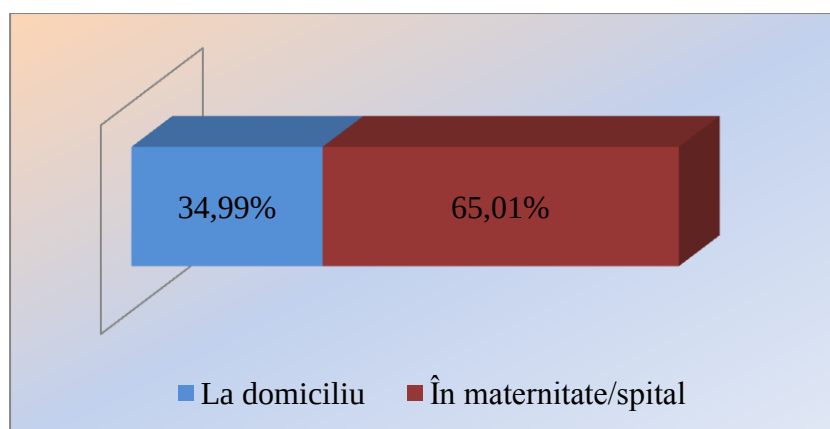


Fig. 4.13. Momentul debutului complicației obstetricale severe în cazurile de proximitate de deces matern (%)

Rezultatele noastre sunt net inferioare celor obținute de A. Adisasmita și coaut., care au studiat cazurile de proximitate de deces matern înregistrate în patru spitale (2 publice și 2 private) și au constatat că 67,2% femei încadrate în proximitate de deces matern erau în stare critică la internare, proporția acestora fiind mai mare în spitalele publice, comparativ cu cele private [134]. De asemenea, Y. Almerie și coaut. au raportat că în 81,8% din cazurile de proximitate de deces matern complicația severă s-a dezvoltat până la internare, 18,8% din

cazurile de proximitate de deces matern au fost diagnosticate pe parcursul internării, iar 58% din ele erau în stare critică la internare [136].

Sinteza rezultatelor privind modalitatea finalizării sarcinii în cadrul studiului prezent a evidențiat faptul că la 50,54% (n=1456) din femeile clasificate ca proximitate de deces matern, sarcina a fost finalizată prin operație cezariană (Figura 4.14).

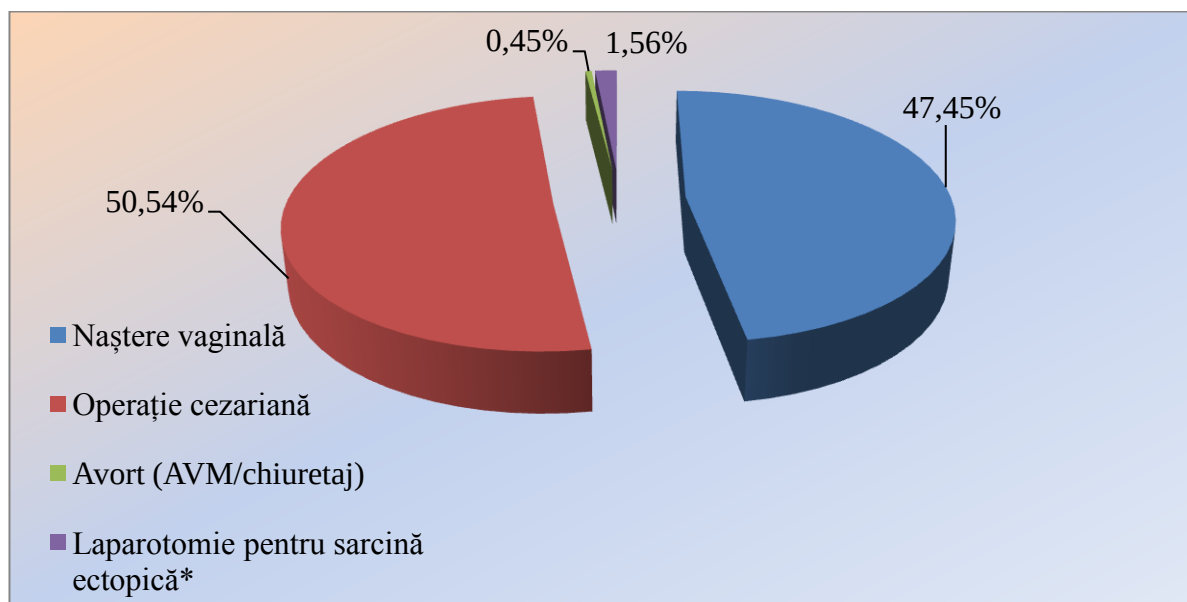


Fig. 4.14. Modalitatea finalizării sarcinii/ nașterii (%)

În 47,45% din cazuri (n=1367), nașterea a fost finalizată pe cale vaginală, în 13 (0,45%) cazuri sarcina a fost finalizată prin avort medical (aspirare/chiuretaj uterin), iar în 45 (1,56%) a fost efectuată laparotomia pentru sarcină extrauterină (Figura 4.14). Rezultatele noastre corespund cu datele altor studii raportate în literatura de specialitate. Astfel, majoritatea cercetărilor asupra cazurilor de proximitate de deces matern au evidențiat că peste 50% din nașteri au fost finalizate prin operație cezariană [167, 239]. E. David și coaut. raportează că printre cazurile de proximitate de deces matern care au atins termenul sarcinii de viabilitate fetală, modalitatea nașterii a fost cea vaginală în 43,4% cazuri [164], iar în studiul efectuat de C. Mkandawire, 41,5% din cazurile de proximitate de deces matern au fost finalizate prin operație cezariană [238]. Y. Almerie și coaut. raportează că 54% din femeile cu proximitate de deces matern au născut prin cezariană [136].

Analiza comparativă a dinamicii cauzelor evenimentelor de proximitate de deces matern în CP de nivelurile II și III din RM, în anii 2009–2014, a evidențiat faptul că în IMSP IMC, rata prevalenței hemoragiei severe a crescut semnificativ în anul 2013, comparativ cu anii anteriori

de studiu (2013/2012: $\chi^2=5,67$, $p=0,017$), cu o sporire nesemnificativă a acesteia în anul 2014, comparativ cu 2013 (2014/2013: $\chi^2=1,42$, $p=0,23$).

Rata prevalenței preeclampsiei severe în IMSP IMC s-a diminuat în 2013 comparativ cu anii 2010-2012, cu o majorare ulterioară în anul 2014 (2013/2012: $\chi^2=8,71$, $p=0,0032$; 2014/2013: $\chi^2=0,47$, $p=0,49$, Figura 4.15).

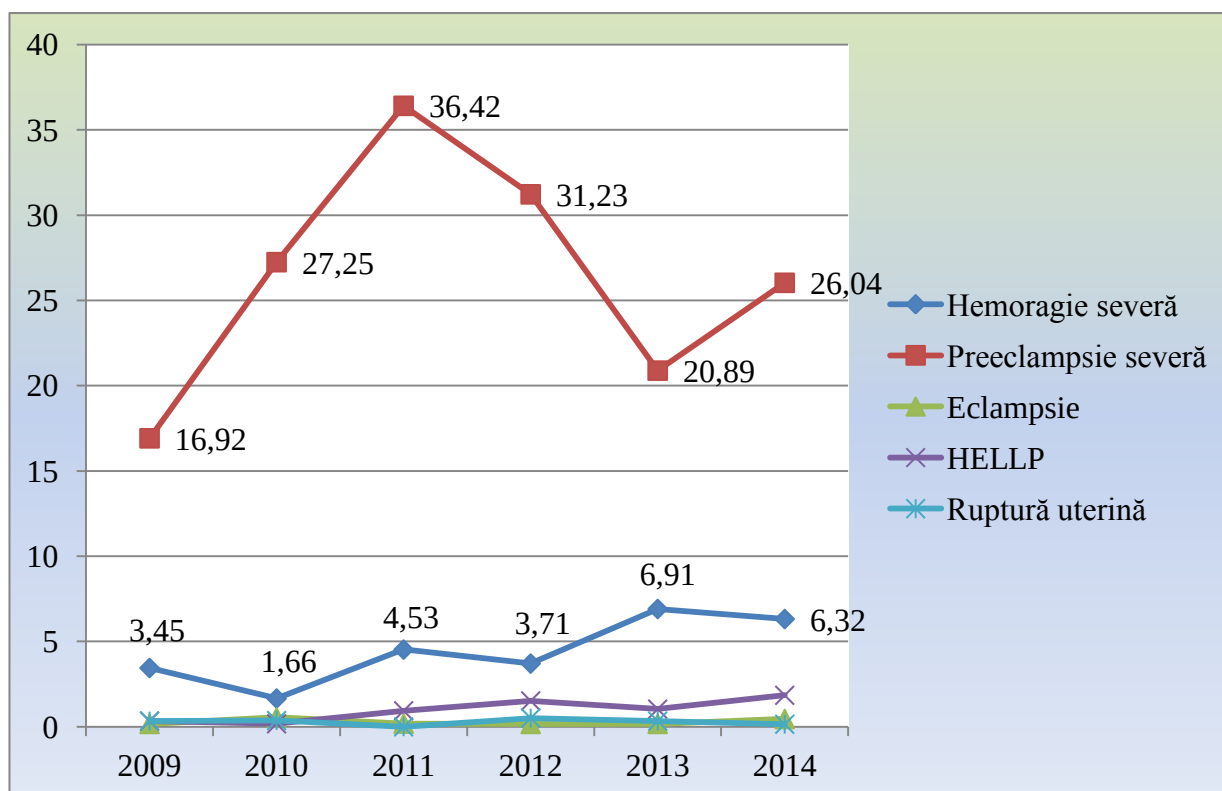


Fig. 4.15. Dinamica cauzelor evenimentelor de proximitate de deces matern în CP de nivelul III IMSP IMC, a. 2009–2014 (la 1000 de nașteri)

Sinteza rezultatelor studiului a evidențiat în anul 2014 o creștere a ratei prevalenței hemoragiei severe (> 1000 ml) printre cauzele proximității de deces matern, comparativ cu anul 2013, în CP de nivelul II Căușeni, Cahul, Ungheni și o diminuare a acesteia în CP IMSP SCM nr. 1 Chișinău, Bălți, Edineț, Hâncești, Orhei și Ceadâr-Lunga (Anexa 5, Tabelul 2).

Este necesar de menționat faptul că rata prevalenței hemoragiei severe în anul 2014 a avut valoarea cea mai mare în CP Bălți, fiind urmat de CP IMSP SCM nr. 1 Chișinău și Cahul. În anul 2013, hemoragia severă a avut o prevalență maximă în CP Orhei, în anul 2012 – în CP Cahul, iar în anii 2011, 2010 și 2009 – în CP Ungheni (Figura 4.16).

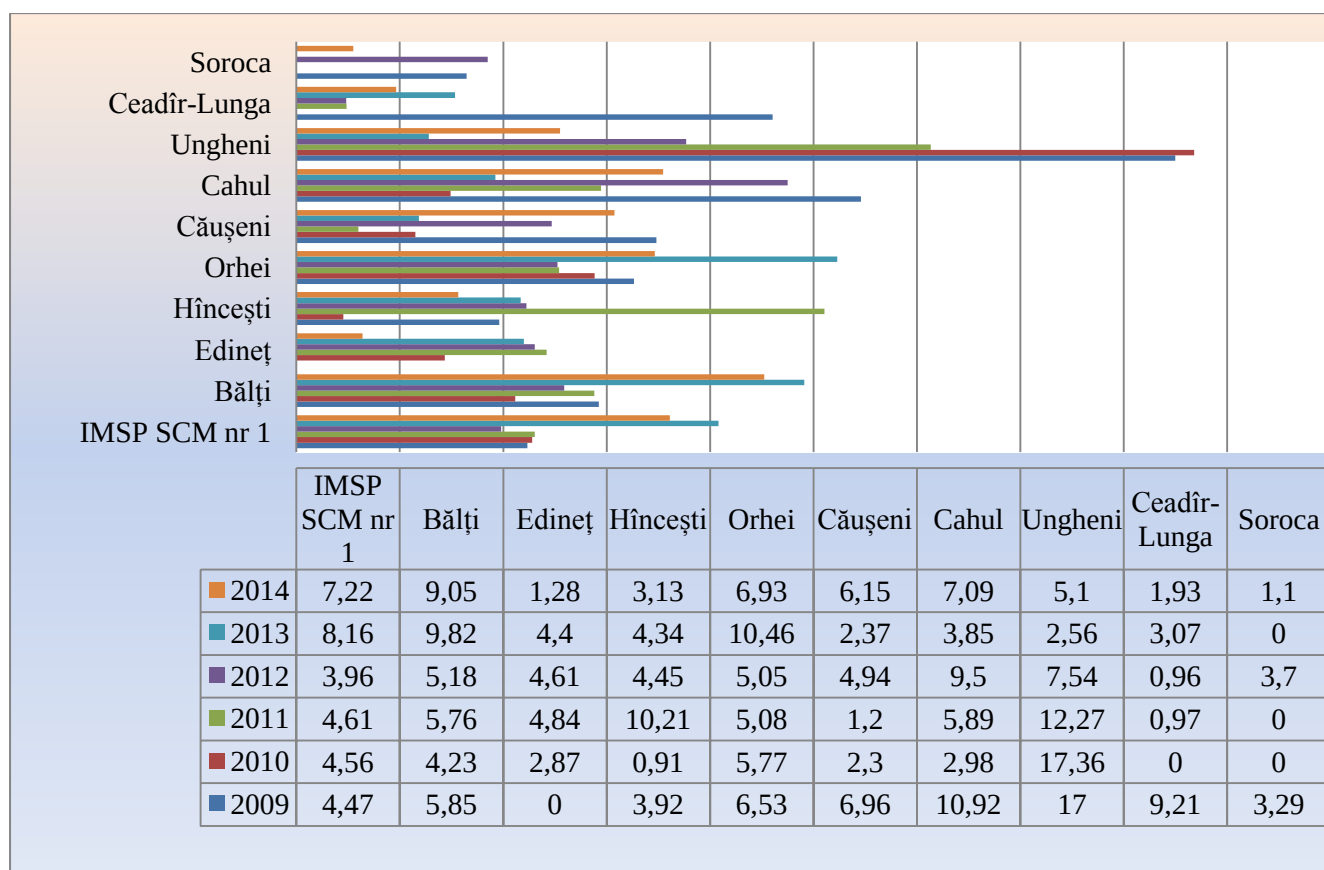


Fig. 4.16. Dinamica prevalenței hemoragiei severe printre cauzele proximității de deces matern în CP de nivelul II, a. 2009–2014 (la 1000 de nașteri)

Preeclampsia severă a avut o prevalență maximă în CP Edineț pentru anii 2010–2013. În anul 2009, această afecțiune a avut prevalență maximă în CP Căușeni, iar în 2014 – în CP Bălți. Rezultatele studiului au demonstrat o creștere a prevalenței preeclampsiei severe printre cauzele proximității de deces matern în anul 2014, comparativ cu anul 2013, în CP de nivelul II Bălți ($\chi^2=13,23$, $p=0,0003$), Orhei ($\chi^2=0,36$, $p=0,55$) și Căușeni ($\chi^2=0,01$, $p=0,90$). În celelalte CP de nivelul II s-a constatat o diminuare a prevalenței preeclampsiei severe în anul 2014.

O reducere semnificativă a prevalenței preeclampsiei severe în structura proximității de deces matern în anul 2014 s-a înregistrat în CP Edineț (10,22 la 1000 de nașteri, comparativ cu 57,18 la 1000 de nașteri în anul 2013, $\chi^2=3,52$, $p=0,06$), CP Cahul (2,36 la 1000 de nașteri, comparativ cu 6,16 la 1000 de nașteri în anul 2013, $\chi^2=3,38$, $p=0,07$), CP Ungheni (8,5 la 1000 de nașteri, comparativ cu 17,06 la 1000 de nașteri în anul 2013, $\chi^2=6,93$, $p=0,008$) și CP Soroca (zero versus 21,04 la 1000 de nașteri în anul 2013, $\chi^2=8,97$, $p=0,003$). Este necesar să menționăm faptul că în CP Hîncești, Ceadâr-Lunga și Soroca, în anul 2014 n-a fost înregistrat niciun caz de preeclampsie severă în structura cauzelor proximității de deces matern (Figura 4.16).

Rata prevalenței cauzelor evenimentelor de proximitate de deces matern în centrele perinatologice incluse în studiu, în perioada 2009–2014, este prezentată în Anexa 7, Tabelul 2.

Din totalitatea cazurilor de proximitate de deces matern înregistrate în anii 2009-2014 în CP de nivelurile II și III incluse în studiu, 470 (16,31%) de femei erau în stare critică la internare. În serviciile ATI ale acestor centre perinatologice au fost internate 1906 (66,16%) din femeile clasificate drept cazuri de proximitate de deces matern.

Semnele disfuncției de organ ce complică stările care amenință viața pacientelor de asemenea sunt utilizate pentru identificarea cazurilor de proximitate de deces matern. Criteriile bazate pe sistemele de organe sunt considerate cele mai specifice mijloace pentru depistarea cazurilor de proximitate de deces matern. Totuși, această metodă necesită disponibilitatea imediată a testărilor de laborator și a tehnologiilor medicale, ceea ce împiedică utilizarea acestor criterii în multiple instituții cu resurse limitate. În același timp, criteriile de admitere în serviciile de terapie intensivă depind de disponibilitatea și capacitatea acestor departamente, precum și de ghidurile și protocoalele instituționale pentru internarea în secțiile ATI. Coerența clasificării și setul de indicatori ai cazurilor de proximitate de deces matern permit evaluarea calității îngrijirii oferite femeilor gravide [251].

Rezultatele studiului prezent au evidențiat faptul că disfuncția de organ s-a dezvoltat la 942 (32,70%) de paciente clasificate drept cazuri de proximitate de deces matern în perioada 2009–2014. Disfuncția vasculară (hipovolemie/coagulopatie) a fost cea mai frecventă insuficiență de organ diagnosticată (64,97%), fiind urmată de disfuncția renală (9,66%), cea respiratorie (6,69%) și cea hepatică (6,69%). Șocul septic a fost diagnosticat la doar 1,06% din pacientele (n=10) la care s-a dezvoltat disfuncția de organ.

Insuficiența poliorganică a fost diagnosticată la 97 de paciente care au fost internate în serviciul ATI și care au dezvoltat disfuncție de organ (n=942), ceea ce constituie 10,30%. Structura disfuncției de organ în cazurile de proximitate de deces matern în anii 2010–2014 este prezentată în Figura 4.17.

Durata internării în serviciile ATI a pacientelor cu proximitate de deces matern a variat între 3 și 42 de zile, constituind în medie $11,22 \pm 4,3$ zile.

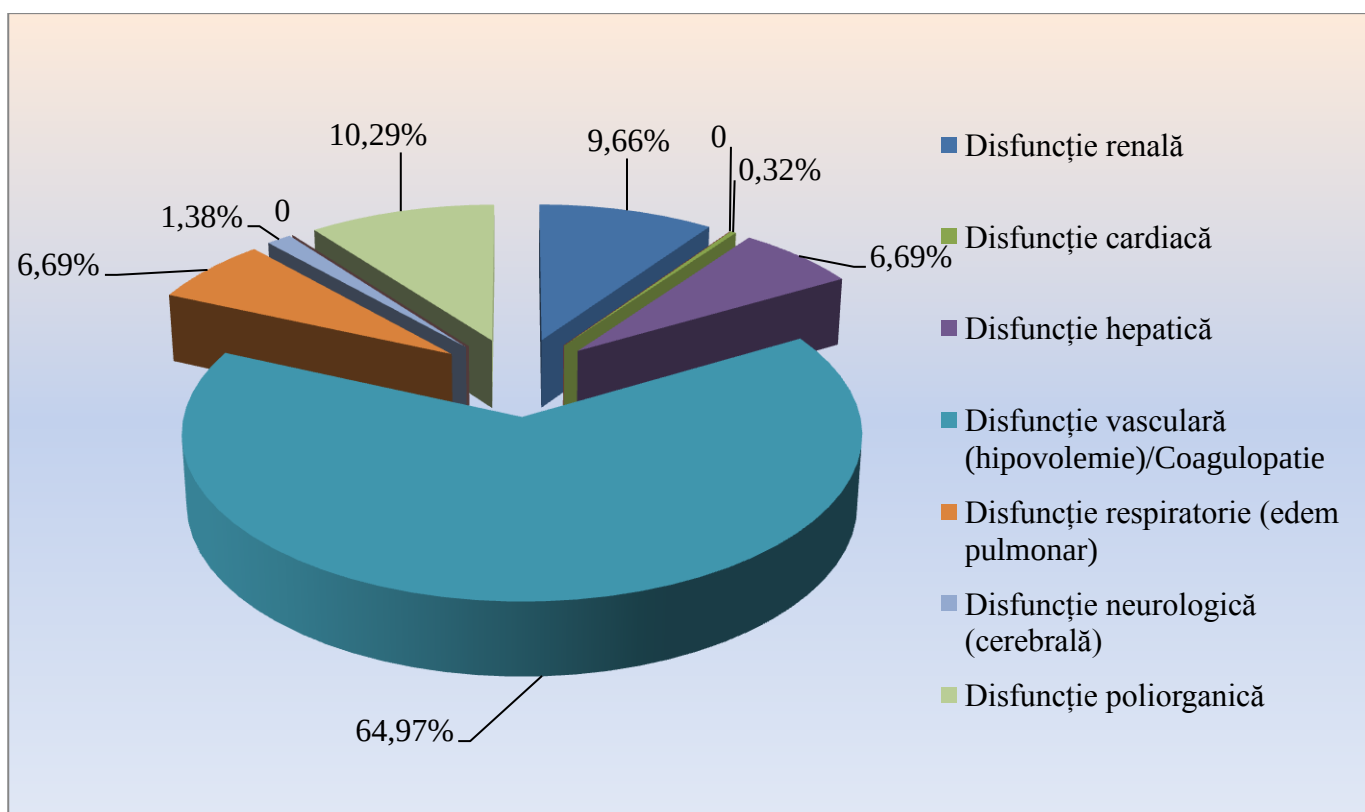


Fig. 4.17. Structura disfuncției de organ în cazurile de proximitate de deces matern, a. 2009–2014 (n=942), (%)

Rezultatele noastre sunt superioare datelor raportate în literatura de specialitate. Astfel, în studiul efectuat de O. Oladapo și coaut., pacientele obstetricale în stare critică au constituit 17% din totalitatea femeilor incluse în proximitatea de deces matern, numai 4,3% au fost tratate în serviciul ATI, în timp ce 9,0% din ele au dezvoltat insuficiență de organ [249].

În perioada 2009–2014, în CP de nivelurile II și III incluse în studiu, au fost efectuate 3120 de proceduri și intervenții specifice cu scop de management al cazurilor de proximitate de deces matern. Histerectomia a fost efectuată în 24,71% (n=712) cazuri, laparotomia cu salpingectomie în legătură cu sarcină ectopică – în 0,83% (n=24) din cazuri. Controlul manual sau instrumental uterin a fost aplicat în 3,40% (n=98) din cazuri. În 14 cazuri s-a recurs la aplicarea suturii Bi Linch, ceea ce constituie 0,48%, iar în 3 cazuri (0,10%) s-a efectuat ligaturarea arterelor iliace interne (Figura 4.18).

Transfuzie de sânge sau de derivați sangvini a fost efectuată în 30,41% (n=876) din cazuri, iar în 8,36% (n=241) a fost necesară intubarea prelungită, cu o durată mai mare de 60 de minute.

Nu a fost realizată nicio procedură invazivă radiologică, acest tip de intervenție fiind indisponibil în centrele perinatologice incluse în studiu.

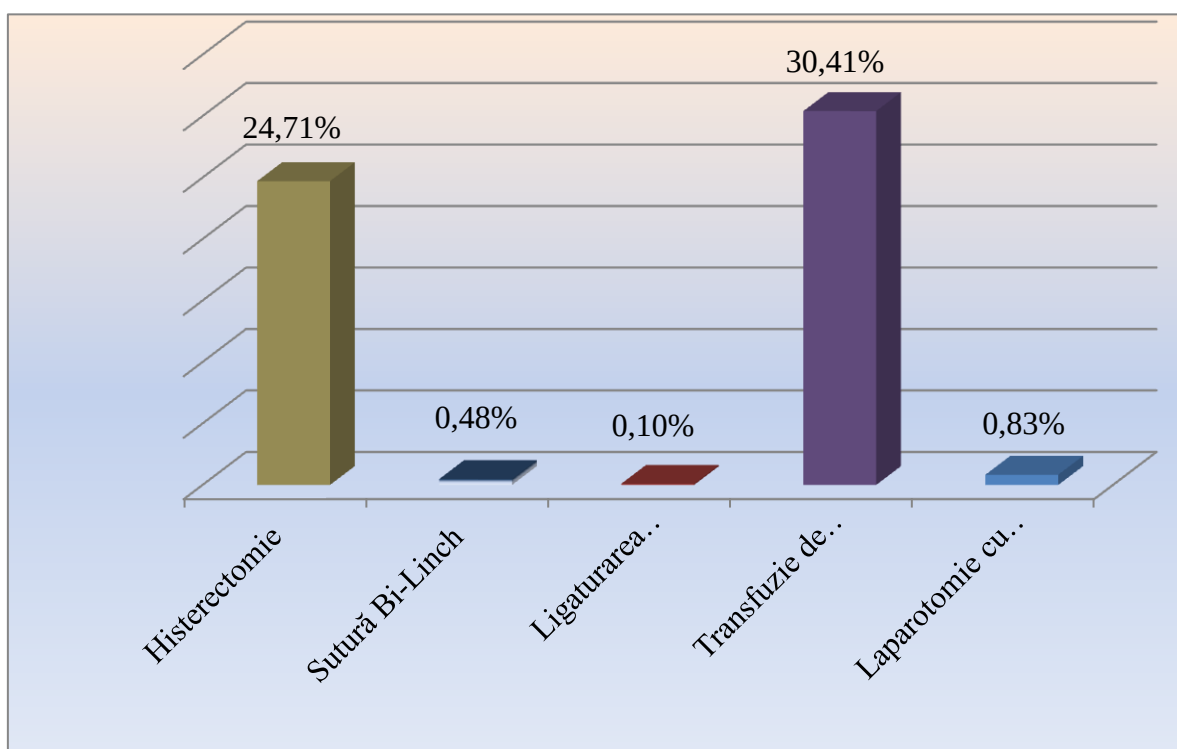


Fig. 4.18. Intervențiile specifice efectuate cu scop de management al cazurilor de proximitate de deces matern în CP incluse în studiu, a. 2009–2014 (%)

4.2. Analiza comparativă a cauzelor proximității de deces matern și a cauzelor deceselor materne

În urma studiului efectuat, s-a constatat faptul că în RM mortalitatea maternă are o evoluție oscilatorie, fapt ce trezește preocupări. Datele oficiale raportează o mortalitate maternă pentru Moldova de 44,5 la 100.000 de nou-născuți vii în anul 2010; 15,3 la 100.000 de nou-născuți vii în anul 2011; 30,4 la 100.000 de nou-născuți vii în anul 2012, 15,8 la 100.000 de nou-născuți vii în anul 2013 și 15,5 la 100.000 de nou-născuți vii în anul 2014. Rata mortalității materne în perioada 2009–2014 este prezentată în Figura 3.6.

În cele 11 CP din RM incluse în studiu, în anii 2009–2014 au fost înregistrate 21 de decese materne. Din totalitatea acestora, 14 (66,67%) decese au fost determinate de cauze obstetricale directe, iar 7 (33,34%) – de cauze indirecte. Cauzele deceselor materne înregistrate sunt prezentate în Tabelul 4.5.

Rezultatele obținute au evidențiat faptul că printre cauzele obstetricale directe ale deceselor materne înregistrate a predominat sepsisul, înregistrat în 23,81% din cazuri (5 din 21). Locul doi a fost ocupat de hemoragiile obstetricale (19,05%) și de dereglările hipertensive severe legate de sarcină (19,05%). În structura hemoragiilor obstetricale severe, hemoragia post-partum a constituit cauza cea mai frecventă a deceselor materne (9,52%). Un deces matern (4,76%) a

fost determinat de embolia cu lichid amniotic, 2 au fost cauzate de exacerbarea patologiei cardiovasculare preexistente (9,52%). Gripa pandemică H1N1 a cauzat 2 decese materne (9,52%) iar infecțiile HIV și TBC au determinat câte un deces, ceea ce a constituit 4,76%, respectiv.

Tab. 4.5. Cauzele deceselor materne în CP de nivelurile II și III din RM incluse în studiu, în perioada 2009–2014 (n=21), (abs., %)

Cauza decesului matern	N	%
<i>Cauze obstetricale</i>	14	66,67%
Hemoragie obstetricală severă	4	19,05%
Placenta previa	1	4,76%
Decolare de placentă normal inserată	1	4,76%
Hemoragie post-partum	2	9,52%
Dereglări hipertensive (preeclampsie severă/sindrom HELLP)	4	19,05%
Embolie cu lichid amniotic	1	4,76%
Sepsis	5	23,81%
<i>Cauze indirecte</i>	7	33,34%
Exacerbarea patologiei cardiovasculare	2	9,52%
HIV	1	4,76%
AVC	1	4,76%
Gripă pandemică H1N1	2	9,52%
TBC	1	4,76%

În studiul efectuat de M. Rozina și H. Haleema, hemoragia obstetricală a fost cauza cea mai frecventă a deceselor materne, provocând 83,3% din ele, toate femeile decedate aflându-se în perioada post-partum. Infecția a cauzat 16,6% din decesele materne. Niciun deces determinat de cauze indirecte nu a fost raportat de către acești autori. Ei menționează că hemoragia obstetricală a fost responsabilă atât pentru proximitatea de deces matern, cât și pentru decesele materne cu o frecvență mai mare decât infecțiile. În același timp, autorii susțin că complicațiile severe obstetricale au fost mai frecvente în hemoragii (55,7%) decât în infecții (5,6%), în timp ce indicele de mortalitate a fost mai mare pentru infecții (33,3%) decât pentru hemoragii (17,2%). Similar rezultatelor studiului nostru, distocia (ruptura uterină) a fost cauză a proximității de deces matern, dar nu și a deceselor materne [272].

Vârsta medie a femeilor decedate în perioada 2009–2014 în centrele perinatologice incluse în studiu a constituit $29,71 \pm 5,65$ ani, cu limitele cuprinse între 21 și 43 de ani. Analiza rezultatelor a evidențiat faptul că 76,19% (n=16) din acestea aveau vârsta cuprinsă între 21 și 35 de ani, iar 5 (23,81%) femei – peste 35 de ani. Nicio persoană decedată n-a avut vârsta mai mică de 20 de ani. Repartizarea pe categorii de vârstă a cazurilor de deces matern este prezentată în

Figura 4.19. Din analiza datelor referitoare la mediul de trai al femeilor decedate, s-a constatat că majoritatea pacientelor ($85,71 \pm 7,64\%$, $n=18$) proveneau din mediul rural, iar 3 ($14,29 \pm 7,64\%$) proveneau din mediul urban (Figura 4.20).

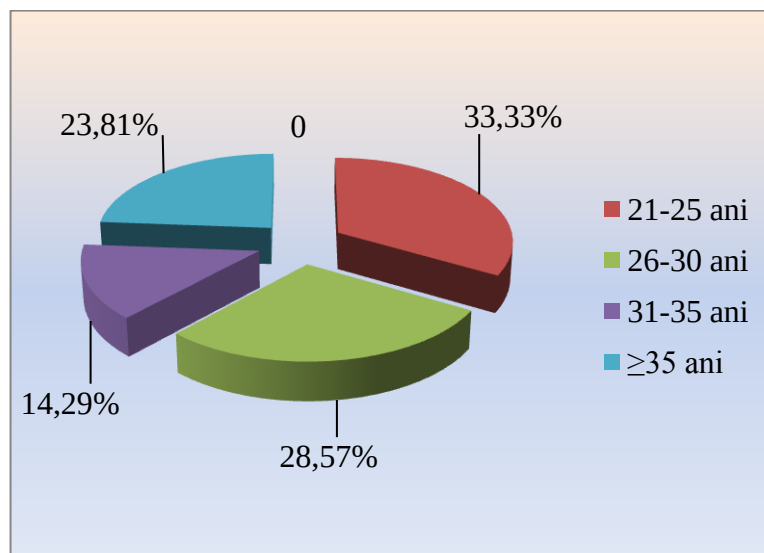


Fig. 4.19. Repartizarea pe categorii de vârstă a cazurilor de deces matern înregistrate în CP de nivelurile II și III, a. 2009–2014 (%)

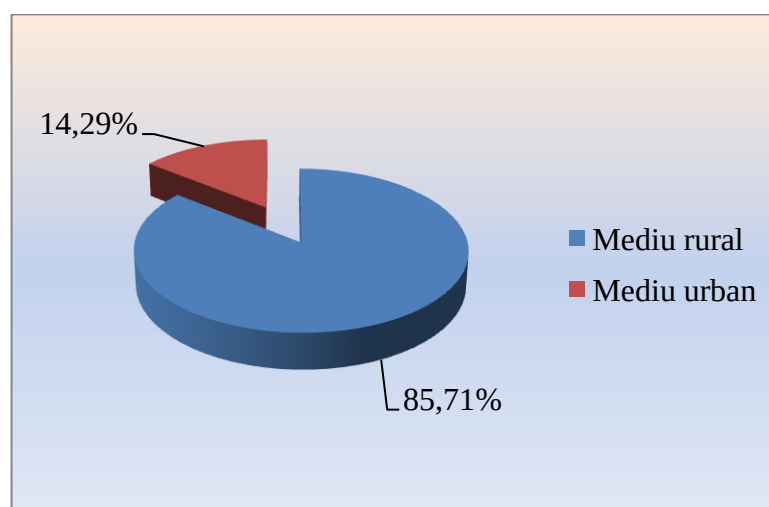


Fig. 4.20. Caracteristica pacientelor decedate în CP incluse în studiu după mediul de proveniență, a. 2009–2014 (%)

Rezultatele analizei termenului de gestație și a momentului survenirii decesului matern demonstrează că în 9 (42,86%) cazuri, decesul matern a survenit în perioada post-partum, 5 (23,81) femei au avut termenul sarcinii cuprins între 28 și 36 s.a., în momentul dezvoltării complicațiilor severe ce au condus la deces matern fiind în trimestrul III de sarcină (Tabelul 4.6). În 4 cazuri, complicațiile severe care s-au soldat cu deces matern au survenit la termenul sarcinii

mai mare de 36 s.a., într-un caz (4,76%) acesta a survenit în primul trimestru de sarcină (avort complicat cu sepsis), iar în 2 cazuri, decesul matern a fost consemnat la termenul sarcinii între 13 și 28 s.a.

Analiza comparativă a caracteristicilor de vârstă ale femeilor cu proximitate de deces matern și a cazurilor de deces matern înregistrate în centrele perinatologice a evidențiat faptul că majoritatea pacientelor aveau vârsta cuprinsă între 21 și 35 de ani (Tabelul 4.6).

Tab. 4.6. Analiza comparativă a caracteristicilor personale ale femeilor în cazurile de proximitate și decese materne (abs., %)

Caracteristici	Proximitate de deces matern (n=2881)		Deces matern (n=21)		p
	N. abs.	%	N. abs.	%	
Vârsta:					
< 20 de ani	183	6,35±0,45	-	-	-
21-25 de ani	610	21,17±0,76	7	33,33±10,29	0,66
26-30 de ani	800	27,77±0,83	6	28,57±9,86	0,97
31-35 de ani	735	25,51±0,81	3	14,29±7,64	0,78
> 35 de ani	553	19,19±0,73	5	23,81±9,29	0,60
Mediul de proveniență:					
rural	1620	56,23±0,92	18	85,71±7,64	0,0069
urban	1261	43,77±0,92	3	14,29±7,64	0,0069
Termenul sarcinii:					
< 13 s.a.	71	2,46±0,29	1	4,76±4,65	0,61
13-28 s.a.	105	3,64±0,35	2	9,52±6,40	0,83
28-32 s.a.	316	10,97±0,58	3	14,29±7,64	0,91
32-36 s.a.	421	14,61±0,66	2	9,52±6,40	0,68
> 36 s.a.	1549	53,77±0,93	4	19,05±8,57	0,50
Post-partum	419	14,54±0,66	9	42,86±10,80	0,67

Aspectele caracteristicilor personale ale pacientelor clasificate drept cazuri de proximitate de deces matern și ale celor decedate au fost comparabile, cu excepția mediului de proveniență (Tabelul 4.6). S-a constatat că 85,71% din pacientele decedate în centrele perinatologice proveneau din mediu rural.

Majoritatea pacientelor cu proximitate de deces matern (53,77%) din cadrul studiului nostru se aflau în ultimul trimestru de sarcină (> 36 s.a.), în timp ce 42,86% dintre pacientele cu deces matern erau în perioada post-partum. Structura cauzală a proximității de deces matern a fost diferită de cea a mortalității materne înregistrată în aceeași perioadă (2009–2014). În Tabelul 4.7 este prezentată structura morbidităților în cazul proximității de deces matern și în cazul deceselor materne în CP incluse în studiu. Astfel, printre cauzele proximității de deces matern,

stările hipertensive severe în sarcină (preeclampsie severă/eclampsie) ocupă primul loc (66,48%), fiind urmate de hemoragiile obstetricale severe (28,98%). În același timp, infecțiile (sepsisul puerperal) și patologia extragenitală au determinat cei mai mari indici de mortalitate maternă, deși incidența acestora în structura proximității de deces matern a fost semnificativ mai mică ($p < 0,0001$, Tabelul 4.7). Este necesar de a menționa faptul că dereglările hipertensive severe în sarcină au avut o incidență semnificativ mai mică ($p < 0,0001$) în structura cauzelor deceselor materne, comparativ cu proximitatea de deces.

Tab. 4.7. Analiza comparativă a cauzelor proximității de deces matern și a cauzelor deceselor materne (abs., %)

Cauza	Proximitate de deces matern (n=2881)		Deces matern (n=21)		p
	N. abs.	%	N. abs.	%	
Hemoragie severă	835	28,98%	4	19,05%	0,47
<i>Sarcină timpurie</i>	50	1,74%	-	-	-
- sarcină ectopică	38	1,32%	-	-	-
- avort	12	0,42%	-	-	-
<i>Sarcină tardivă</i>	365	12,67%	2	9,52%	1,00
- placenta previa	156	5,41%	1	4,76%	0,56
- abrupția placentei	209	7,25%	1	4,76%	1,00
<i>Post-partum</i>	420	14,58%	2	9,52%	1,00
- hemoragie hipotonă	367	12,74%	2	9,52%	1,00
- hemoragie pe fundal de resturi placentare	53	1,83%	-	-	-
Stări hipertensive	1973	68,48%	4	19,05%	0,0001
- Preeclampsie severă/ sindrom HELLP	1919	66,61%	4	19,05%	0,0001
- Eclampsie	54	1,87%	-	-	-
Distocie					
- ruptură uterină	18	0,62%	-	-	-
Stări septice	55	1,90%	5	23,81%	0,0001
Embolie cu lichid amniotic	-	-	1	4,76%	-
Cauze indirecte	-	-	7	33,34%	-
Total	2881	100%	21	100%	-

Rezultatele noastre sunt similare celor obținute de O. Olapado și coaut., care au comparat cauzele responsabile pentru proximitatea de deces matern și cauzele deceselor materne într-un centru terțiar din Nigeria și au raportat că infecția, cu un indice de mortalitate de 28,6%, a

constituit un factor amenințător semnificativ pentru supraviețuirea pacientelor, deși a fost o cauză mai puțin frecventă a proximității de deces matern [249].

Y. Almerie și coaut., studiind proximitatea de deces matern și mortalitatea maternă în spitalul universitar din Damasc, au raportat că 93,3% din decesele maternе au fost determinate de cauze obstetricale directe, hemoragiile severe obstetricale ocupând primul loc, fiind urmate de dereglările hipertensive (eclampsie) și sepsis [136].

Din totalitatea cazurilor de deces matern înregistrate în anii 2009–2014 în CP de nivelurile II și III din RM, în serviciile ATI ale CP au fost internate 100% din femei. Disfuncția de organ s-a dezvoltat la toate pacientele (100%) decedate. Disfuncția multiplă de organ (insuficiența poliorganică) a afectat 11 (52,38%) paciente cu deces matern, disfuncția cardiacă (edem pulmonar) –5 (23,81%) paciente și coagulopatia (sindrom CID) tot 5 (23,81%).

Indicele de mortalitate și rata fatalității de caz sunt indicatori esențiali ai calității asistenței obstetricale și ai eficienței sistemelor de sănătate [213]. În cadrul studiului prezent, cu scopul de a evalua standardul asistenței obstetricale acordate, a fost calculat indicele de mortalitate pentru morbiditatea obstetricală și rata fatalității de caz pentru fiecare morbiditate în parte. *Indicele de mortalitate general* (fatalitatea generală) pentru anii 2009–2014, în CP de nivelurile II și III incluse în studiu, a constituit 0,72% ($21/21+2881 \times 100\%$), iar *indicele de mortalitate prin morbiditate directă obstetricală* a constituit 0,48% ($14/14+2881 \times 100\%$). Raportul general decese maternе/cazuri de proximitate de deces matern pentru perioada de studiu a constituit aproximativ 1:137, ceea ce demonstrează că pentru fiecare 137 de femei care au supraviețuit complicațiilor severe cu risc pentru viață, de asemenea a fost înregistrat un deces matern (Tabelul 4.8).

Tab. 4.8. Indicele de mortalitate general (fatalitatea generală) pentru a. 2009-2014 în CP de nivelurile II și III incluse în studiu (abs., %)

Anul	Decese maternе, n	Cazuri de proximitate de deces matern, n	Indicele de mortalitate	Raportul decese maternе / proximitate de deces matern
2009	5	379	1,30%	1:75,8
2010	6	459	1,29%	1:76,5
2011	2	585	0,34%	1:292,5
2012	4	490	0,81%	1:122,5
2013	3	464	0,64%	1:154,7
2014	1	504	0,20%	1:504
Total	21	2881	0,72%	1:137

Raportul decese materne prin cauze obstetricale directe / cazuri de proximitate de deces matern în CP de nivelele II și III pentru perioada de studiu a constituit aproximativ 1:206, ceea ce înseamnă că pentru fiecare 206 femei care au supraviețuit complicațiilor severe obstetricale cu risc pentru viață, de asemenea a fost înregistrat un deces matern prin morbiditate obstetricală directă (Tabelul 4.9). Situația existentă, ce reflectă standardul general al asistenței obstetricale, este comparabilă cu cel raportată în țările UE – de 1:117-223 [237, 275, 312]. M. Waterstone și coaut., analizând proximitatea de deces matern în 19 secții de maternitate din șase spitale din Regatul Unit, au declarat un raport al deceselor materne / cazuri de proximitate de deces matern de 1:118. Această constatare importantă, din cadrul cercetării de față, presupune faptul că realitatea în RM pare a fi complet diferită. Așa calculele bazate pe criteriile insuficienței de organ, recomandate de OMS pentru definirea cazurilor de proximitate de deces matern, care au fost în număr de 942 paciente în perioada cercetată, prezintă alte rezultate, comparabile cu realitățile existente în RM: indicele de mortalitate de 2,18% și raportul mortalitate maternă/proximitate de deces matern 44,8:1. Ceea ce înseamnă că în RM pentru fiecare 45 de femei care au supraviețuit complicațiilor severe cu risc pentru viață a fost înregistrat un deces matern. Astfel, situația pe care o constatăm, în urma calculelor efectuate în baza insuficienței de organ, poate fi explicată prin estimarea exagerată a numărului de cazuri de proximitate de deces matern înregistrat în RM, din cauza utilizării clasificării de referire a cazurilor de proximitate de deces matern bazată pe criteriile clinice. Din aceste considerente, a fost elaborat un algoritm pentru identificarea cazurilor de proximitate de deces matern, care este propus spre utilizare pentru definirea și selectarea cazurilor de proximitate de deces matern în RM (Anexele 10,11,12).

Tab. 4.9. Indicele de mortalitate prin morbiditate obstetricală directă pentru
a. 2009–2014 în CP de nivelele II și III, incluse în studiu (abs., %)

Anul	Decese materne, n	Cazuri de proximitate de deces matern, n	Indicele de mortalitate (fatalitatea)	Raportul decese materne prin risc obstetrical direct / proximitate de deces matern
2009	3	379	0,78%	1:126,3
2010	5	459	1,08%	1:91,8
2011	0	585	0	-
2012	3	490	0,61%	1:163,3
2013	2	464	0,43%	1:232
2014	1	504	0,20%	1:504
Total	14	2881	0,48%	1:205,8

Analiza în dinamică a indicelui de mortalitate în CP de nivelurile II și III din RM incluse în studiu a evidențiat o evoluție oscilatorie a acestuia, cu o diminuare în anul 2014, comparativ cu anii anteriori cercetați (Figura 4.21).

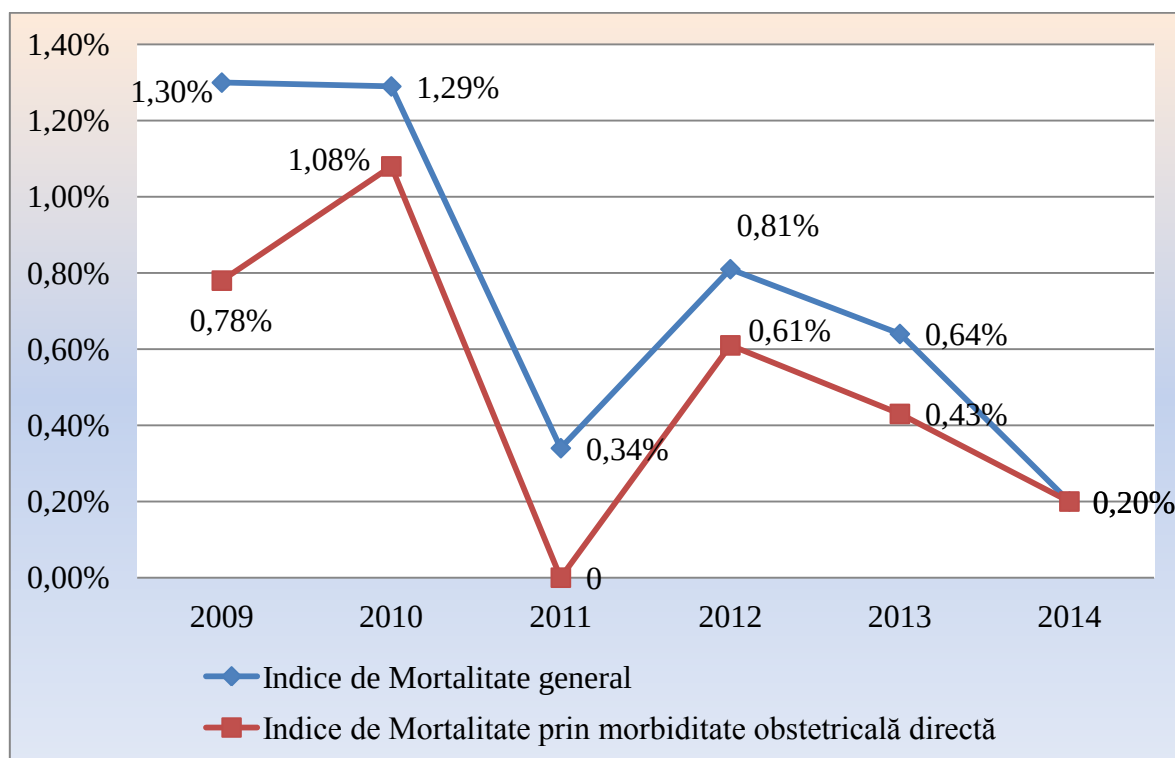


Fig. 4.21. Rata mortalității generale și celei prin morbiditate obstetricală directă în centrele perinatologice incluse în studiu, a. 2009–2014 (%)

În Tabelul 4.10 este prezentat indicele de mortalitate (fatalitatea cazului) pentru diverse forme de morbiditate obstetricală în perioada studiului. Astfel, indicele de mortalitate pentru hemoragia obstetricală pentru perioada 2009-2014 a constituit 0,48%, iar cel pentru dereglările hipertensive severe în sarcină a constituit 0,20%. Cel mai înalt indice de mortalitate prin hemoragie obstetricală în centrele perinatologice cercetate a fost înregistrat în anul 2009, constituind 1,39%, iar cel mai înalt indice indus prin dereglări hipertensive severe a fost observat în anul 2010 (0,57%).

Analiza comparativă a morbidităților obstetricale severe responsabile de cazurile de proximitate de deces matern și a celor responsabile de decesele materne în cadrul studiului prezent a identificat faptul că sepsisul puerperal, cu un indice de mortalitate pentru anii 2009–2014 de 8,33%, a constituit o amenințare semnificativă pentru supraviețuirea pacientelor afectate, cu toate că a fost o cauză mai puțin frecventă a proximității de deces matern în centrele perinatologice incluse în studiu pentru aceeași perioadă.

Tab. 4.10. Rata de fatalitate a cazului pentru morbiditatea obstetricală severă (abs., %)

Morbiditatea obstetricală severă	Cazuri de proximitate de deces matern	Decese materne	Rata de fatalitate
Hemoragie obstetricală severă			
2009	142	2	1,39%
2010	101	1	0,98%
2011	129	-	-
2012	117	1	0,85%
2013	176	-	-
2014	170	-	-
Total 2009–2014	835	4	0,48%
Dereglări hipertensive severe (preeclampsie/eclampsie)			
2009	219	-	-
2010	348	2	0,57%
2011	448	-	-
2012	359	1	0,28%
2013	277	-	-
2014	322	1	0,31%
Total 2009–2014	1973	4	0,20%
Distocie (ruptură uterină)			
2009	3	-	-
2010	3	-	-
2011	-	-	-
2012	8	-	-
2013	2	-	-
2014	2	-	-
Total 2009–2014	18	-	-
Stări septice			
2009	15	-	-
2010	7	2	22,22%
2011	8	-	-
2012	6	1	14,29%
2013	9	2	22,22%
2014	10	-	-
Total 2009–2014	55	5	8,33%

Trebuie să menționăm că indicele de mortalitate (fatalitatea cazului) pentru sepsisul puerperal a avut o valoare semnificativă în anii 2010 și 2013, constituind 22,22%, iar în 2012 a constituit 14,29%. Astfel, corespunzător rezultatelor obținute, în CP de nivelurile II și III cercetate, aproximativ o pătrime dintre pacientele cu sepsis puerperal în stare critică au decedat în anii 2010 și 2013.

Rezultatele obținute sugerează un standard deficitar de asistență pentru femeile cu sepsis puerperal în centrele perinatologice din RM și demonstrează că nivelul de asistență acordată

acestor paciente necesită o atenție deosebită. Indicele de mortalitate pentru ruptura uterină nu este descris în lucrarea prezentă, deoarece în anii 2009–2014 în centrele perinatologie incluse în studiu nu a fost înregistrat niciun deces matern determinat de ruptură de uter (Tabelul 4.10).

În Anexa 7, Tabelele 3-4, sunt prezentate rata fatalității și indicele de mortalitate pentru morbiditățile obstetricale severe în centrele perinatologice studiate în perioada 2009–2014, cu scopul de a evalua calitatea asistenței medicale acordate pacientelor în stare critică în instituțiile respective. În cadrul IMSP IMC, rata fatalității dereglărilor hipertensive severe în sarcină pentru anii 2009–2014 a constituit 50%, iar rata fatalității hemoragiilor obstetricale severe – 33,33%. Este necesar să menționăm că rata fatalității sepsisului obstetrical a constituit pentru anii respectivi 100% în CP IMSP SCM nr. 1 Chișinău, Bălți, Edineț și Orhei, iar în CP Cahul, rata fatalității hemoragiilor obstetricale a fost de 100%. Rezultatele descrise relevă deficiențe în asistența acordată acestei categorii de paciente în centrele perinatologice respective.

4.3. Analiza neconformităților în asistența medicală obstetricală acordată pacientelor cu morbiditate obstetricală severă

Una dintre etapele cercetării prezente a cuprins evaluarea neconformităților în asistența medicală obstetricală acordată pacientelor cu morbiditate severă în cadrul centrelor perinatologice incluse în studiu. Factorii evitabili pentru cazurile studiate au fost clasificați conform modelului clasic în „3 etape de întârziere” a asistenței medicale în cazul urgențelor obstetricale [218, 243]:

1. Întârziere în solicitarea ajutorului medical (întârziere în recunoașterea problemei și luarea deciziei de a solicita asistență medicală; probleme financiare);

2. Întârziere în accesarea instituției medicale, care depinde de distanța până la instituție, disponibilitatea și costul mijloacelor de transport;

3. Întârziere în acordarea asistenței medicale calitative în cadrul instituției medicale.

Au fost analizați factorii care pot condiționa rezultate suboptimale:

- întârzierea diagnosticului;
- protocoale clinice depășite sau inexistente;
- personal cu calificare insuficientă;
- lipsa de medicamente esențiale, echipamente și consumabile.

Din analiza rezultatelor obținute după evaluarea anchetelor de audit al cazurilor de proximitate de deces matern, întârziere în solicitarea asistenței medicale și internarea tardivă a pacientelor s-a constatat în 19,99% (n=576) din cazuri, în restul cazurilor de proximitate de deces matern (80,01%, n=2305) fiind evidențiate lacune de asistență acordată în instituțiile

medicale. Stabilirea tardivă a diagnosticului a fost identificată în 26,66% (n=768) din cazuri, iar un diagnostic greșit a fost stabilit în 27,49% (n=792) cazuri. Un număr semnificativ de paciente clasificate drept cazuri de proximitate de deces matern (n=1320) au fost supuse unui management incorect sau întârziat al cazului, ceea ce a constituit 45,82%, iar 42,48% din pacientele cu morbiditate obstetricală severă nu au beneficiat de o investigație completă (n=1224).

Astfel, nerespectarea protocoalelor clinice a fost constatată în managementul a 62,20% (n=1792) din cazuri de proximitate de deces matern, iar erori de documentare – în 23,32% (n=672) cazuri. Lipsa medicamentelor sau a echipamentului medical, inclusiv sală de operații indisponibilă, au fost evidențiate în 11,66% (n=336) din cazuri, iar lipsa protocoalelor clinice – în 8,33% (n=240) cazuri. Lipsa lucrului în echipă și deficiențe în comunicare au fost depistate în 16,67% (n=480) cazuri, iar personal medical insuficient calificat – în 23,36% (n=673). Lacunele în asistența medicală acordată pacientelor cu morbiditate obstetricală severă și factorii evitabili evidențiați sunt prezentați în Tabelul 4.11. Numeroase paciente clasificate drept cazuri de proximitate de deces matern au avut factori evitabili multipli.

Prevalența cazurilor de proximitate de deces matern cu o asistență calificată sub standard în centrele perinatologice incluse în studiu a constituit 81,85% (n=2358). Rezultatele studiului nostru au evidențiat faptul că cele mai frecvente lacune în asistența acordată pacientelor cu morbiditate obstetricală severă au fost constatate la nivelul instituțiilor medicale. În 82,48% (n=1945) din numărul total de cazuri de proximitate de deces matern cu o asistență necorespunzătoare standardelor (n=2358), lacunele au fost determinate de astfel de factori umani precum: lipsa lucrului în echipă, deficiențe în comunicare, deficit de cunoștințe și abilități clinice necesare pentru a recunoaște și a menaja corespunzător pacientele obstetricale care necesită asistență urgentă, întârziere și erori de diagnostic și tratament, nerespectarea protocoalelor clinice.

În cadrul studiului prezent au fost analizate particularitățile asistenței medicale oferite pacientelor decedate prin cauze obstetricale directe în centrele perinatologice incluse în cercetare, în perioada 2009–2014 (n=14). Din analiza rezultatelor obținute după evaluarea anchetelor de audit al cazurilor de deces matern, factori evitabili au fost evidențiați în 92,86% (n=13) din cazurile de deces materne prin risc obstetrical direct, înregistrate în aceste centre perinatologice.

Rata cazurilor de deces matern cu o asistență calificată sub standard a constituit 85,71% (n=12). Internarea tardivă a pacientelor s-a constatat în 14,29% (n=2) din cazuri: într-un caz (7,14%) a fost evidențiată întârzierea pacientei în solicitarea asistenței medicale, iar în altul

(7,14%) – referirea tardivă a pacientei pentru internare de către personalul medical de la nivel primar. În 92,86% din cazurile de deces matern prin risc obstetrical direct (n=13), au fost evidențiate deficiențe în asistența specializată acordată în cadrul centrelor perinatologice.

Diagnostic incorect a fost stabilit în 57,14% (n=8) din cazuri, iar stabilirea tardivă a diagnosticului, cu subaprecierea stării pacientei, a fost identificată în 28,57% (n=4) cazuri. 11 paciente clasificate drept cazuri de deces matern prin risc obstetrical direct au suportat un management incorect sau întârziat al cazului, ceea ce a constituit 78,57%, iar 21,42% (n=3) dintre ele nu au beneficiat de o investigare completă. Nerespectarea protocoalelor clinice a fost evidențiată în 85,71% (n=12) din cazurile de deces matern. Erori de documentare au fost constatate în 64,28% (n=9) de cazuri, iar lipsa protocoalelor clinice – în 7,14% (n=1). Deficiențe organizatorice, lipsa medicamentelor sau a echipamentului medical au fost depistate în 14,29% (n=2) cazuri. Deficiențe în comunicare au fost constatate în 14,29% (n=2) cazuri, iar personal medical insuficient calificat – în 28,57% (n=4) cazuri. Neconformitățile în asistența medicală acordată pacientelor cu deces matern sunt prezentate în Tabelul 4.11.

Astfel, rezultatele studiului nostru sugerează că 92,86% din decesele materne prin cauze obstetricale directe, înregistrate în CP de nivelurile II și III din RM, în perioada 2009–2014, au fost evitabile, cel mai frecvent factor evitabil fiind asistența medicală sub standarde oferită pacientelor de către lucrătorii medicali (85,71%). Totodată, asistența calificată sub standard în cazurile de proximitate a constituit 81,85%, cele mai frecvente lacune fiind determinate de factori umani, precum: lipsa lucrului în echipă, deficiențe în comunicare, lipsa cunoștințelor și abilităților clinice necesare, întârziere și erori în diagnostic și tratament, nerespectarea protocoalelor clinice.

Datele noastre sunt în concordanță cu rezultatele altor cercetători. H. Merali și coaut., efectuând o cercetare sistematică a datelor publicate în literatura de specialitate cu referire la decesele materne și perinatale, au raportat că factorul evitabil cel mai frecvent, care a condus la decese materne, a fost legat de competența și pregătirea insuficiente ale lucrătorilor medicali (66.7%), fiind urmat de factorii ce țin de pacienți (14.3%), deficiențele administrative/lipsa suplimentelor (11.9%), apoi de factorii legați de transportul sau referirea pacientelor (7.1%) [236]. C. Farquhar și coaut., într-un studiu retrospectiv al factorilor ce au condus la decesele materne evitabile, au constatat prezența acestora în 55% din cazuri. Factorii legați de procesul de organizare și de management, de personalul medical și barierele de acces la instituțiile medicale au fost evidențiați mai frecvent, comparativ cu factorii ce țin de tehnologii și echipament. Printre factorii de organizare și management, cel mai des autorul constată lipsa politicilor, protocoalelor

și ghidurilor. Printre cei legați de personalul medical se evidențiază lipsa cunoștințelor și competențelor practice, eșecul de comunicare între personal [176].

Tab. 4.11. Deficiențe în asistența medicală acordată pacientelor cu morbiditate obstetricală severă și cu deces matern (abs., %)

Deficiențe	Proximitate de deces matern (n=2881)		Decese materne prin cauze obstetricale directe (n=14)	
	n	%	n	%
Internare tardivă a pacientei	576	19,99%	2	14,29%
Anamneză incompletă	192	6,66%	4	28,57%
Diagnostic tardiv	768	26,66%	4	28,57%
Eroare de diagnostic	792	27,49%	8	57,14%
Management incorect/întârziat al cazului	1320	45,82%	11	78,57%
Monitorizare inadecvată a pacientei	1056	36,65%	9	64,28%
Investigare incompletă/erori de laborator	1224	42,48%	3	21,42%
Lipsa medicamentelor/echipamentului necesar	336	11,66%	2	14,29%
Lipsa protocoalelor clinice	240	8,33%	1	7,14%
Nerespectarea protocoalelor clinice	1792	62,20%	12	85,71%
Erori de documentare a cazului	672	23,32%	9	64,28%
Lipsa lucrului în echipă/deficiențe de comunicare	480	16,67%	2	14,29%
Personal medical cu calificare insuficientă	673	23,36%	4	28,57%

S. Abouchadi și coaut. au constatat că 75.9% din totalitatea deceselor au fost considerate evitabile, din perspectiva asistenței sub standard și factorii asociați cu decesele materne. Principalele neconformități identificate au fost: monitorizarea și supravegherea insuficiente ale pacientelor în 45.6% cazuri, tratamentul inadecvat în 43.9% cazuri și adresarea tardivă pentru asistență medicală – în 41.3% cazuri [133]. A. Taly și coaut., din contra, raportează că cel mai frecvent factor evitabil al cazurilor de proximitate de deces matern a fost întârzierea legată de paciente. Ignoranța, reticența din partea pacientelor sau a rudelor, întârzierea în transferul la instituția medicală, lipsa surselor financiare au constituit factorii majori responsabili pentru majoritatea cazurilor de proximitate de deces matern și de mortalitate maternă [290].

Ponderea semnificativă a factorilor evitabili în cazurile de proximitate și mortalitate maternă, relevați în cadrul studiului nostru, este alarmantă pentru RM. Aceasta impune necesitatea dezvoltării unor noi strategii orientate spre eliminarea sau diminuarea mortalității materne. Totodată, rezultatele noastre arată că numărul și prevalența cazurilor de proximitate de deces matern sunt supraestimate în Moldova. Astfel, este necesar de a formula criterii uniforme pentru clasificarea standardizată a cazurilor de proximitate de deces matern. Înregistrarea corectă

a acestei categorii de paciente va crește gradul de înțelegere a eșecurilor în asistența obstetricală acordată în cadrul sistemului de sănătate din RM.

4.4. Concluzii la capitolul 4

1. Prezenta cercetare a fost orientată spre determinarea prevalenței cazurilor de proximitate de deces matern, analiza comparativă a cazurilor de proximitate și mortalitate maternă, identificarea neconformităților admise în procesul de asistență medicală, pentru a evalua calitatea asistenței obstetricale acordate în cadrul sistemului regionalizat de asistență medicală perinatală din RM. Majoritatea femeilor gravide (53,77%), în momentul dezvoltării complicațiilor obstetricale severe, au avut peste 36 s.a., fiind în trimestrul III de sarcină, cu vârsta medie de $29,6 \pm 5,29$ ani, iar 434 (15,06%) au fost asociate cu două sau mai multe morbidități obstetricale severe, cu o medie generală de 1,3 morbidități pe caz de proximitate de deces matern. În CP Edineț se înregistrează cea mai înaltă prevalență a cazurilor de proximitate de deces matern din cadrul CP de nivelul II din țară, fiind urmat de CP Căușeni, Ungheni și Soroca.

2. În localitățile rurale ale republicii se constată o prevalență mai mare a cazurilor de proximitate de deces matern ($56,23 \pm 0,92\%$), comparativ cu zonele urbane ($43,77 \pm 0,92\%$), fapt ce sugerează că specialiștii din aceste localități se confruntă cu un procent mai înalt de situații obstetricale complicate, populația fiind mai vulnerabilă, evidențiind necesitatea întreprinderii unor eforturi suplimentare pentru diminuarea riscurilor de morbiditate și mortalitate maternă în aceste regiuni.

3. Rezultatele obținute au demonstrat că în structura nosologică a cazurilor de proximitate de deces matern au predominat stările hipertensive asociate cu sarcina (68,48%), urmate de hemoragia severă (28,98%), iar sepsisul și distocia au fost cauze mai rare ale proximității de deces matern (1,91% și 0,62%, respectiv). În structura cazurilor de proximitate de deces matern determinate de dereglări hipertensive severe ($n=1973$) a predominat preeclampsia severă (92,6%, $n=1827$). Eclampsia a fost responsabilă de 2,74% din cazurile de proximitate de deces matern ($n=54$), iar sindromul HELLP a fost diagnosticat în 4,66% ($n=92$) cazuri.

4. În cazurile de proximitate de deces matern asociate cu hemoragie severă a prevalat hemoragia hipotonă post-partum (43,95%, $n=367$), urmată de hemoragia pe fundal de apoplexie utero-placentară (25,03%, $n=209$) și placenta previa (18,68%, $n=156$). Analiza dinamicii morbidității obstetricale a evidențiat o diminuare a incidenței hemoragiilor în anul 2010, comparativ cu 2009 ($\chi^2=24,11$, $p<0,05$), și o creștere a numărului și a prevalenței hemoragiilor

severe în anul 2013, comparativ cu anul 2012 ($\chi^2=12,39$, $p=0,0004$), cu o diminuare nesemnificativă ulterioară în 2014, comparativ cu 2013 ($\chi^2=1,86$, $p=0,17$).

5. Sepsisul puerperal a prezentat o amenințare gravă pentru șansele de supraviețuire ale pacientelor. Incidența stărilor septice a crescut de la $1,22\pm 0,50\%$ în anul 2012 până la $1,94\pm 0,64\%$ în anul 2013 ($\chi^2=0,27$, $p=0,6$) și $1,98\pm 0,62\%$ în 2014 ($\chi^2=2,67$, $p=0,10$). Indicele de mortalitate pentru sepsisul puerperal a avut o valoare semnificativă până la 22,22%. Astfel, aproximativ o pătrime dintre pacientele cu sepsis puerperal în stare critică au decedat în această perioadă, ceea ce reflectă un standard deficitar de asistență pentru femeile cu complicații septico-purulente și faptul că nivelul de asistență acordată acestora necesită o atenție deosebită.

6. Prevalența proximității de deces matern cu o asistență sub standard în centrele perinatologice incluse în studiu a constituit 81,85%. Cele mai frecvente deficiențe în asistența acordată pacientelor cu morbiditate obstetricală severă au fost constatate la nivelul instituțiilor medicale, fiind determinate de factori umani, precum lucrul inefficient în echipă, probleme de comunicare, lipsa cunoștințelor și abilităților clinice, întârzieri și erori în diagnostic și tratament, nerespectarea protocoalelor clinice.

7. În cadrul studiului a fost evaluată calitatea asistenței medicale acordate, estimată prin indicele de mortalitate pentru morbiditatea obstetricală și prin rata fatalității de caz pentru fiecare morbiditate obstetricală în parte. Astfel, s-a stabilit că indicele de mortalitate generală (fatalitatea generală) a constituit 0,72% ($21/21+2881 \times 100\%$), iar indicele de mortalitate prin morbiditate directă obstetricală a fost de 0,48% ($14/14+2881 \times 100\%$). Raportul general decese materne/cazuri de proximitate de deces matern pentru perioada de studiu a constituit 1:137, ceea ce înseamnă că pentru fiecare 137 de femei care au supraviețuit complicațiilor severe cu risc pentru viață a fost înregistrat un deces matern.

8. Din totalitatea cazurilor de proximitate de deces matern incluse în studiu, 470(16,31%) de femei erau în stare critică la internare. Cu toate acestea, în serviciile ATI au fost internate un număr mare de paciente – 1906 (66,16%). În același timp, disfuncția de organ s-a dezvoltat numai la 942 (32,70%) de paciente, insuficiența poliorganică a fost diagnosticată la 97 de femei (10,30%). Această stare de lucruri ne demonstrează că numărul și prevalența cazurilor de proximitate de deces matern sunt supraestimate în RM. Astfel, există necesitatea clară de a formula criterii uniforme pentru clasificarea standardizată a cazurilor de proximitate de deces matern, conform recomandărilor OMS, bazate pe insuficiența sistemelor de organe.

9. Cu toate că auditul proximității de deces matern a fost implementat în mod oficial, în RM, în anul 2005 și a fost extins în toate CP de nivelurile II și III în anul 2009, nu există date privind impactul analizei cazurilor de proximitate de deces matern asupra calității asistenței

medicale. Studiul de față reprezintă prima revizuire de amploare a structurii, particularităților și conduitei clinice a cazurilor de proximitate de deces matern. Rezultatele obținute demonstrează că acesta este un instrument important, prin care neconformitățile din asistența medicală a mamei și copilului pot fi abordate și corectate, reprezintă o alternativă eficientă analizei tradiționale a mortalității materne, cu un rezultat rapid de îmbunătățire a serviciilor prestate și impact pozitiv asupra comportamentului specialiștilor din serviciul de asistență medicală perinatală.

5. RESURSELE UMANE DIN SISTEMUL MEDICAL – FACTOR PRINCIPAL DE ASIGURARE A CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE ȘI DE PREVENIRE A MORTALITĂȚII MATERNE

5.1 Asigurarea populației Republicii Moldova cu medici obstetricieni-ginecologi

Resursele umane reprezintă cel mai valoros și important segment din cadrul sistemului de sănătate. Funcționarea eficientă a întregului sistem de sănătate, precum și a componentelor acestuia, este asigurată de către specialiști. Acest fapt subliniază importanța politicii de personal, fiind una dintre principalele priorități în domeniul sănătății.

Soluționarea problemelor ce țin de resursele umane din sănătate constituie obiectivul primordial în activitatea organismelor naționale și celor internaționale. Cele mai stringente în acest sens sunt: insuficiența, accesul, distribuirea, migrația, instruirea, deprinderile adecvate, performanța, importanța, planificarea și managementul [46]. Astfel, strategia de dezvoltare a resurselor umane trebuie să ia în considerare atât particularitățile sistemului național, cât și experiența internațională acumulată.

Calitatea serviciilor prestate este determinată de caracterul adecvat al formelor de organizare, de starea bazei tehnico-materiale a sistemului de sănătate, dar și de disponibilitatea personalului calificat. Conform scopului și obiectivelor prezentei cercetări, am analizat situația cu privire la asigurarea populației RM cu specialiști în domeniul obstetricii și ginecologiei.

Analiza situației privind resursele umane din sistemul MS al RM arată o scădere a numărului de medici de la 16 114 de persoane în anul 1997 până la 10 287 de persoane în anul 2017, asigurarea cu medici fiind de 29,0 la 10 000 de locuitori. În aceeași perioadă, s-a înregistrat și o descreștere a numărului de personal medical mediu, reducându-se de la 40 029 până la 20 380 de persoane. Asigurarea cu personal medical mediu este de 57,4, comparativ cu 93,0 în anul 1997 la 10 000 de locuitori.

Luând în considerare faptul că indicatorii de asigurare a populației cu resurse umane medicale și cu paturi trebuie să coreleze în mod direct cu numărul de locuitori, menționăm că numărul populației stabile din RM, începând cu anul 1998 (evidența statistică la nivel național se efectuează fără raioanele din stânga Nistrului și municipiul Bender), s-a micșorat cu 97.980 de locuitori sau cu 2,7% (3.655 614 locuitori în anul 1998 și 3.557 634 în anul 2014). Tot în această perioadă, numărul de medici în RM (inclusiv din instituții departamentale și private) s-a redus cu 4551 sau cu 26,1% (17.431 în anul 1998 și 12.880 în 2014), iar asigurarea cu medici la 10 000 de locuitori – de la 40,5 la 36,2. Numărul medicilor obstetricieni-ginecologi a scăzut cu 40,0% (1050 de specialiști în anul 1998 și 634 în anul 2014), asigurarea cu medici obstetricieni-ginecologi la 10 000 de locuitori constituind de 2,4 până la 1,8 (Tabelul 5.1).

Tab. 5.1. Numărul de medici (din tot sistemul de sănătate, inclusiv cei din afara sistemului MS) și gradul de asigurare a populației cu medici pe unele specialități în RM, a. 1998–2014 (abs., la 10 000 de locuitori)*

	1998		1999		2000		2005		2010		2014	
	abs.	la 10 000	abs.	la 10 000	abs.	la 10 000	abs.	la 10 000	abs.	la 10 000	abs.	la 10 000
Total medici	17431	40,5	15708	36,7	15175	35,6	12577	35,0	12780	35,9	12880	36,2
Medici obstetricieni-ginecologi	1050	2,4	1015	2,4	944	2,2	670	1,9	640	1,8	634	1,8
Medici profil chirurgical	2118	4,9	2081	4,8	2049	4,8	1781	5,0	1825	5,1	1879	5,3
Medici profil terapeutic	4395	10,2	4843	11,3	4866	11,4	4450	12,4	2426	6,8	2371	6,7

Notă: *Sursa: Centrul Național de Management în Sănătate.

Numărul medicilor de profil terapeutic s-a redus cu 46,0% (4395 de medici în anul 1998 și 2371 în anul 2014), iar indicele asigurării la 10 000 de locuitori s-a micșorat de la 10,2 până la 6,7. În același timp, asigurarea populației cu medici de profil chirurgical este în ascensiune de la 4,9 în anul 1998 până la 5,3 în 2014.

În cadrul IMSP ale MS al RM, diminuarea numărului medicilor constituie 5778 sau 36,0% (16173 în anul 1998 și 10395 în 2014), indicele asigurării populației la 10 000 de locuitori fiind de 29,2. Numărul de medici obstetricieni-ginecologi s-a redus și mai mult – cu 44,0%, asigurarea populației cu specialiști de acest profil fiind de 1,5 la 10 000 de locuitori (989 de medici în anul 1988 și 550 în 2014), (Figura 5.1).

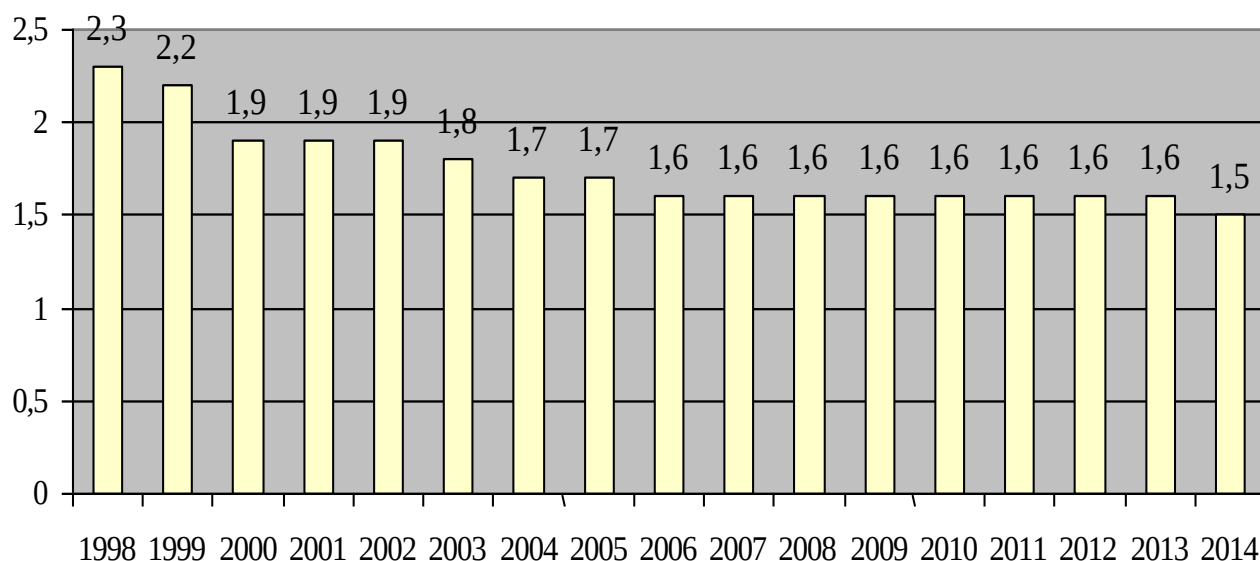


Fig. 5.1. Asigurarea cu medici obstetricieni-ginecologi în sistemul MS al RM în perioada 1998–2014 (la 10 000 de locuitori)

Conform datelor din 2014, în RM, circa 58,0% din numărul populației locuiește în mediul rural. Cu toate acestea, majoritatea medicilor obstetricieni-ginecologi (circa 68,0%) activează preponderent în municipiile Chișinău și Bălți (municipiul Chișinău – 147 de persoane, municipiul Bălți – 35 de persoane, în instituții republicane – 147 de persoane, în alte ministere – 84 de persoane), pe când în raioanele republicii activează 203 specialiști, care constituie 32,0%.

Evoluția indicelui de asigurare cu medici obstetricieni-ginecologi și cu moașe în perioada 2009–2014 este prezentată în Figura 5.2.

Indicele asigurării populației cu medici obstetricieni-ginecologi în anul 2014 a reprezentat: în total pe municipii – 2,1 specialiști la 10 000 de locuitori; la nivel raional – 0,8 specialiști la 10 000 de locuitori; în total pe republică – 1,8 la 10 000 de locuitori și pe întregul sistem al MS – 1,5 specialiști la 10 000 de locuitori. O pondere mare a medicilor-specialiști este concentrată în instituțiile republicane, unde coeficientul cumulării este de 0,7.

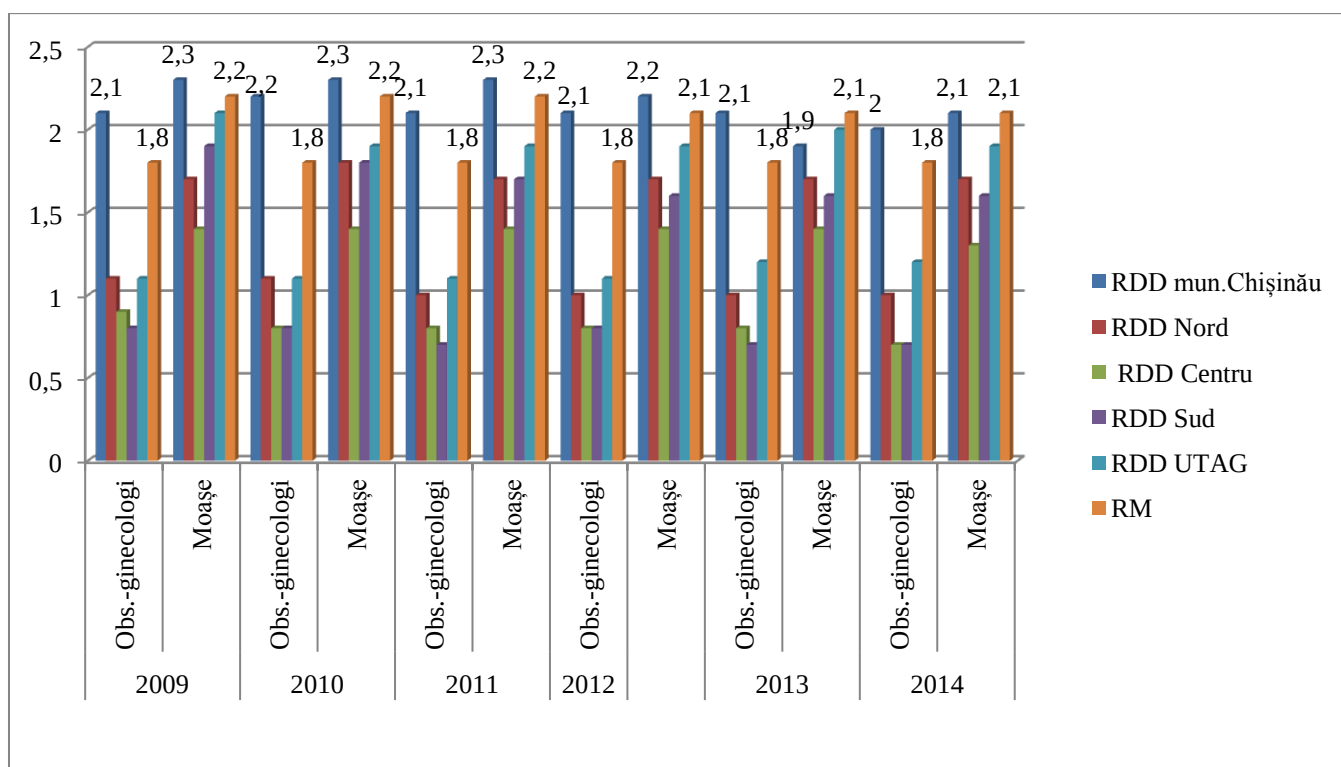


Fig. 5.2. Asigurarea cu obstetricieni-ginecologi și moașe în Regiunile de Dezvoltare ale RM în perioada 2009–2014 (la 10 000 de locuitori)

Totodată, în mai multe teritorii administrative, indicele asigurării cu medici obstetricieni-ginecologi nu depășește valoarea de 0,5-0,7 la 10 000 de locuitori, cu un coeficient de cumulare ce variază de la 1,5 la 3,3 (Călărași, Briceni, Cimișlia, Șoldănești, Taraclia, Cantemir, Drochia, Râșcani, Anenii Noi, Basarabeasca, Căușeni, Criuleni, Fălești, Hâncești, Ștefan-Vodă, Strășeni), (Figura 5.3).

Gradul de asigurare a regiunilor țării cu resurse umane medicale este diferit. Astfel, în Regiunea de Dezvoltare Nord, în anul 2014, indicele asigurării la 10 000 de locuitori a constituit valoarea de 1,0; în RDD Centru – 0,8, în RDD Sud – 0,7; în UTA Găgăuzia – 1,2, pe când în municipiul Chișinău acest indice a constituit 2,0, iar în municipiul Bălți (care este parte componentă a RDD Nord) – 2,3 (Figura 5.4).

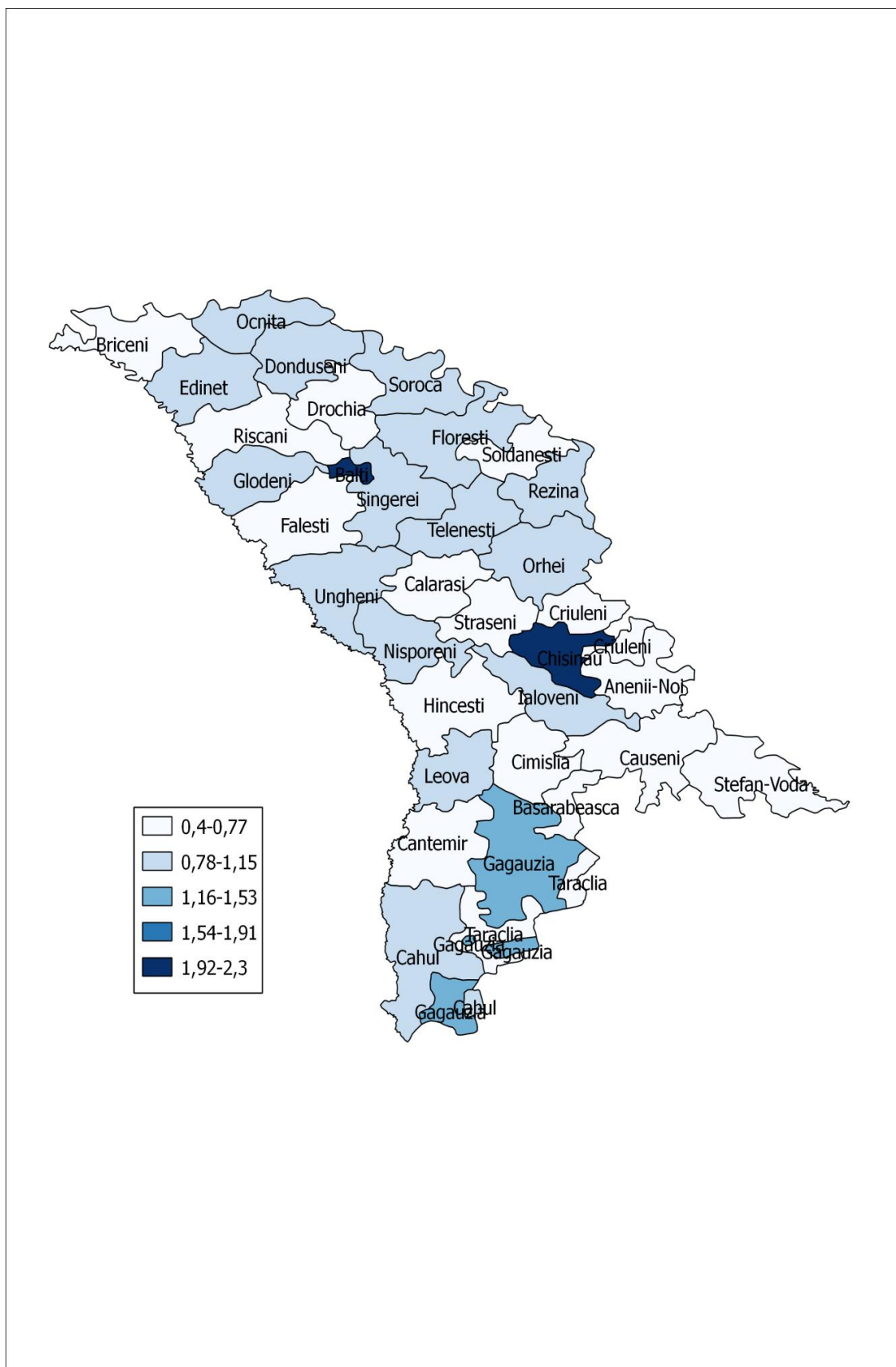


Fig. 5.3. Asigurarea populației RM cu medici obstetricieni-ginecologi conform teritoriilor administrative (la 10 000 de locuitori), a. 2014

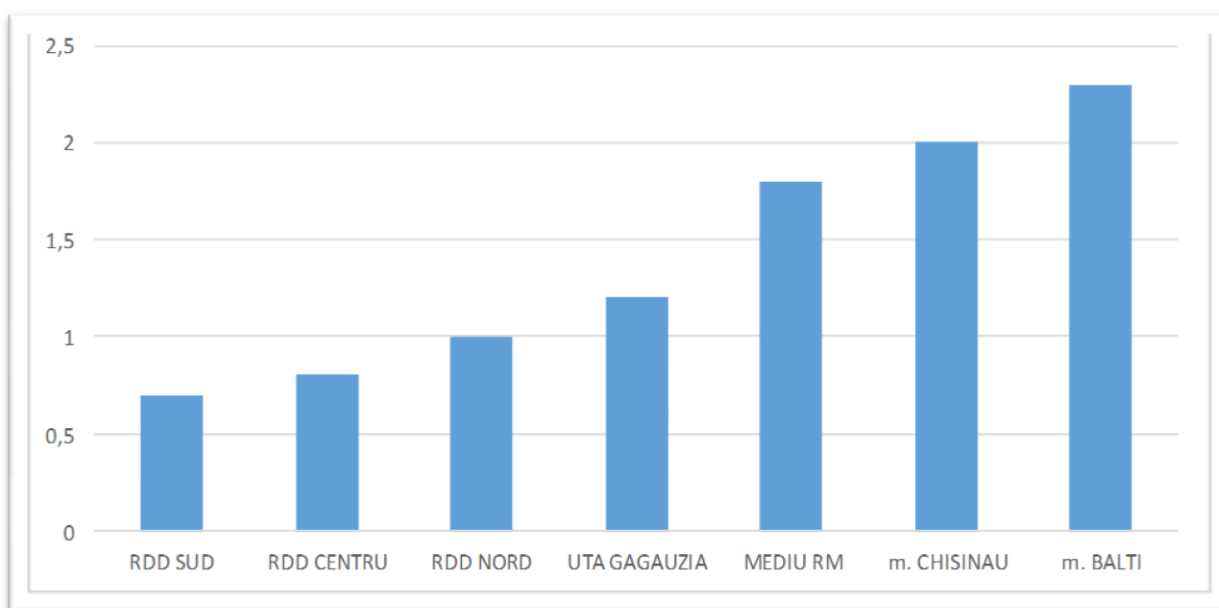


Fig. 5.4. Asigurarea populației RM cu medici obstetricieni-ginecologi conform regiunilor de dezvoltare în a. 2014 (la 10 000 de locuitori)

Prezintă interes corelația dintre indicele asigurării cu medici obstetricieni-ginecologi și numărul femeilor de vârstă fertilă. În RM, cota femeilor de vârstă fertilă constituie 32,6% din numărul total al populației. Repartizarea după regiunile de dezvoltare a demonstrat că cele mai multe femei de vârstă fertilă (44,3%) locuiesc în RDD Nord, iar ponderea lor cea mai mică (3,0%) se înregistrează în RDD UTA Găgăuzia (Figura 5.5).

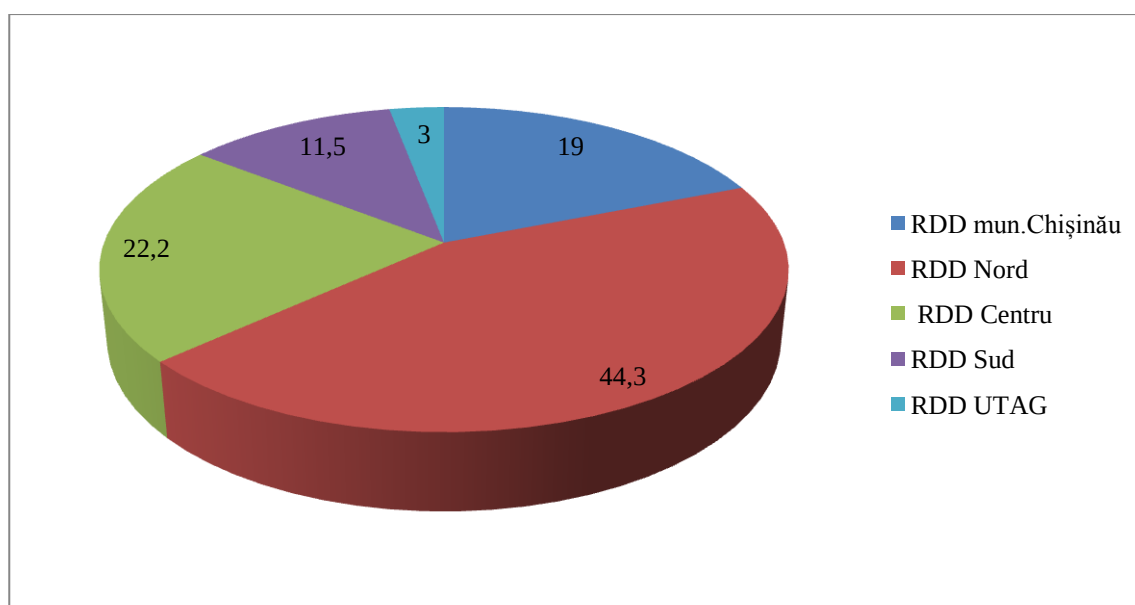


Fig. 5.5. Repartizarea femeilor de vârstă fertilă conform regiunilor de dezvoltare ale RM în a. 2014 (%)

Raportul numărului de obstetricieni-ginecologi la numărul de femei fertile în regiunile țării prezintă următoarele valori: în municipiul Chișinău – 1,0:1298; în RDD Nord – 1,0:4992; în RDD Centru – 1,0:2893; în RDD Sud – 1,0:3260 și în RDD UTA Găgăuzia – 1,0:2067.

Evaluarea specialiștilor conform criteriului de vârstă a constatat că vârsta medie a specialiștilor din RDD Nord este de $55,7 \pm 1,2$ ani, din RDD Centru – $54,7 \pm 1,1$ ani, din RDD Sud – $54,4 \pm 1,6$ ani, din UTA Găgăuzia – $48,4 \pm 3,8$ ani, din municipiul Bălți – $54,0 \pm 1,1$ ani, iar cea a specialiștilor din maternitățile din municipiul Chișinău – de $49,9 \pm 1,6$ ani; din IMSP IMC – de $47,2 \pm 1,8$ ani. În două teritorii administrative, vârsta medie a specialiștilor depășește 60 de ani – Nisporeni ($67,5 \pm 1,2$ ani) și Rezina ($64,5 \pm 1,1$ ani), iar în patru raioane este de aproximativ 60 de ani – Ocnița ($59,1 \pm 1,2$ ani), Dondușeni ($59,2 \pm 1,2$ ani), Briceni ($59,8 \pm 1,2$ ani), Cimișlia ($59,0 \pm 1,6$ ani) – și numai în trei raioane aceasta este mai mică de 50 de ani: Criuleni ($43,3 \pm 1,0$ ani), Comrat ($43,3 \pm 3,7$ ani), Vulcănești ($45,0 \pm 3,8$ ani) (Anexa 14 Tabelul 1, 2).

Conform datelor statistice, la începutul anului 2015, populația municipiului Chișinău era de 809 600 locuitori, repartizată inclusiv în cinci sectoare, după cum urmează: sectorul Botanica – 220 000 de locuitori, sectorul Buiucani – 160 000 de locuitori, sectorul Râșcani – 139 800 de locuitori, sectorul Ciocana – 119 100 și sectorul Centru – 94 800 de locuitori. Cel mai înalt indice al asigurării populației cu medici obstetricieni-ginecologi se înregistrează în sectorul Râșcani, unde acesta constituie 1,6 medici-specialiști la 10 000 de locuitori, iar cel mai mic coeficient se înregistrează în sectorul Botanica – 0,5 medici-specialiști la 10 000 de locuitori. În sectorul Centru, indicele de asigurare a populației constituie 1,3 medici; în sectorul Buiucani – 0,8, iar în sectorul Ciocana – 1,0 la 10 000 de locuitori.

La nivelul orașului Chișinău, cu excepția localităților din municipiu, la începutul anului 2015, coeficientul asigurării cu medici obstetricieni-ginecologi din sectorul asistenței medicale primare constituia 1,0 medici la 10 000 de locuitori. Astfel, asigurarea populației cu obstetricieni-ginecologi din instituții publice și din asistența medicală primară, cărora le revine responsabilitatea și efortul principal în prestarea serviciilor specializate de ambulatoriu pentru cetățenii din municipiul Chișinău, la începutul anului 2015, este descrisă în Tabelul 5.2 și în Figura 5.6.

În asistența medicală primară din instituțiile publice din mun. Chișinău din cadrul MS (cinci AMT) activează 68 de medici obstetricieni-ginecologi, dintre care 61 (90,0%) de femei și 7 (10,0%) bărbați. Vârsta medie a acestor specialiști este de $52,2 \pm 1,2$ ani, cea mai înaintată vârstă se atestă în AMT Botanica – de $56,2 \pm 0,9$ ani, cea mai mică – în AMT Ciocana, de $46,5 \pm 0,8$ ani. În celelalte trei AMT, de asemenea vârsta medie a medicilor este peste 50 de ani, ba mai mult, în câmpul muncii se află specialiști care au atins vârsta de pensionare sau se află în

pragul vârstei de 60 de ani (AMT Buiucani – 50,4±1,7 ani, AMT Râșcani – 52,3±1,3 ani, AMT Centru – 55,5± 1,3 ani). Ponderea medicilor obstetricieni-ginecologi cu vârsta cuprinsă între 30 și 40 de ani în AMT din Chișinău constituie 8,8% din numărul total de specialiști.

Tab. 5.2. Repartizarea medicilor obstetricieni-ginecologi în AMT ale mun. Chișinău conform grupelor de vârstă (abs., %)

Instituția	Medici obstetricieni-ginecologi cu vârstă:										Total angajați
	până la 30 de ani		între 30–40 de ani		între 40–50 de ani		între 50–60 de ani		mai mult de 60 ani		
	nr. angajați	ponderea (%)	nr. angajați	ponderea (%)	nr. angajați	ponderea (%)	nr. angajați	ponderea (%)	nr. angajați	ponderea (%)	
AMT Botanica	0		0		3	27,27	4	36,36	4	36,36	11
AMT Buiucani	0		3	23,08	0		0		10	76,92	13
AMT Centru	0		1	8,33	3	25,00	3	25,00	5	41,67	12
AMT Ciocana	0		2	18,18	7	63,64	2	18,18	0		11
AMT Râșcani	0		0		11	52,38	5	23,81	5	23,81	21
Total	0	0	6	8,82	24	35,29	14	20,59	24	35,29	68

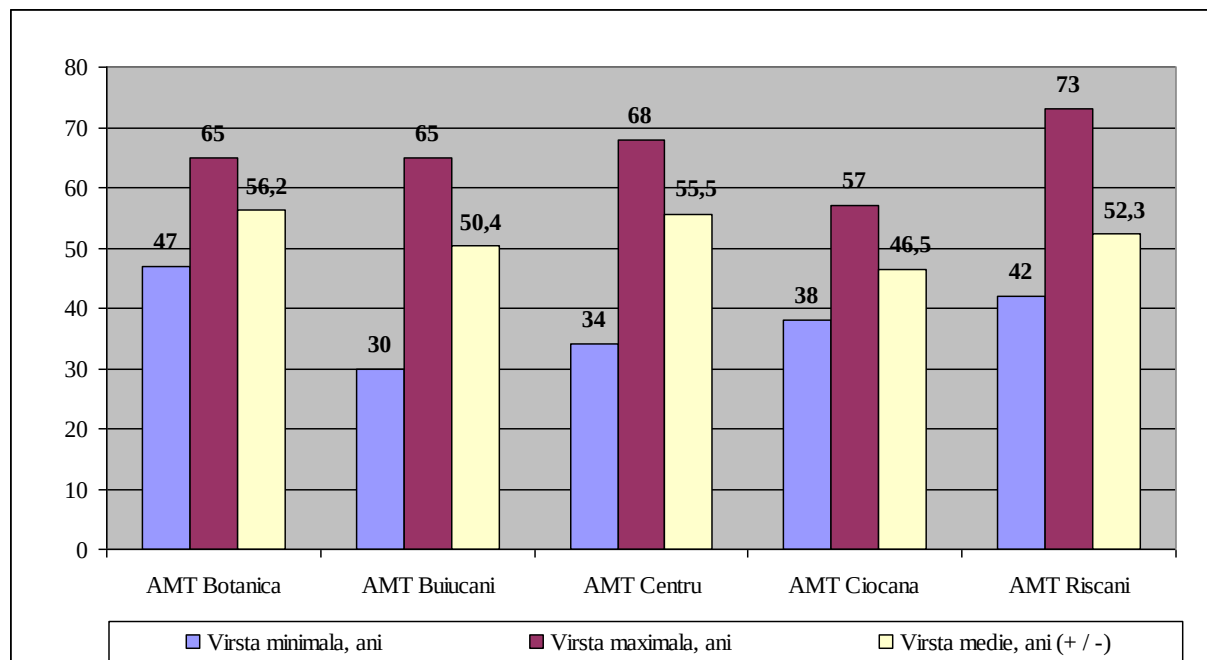


Fig. 5.6. Vârsta medie a medicilor obstetricieni-ginecologi din cadrul AMT din mun. Chișinău (ani)

5.2. Situația actuală și perspectivele de dezvoltare a serviciului de asistență a mamei și copilului în viziunea medicilor obstetricieni-ginecologi

Prezentul studiu a fost realizat în baza aprecierii opiniei a 363 de medici obstetricieni-ginecologi, având drept scop evaluarea resurselor umane și conturarea tendințelor de dezvoltare în perspectivă. Au fost analizați factorii motivaționali/demotivaționali în domeniul specialității. Drept instrument de evaluare în acest studiu a servit un chestionar compus din 53 de întrebări, elaborat de către autor.

Analiza datelor generale obținute din răspunsurile celor anchetați a evidențiat faptul că cea mai mare pondere de obstetricieni-ginecologi este reprezentată de femei – $71,6 \pm 2,79\%$ (260) și, respectiv, $28,4 \pm 4,44\%$ (103) sunt bărbați ($t=8,2285$, $p<0,001$).

Conform grupelor de vârstă, $37,2\%$ (135) din respondenți au între 41 și 50 de ani, fiecare al treilea respondent, sau $34,7\%$ (126), are vârsta de 51 și mai mulți ani; grupa de vârstă de 31-40 de ani constituie $16,8\%$ (61), iar cea până la 30 de ani – doar $11,3\%$ (41) ($\chi^2=11,8$, $gl=3$, $p<0,01$), (Figura 5.7).

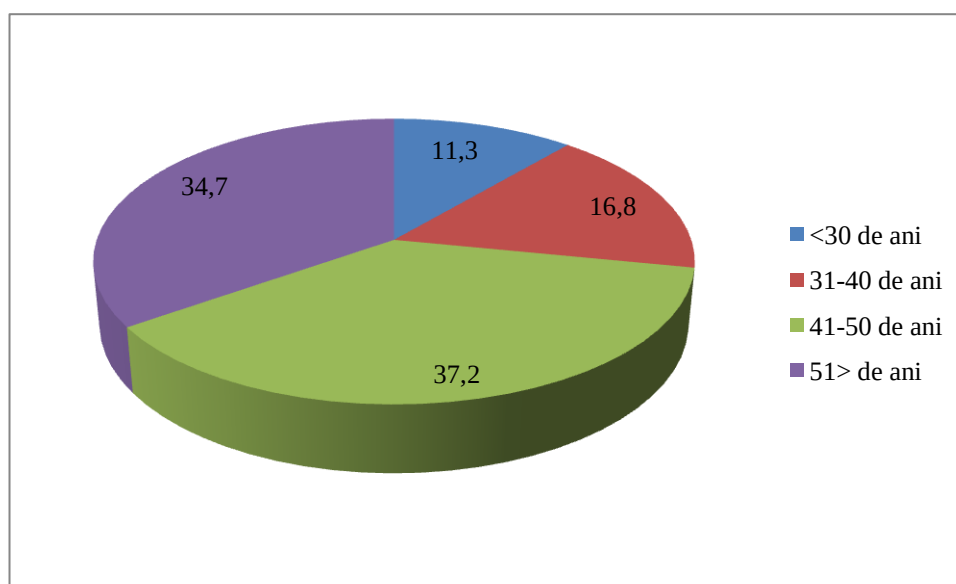


Fig. 5.7. Structura respondenților conform grupelor de vârstă (%)

Structura respondenților conform vârstei este în strânsă corelație cu caracteristica acestora conform stagiului general de muncă. Astfel, $44,9\%$ (163) dintre specialiști au stagiul general de muncă între 11-29 de ani, $35,8\%$ (130) – mai mult de 30 de ani, iar $19,3\%$ (70) – până la 10 ani ($\chi^2=14,6$, $gl=2$, $p<0,001$), (Figura 5.8).

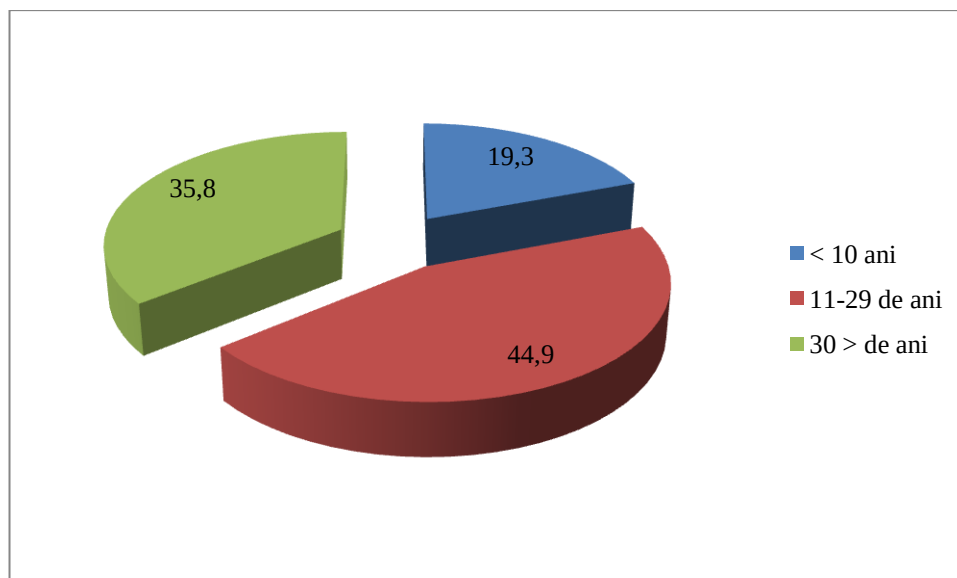


Fig. 5.8. Structura respondenților conform stagiului general de muncă (%)

În opinia majorității respondenților ($87,1 \pm 1,76\%$), salariul primit este mic, doar unii ($0,3 \pm 0,29\%$) îl consideră înalt (Figura 5.9).

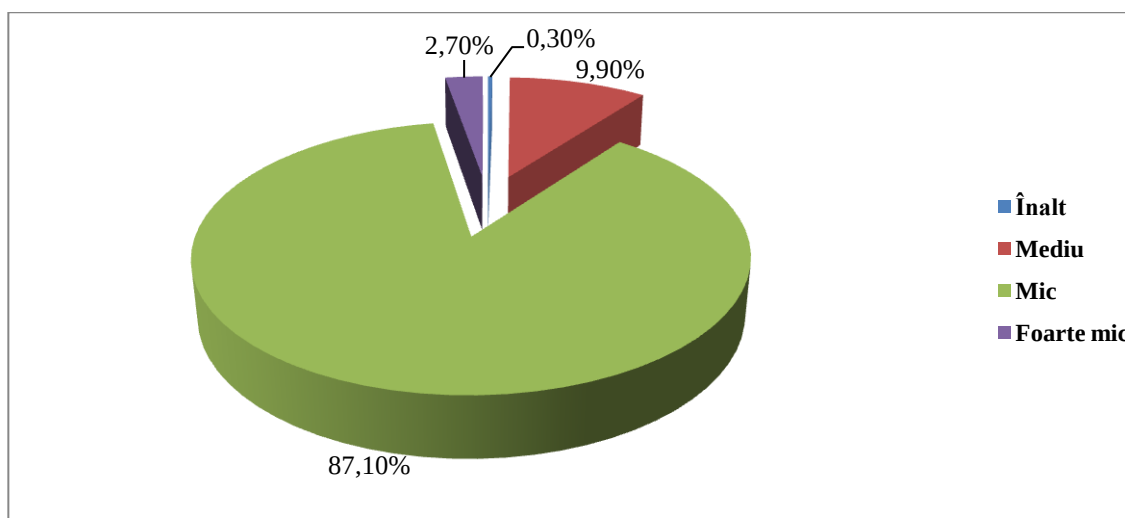


Fig. 5.9. Structura respondenților conform nivelului de salarizare (%)

În urma repartizării respondenților conform salariului lunar, observăm că valoarea medie a acestuia este de $2328,12 \pm 114,62$ lei MD, cu cea mai mică valoare până la 2000 lei MD ($1,7 \pm 0,68\%$) și cea mai mare de 4001 lei MD și mai mult ($14,5 \pm 1,85\%$), ($t=6,5019$, $p<0,001$). Dintre cei 363 de medici incluși în studiu, 294 ($81,0 \pm 2,06\%$) își doresc un salariu mai mare de 8000 de lei MD; 52 de specialiști ($14,3 \pm 1,84\%$) ar dori un salariu de 7001-8000 lei MD; 13 medici ($3,6 \pm 0,98\%$) – o remunerare de 6001-7000 de lei și numai 4 persoane ar vrea un salariu

până la 6000 de lei MD, dintre care 0,8% (3) – 5000-6000 lei MD și 0,3±0,29% (1) – până la 4000 de lei MD (Figura 5.10).

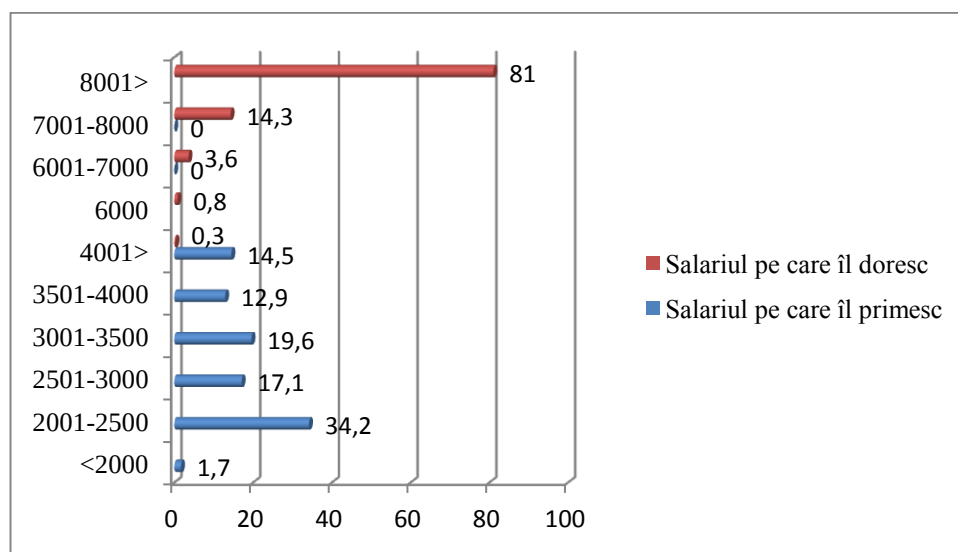


Fig. 5.10. Repartizarea respondenților conform salariului lunar pe care îl primesc și pe care și-ar dori să-l primească (%)

Apresiasi nivelul de trai al respondenților, studiul a constatat: 52,9±2,62% (192) din medici considerau că acesta este unul mediu, 46,8±2,61% (170) – că e unul jos și numai o persoană (0,3±0,29%) a considerat că nivelul de trai este înalt.

Totodată, atât nivelul de salarizare, cât și nivelul de trai au impus majoritatea specialiștilor din domeniu să simtă necesitatea de a munci în afara programului de muncă, 74,1±2,29% (269) din respondenți confirmând acest lucru. În Tabelul 5.3 sunt prezentate datele referitor la numărul de norme de muncă ale respondenților participanți la studiu.

Tab. 5.3. Normele de muncă ale respondenților incluși în studiu (abs., %)

Norme de muncă	Abs.	P±ES (%)
0,5	66	18,2±2,03
0,75	3	0,8±0,47
1,0	199	54,8±2,61
1,25	3	0,8±0,47
1,5	77	21,2±2,15
2,0	15	4,2±1,05

În baza chestionarului s-au evidențiat factorii ce determină atitudinea față de specialitate, dar și dificultățile existente în activitatea profesională. Majoritatea respondenților – 88,7±1,66% – preferă să activeze în calitate de obstetricieni-ginecologi, la 6,9±1,33% din respondenți nu le

place această profesie, iar $2,2 \pm 0,77\%$ sunt indiferenți și doresc să-și schimbe profesia (Figura 5.11).

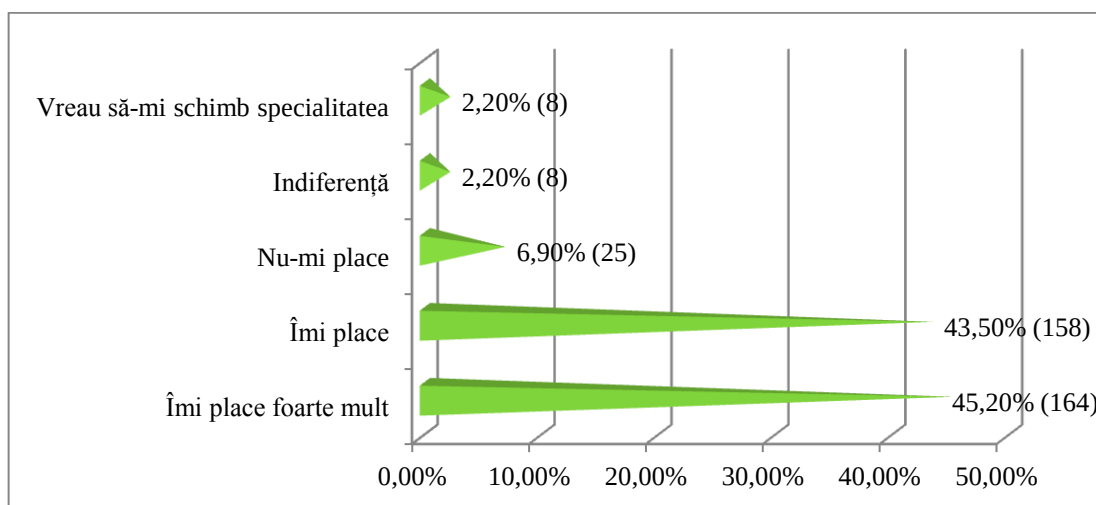


Fig. 5.11. Atitudinea respondenților față de specialitatea de obstetrician-ginecolog (%)

La capitolul dificultăți s-a constatat că $38,3 \pm 2,55\%$ din respondenți nu se confruntă cu probleme, pe când $61,7 \pm 2,55\%$ întâmpină dificultăți la serviciu ($t=6,4850$, $p<0,001$). Din numărul de persoane care întâmpină dificultăți la serviciu, cei mai mulți ($40,0 \pm 2,57\%$) au menționat că există obstacole în ceea ce privește dotarea insuficientă a instituției, urmată de nivelul slab de organizare în secții ($35,0 \pm 2,50\%$). Alți $23,4 \pm 2,22\%$ din respondenți au indicat în calitate de cauze ale impedimentelor de la serviciu experiența insuficientă, iar $22,6 \pm 2,19\%$ – relațiile complicate cu colegii (Tabelul 5.4).

Tab. 5.4. Dificultăți întâmpinate la serviciu, în opinia respondenților (abs., %)

Dificultăți	Abs.	P $\pm$ ES (%)
Cunoștințe insuficiente	54	14,9 $\pm$ 1,87
Experiență insuficientă	85	23,4 $\pm$ 2,22
Dotări insuficiente ale instituției	144	40,0 $\pm$ 2,57
Relații complicate cu colegii	82	22,6 $\pm$ 2,19
Nivel slab de organizare în secție	127	35,0 $\pm$ 2,50
Atitudinea conducerii	96	26,5 $\pm$ 2,32

Conform criteriului posibilității de a alege încă o dată profesia, specialitatea de obstetrician-ginecolog ar alege-o $76,3 \pm 2,23\%$ (277) din respondenți, altă specialitate chirurgicală – $11,6 \pm 1,68\%$ (42), specialitatea terapeutică – $10,7 \pm 1,62\%$ (39), alte specialități, care nu sunt legate de medicină – $1,4 \pm 0,62\%$ (5).

Am confruntat aceste rezultate cu răspunsurile primite la întrebarea referitor la motivul alegerii profesiei de medic. Umanitatea profesiei s-a regăsit în $70,2 \pm 2,40\%$ de răspunsuri ale participanților în cercetare, $12,4 \pm 1,73\%$ au afirmat că au decis să devină medici urmând tradițiile familiei, iar alegerea întâmplătoare a fost menționată de către $11,6 \pm 1,68\%$ dintre respondenți. Toate variantele de răspuns sunt reprezentate în Figura 5.12.

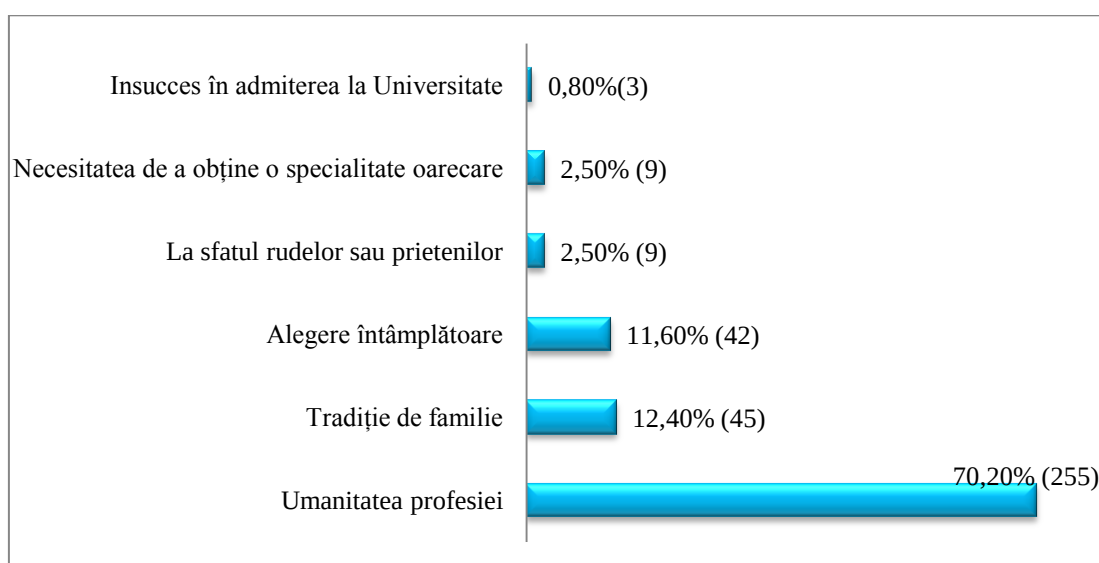


Fig. 5.12. Cauza alegerii profesiei de obstetrician-ginecolog (%)

Majoritatea medicilor obstetricieni-ginecologi participanți la cercetare au categoria de calificare superioară – $57,6 \pm 2,59\%$ (209), categoria I – $20,9 \pm 2,13\%$ (76), categoria II – $18,1 \pm 2,02\%$ (66) și, respectiv, $3,4 \pm 0,95\%$ (12) dintre medicii respondenți nu au nicio categorie de calificare profesională. Printre cauzele lipsei unei categorii profesionale au fost menționate următoarele: lipsa trimiterii din partea administrației instituției – $2,3\%$ (8), lipsa necesității – $0,8\%$ (4) și lipsa timpului – $0,3\%$ (1) din cazuri (Figura 5.13).

Dintre cei 363 de obstetricieni-ginecologi participanți la studiu, numai 295 ($81,3 \pm 2,05\%$) au întrunit numărul de ore necesare pentru calificare în ultimii cinci ani; 329 ($90,6 \pm 1,53\%$) de medici au confirmat ultima categorie de calificare în termenele stabilite; 274 ($75,5 \pm 2,26\%$) au necesitatea de studii/instruiri suplimentare (Figura 5.13).

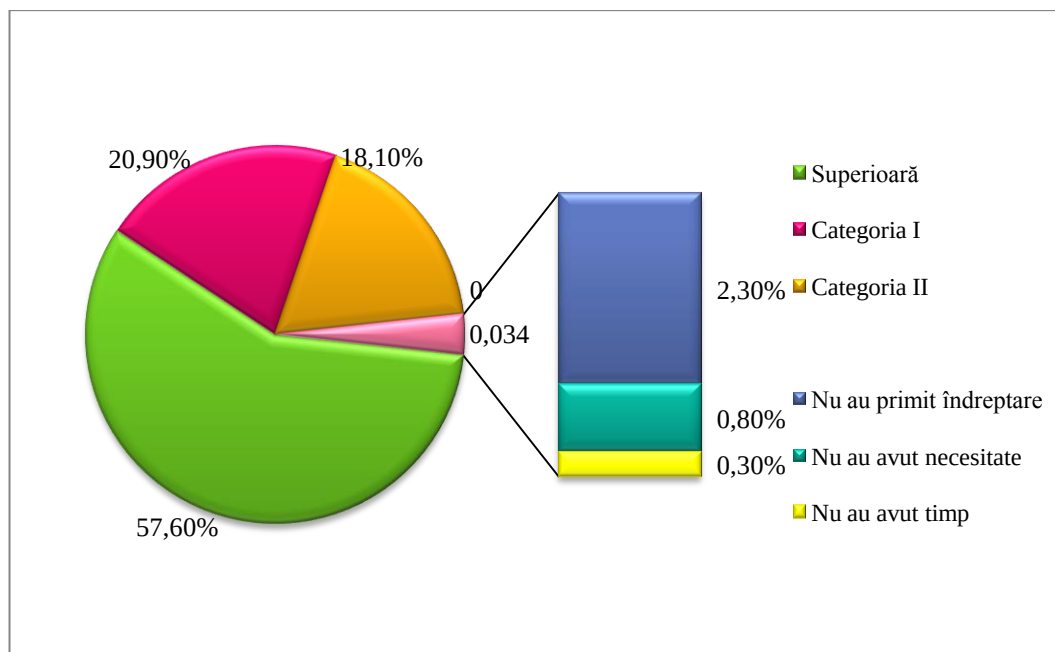


Fig. 5.13. Categoriile de calificare profesională și cauzele lipsei categoriei (%)

Studiul a arătat că jumătate din respondenți $51,3 \pm 2,62\%$ (186) au primit mențiuni din partea administrației instituției, $22,9 \pm 2,21\%$ (83) din ei s-au bucurat de mențiuni din partea MS și numai $8,0 \pm 1,42\%$ (29) – de mențiuni din partea statului RM; $28,4 \pm 2,37\%$ (103) din specialiști niciodată nu au primit mențiuni din partea administrației instituției în care activează, $\frac{1}{3}$ dintre respondenți au primit muștrări disciplinare – $24,8 \pm 2,27\%$ (90), (Figura 5.14).

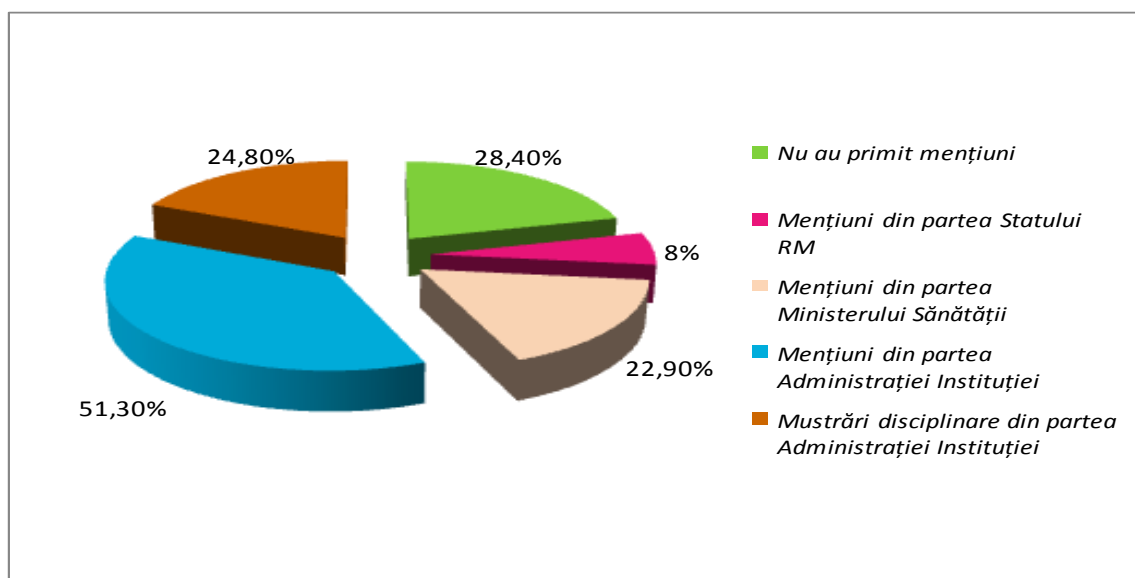


Fig. 5.14. Structura respondenților conform mențiunilor primite pentru activitate (%)

Pentru o analiză mai profundă a factorilor ce influențează pozitiv sau negativ activitatea profesională a obstetricienilor-ginecologi, am inclus 23 de criterii, dintre care le vom analiza pe cele mai semnificative. Așadar, în rândul criteriilor ce determină satisfacția profesională a medicilor obstetricieni-ginecologi, pe primul loc s-a plasat pasiunea față de profesie ($r_n=0,444$), pe locul doi – atmosfera binevoitoare în colectivul în care activează ($r_n=0,382$), pe locul trei – prestigiul instituției ($r_n=0,366$), pe locurile patru și cinci s-au plasat criteriile ce țin de organizare și de condițiile de muncă. Salariul bun a fost specificat de o singură persoană chestionată (acest indicator nu este statistic semnificativ, dar îl reprezentăm în tabel pentru a evidenția ponderea lui).

În șirul indicatorilor care determină insatisfacția față de activitatea profesională pe primul loc s-au plasat problemele materiale ($r_n=0,348$), iar atitudinea conducerii ocupă locul doi ($r_n=0,284$). Prezintă interes faptul că aspectele deontologice influențează atât satisfacția, cât și insatisfacția respondenților, iar rolul managerilor devine foarte important în crearea climatului favorabil în colectiv. În Tabelul 5.5 sunt reprezentate criteriile analizate.

Tab. 5.5. Criteriile ce determină satisfacția/insatisfacția de serviciu în rândul medicilor obstetricieni-ginecologi

Cauzele satisfacției față de serviciu				
	Abs.	Λ	r_n	Locul
Condiții bune de muncă	22	0,061	0,239	V
Organizarea muncii	30	0,083	0,277	IV
Atmosferă binevoitoare în colectiv	62	0,171	0,382	II
Instituție prestigioasă	56	0,154	0,366	III
Pasiune față de profesie	89	0,245	0,444	I
Salariu bun	1	0,002	0,045	VI
Cauzele insatisfacției față de serviciu				
Organizare proastă a muncii	22	0,061	0,239	III
Atitudinea conducerii	32	0,088	0,284	II
Probleme sociale	13	0,036	0,186	IV
Probleme materiale	50	0,138	0,348	I
Relații cu colegii	5	0,014	0,118	V

Pentru identificarea nivelului de satisfacție a personalului medical de activitatea profesională și de calitatea serviciilor prestate, a fost evaluată opinia specialiștilor referitor la aprovizionarea tehnico-materială a instituțiilor medicale. Ponderea cea mai mare de răspunsuri ($62,0 \pm 2,55\%$) s-a obținut la asigurarea cu echipament de diagnostic și curativ contemporan. Majoritatea răspunsurilor s-au referit la importanța sistemului informațional pentru sporirea

eficienței în activitatea profesională. Valorile pentru fiecare caracteristică în parte sunt reprezentate în Tabelul 5.6.

Tab. 5.6. Elemente tehnico-materiale importante, în opinia respondenților (abs., %)

Elemente tehnico-materiale	Abs.	P±ES (%)
Echipament pentru teleconferințe	93	25,6±2,29
Sistem informațional intern	176	48,5±2,62
Telefonie	60	16,5±1,95
Tehnică de oficiu	102	28,1±2,36
Asigurare cu computere	107	29,5±2,39
Echipament de diagnostic și curativ contemporan	225	62,0±2,55
Conectare la Internet	89	24,5±2,26
Computerizarea documentației medicale	137	37,7±2,54

Este cunoscut faptul că profesia de medic obstetrician-ginecolog implică și unii factori de risc. Pe primul loc s-a plasat stresul – specific pentru activitatea obstetricienilor-ginecologi ($r_n = 0,667$); riscul de infectare cu boli infecțioase (HIV, hepatite virale) are o valoare de ($r_n = 0,348$) și ocupă locul doi, contactul cu agenți chimici s-a plasat pe locul trei ($r_n = 0,590$). În Tabelul 5.7 sunt prezentați și alți factori de risc prezenți în activitatea medicilor obstetricieni-ginecologi.

Tab. 5.7. Factorii de risc prezenți la locul de muncă în opinia medicilor obstetricieni-ginecologi

Factori de risc	Abs.	λ	r_n	Locul
Stres	291	0,802	0,667	I
Efort fizic	182	0,501	0,578	V
Risc de infectare (HIV, hepatite, sifilis)	255	0,702	0,642	II
Condiții rele de muncă	190	0,523	0,586	IV
Contact cu agenți chimici	194	0,534	0,590	III

Mai mult de jumătate (50,4±2,61%) din respondenți consideră că sistemul actual de instruire continuă satisface necesitățile medicilor obstetricieni-ginecologi și 51,2±2,62% dintre ei sunt satisfăcuți de calitatea cursurilor din cadrul instruirii continue ($t=0,2156$, $p>0,05$). O treime din cei chestionați s-au abținut să răspundă la aceste întrebări, iar fiecare al cincilea respondent (19,6±20,8%) este de părerea că sistemul actual de perfecționare a cunoștințelor medicilor obstetricieni-ginecologi nu este satisfăcător, alți 17,1±1,97% nu sunt satisfăcuți de calitatea instruirii oferite în cadrul facultății respective ($t=0,8706$, $p>0,05$), (Figura 5.15).

Actualizarea cunoștințelor în perfecționarea sistematică a pregătirii profesionale este determinată și de accesul la diferite surse de informare. Astfel, 76,3±2,23% (277) din respondenți se informează din publicații periodice de specialitate și din surse online; 74,7±2,28%

(271) dintre ei participă la module de instruiți, pentru a obține cunoștințe suplimentare în domeniul de specialitate (Figura 5.16).

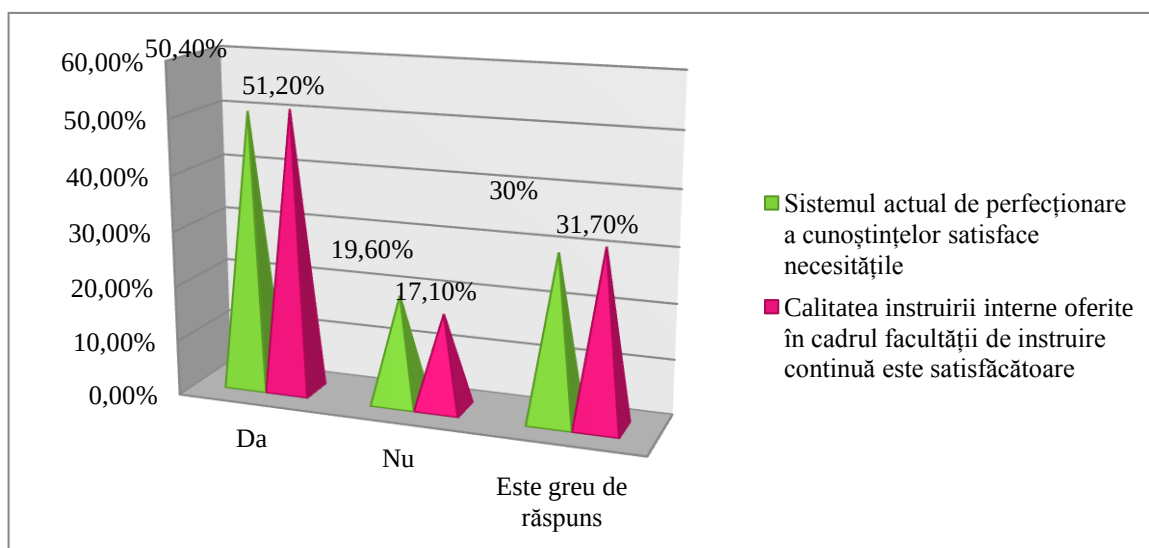


Fig. 5.15. Opinia respondenților referitor la calitatea studiilor în cadrul instruirii continue (%)

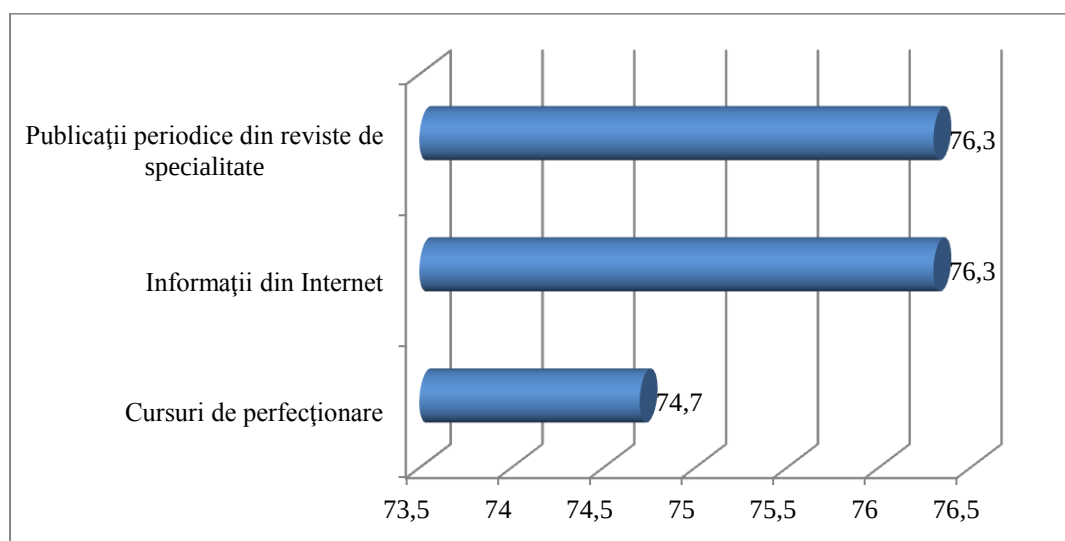


Fig. 5.16. Surse suplimentare de informare utilizate de respondenții obstetricieni-ginecologi în domeniul de specialitate (%)

Participarea activă a specialiștilor la realizarea proiectelor de cercetare, la elaborarea raporturilor, publicațiilor și frecventarea diverselor forumuri științifice contribuie la dezvoltarea continuă a medicilor, cu un impact vizibil în activitatea practică, datorită cunoștințelor dobândite. Fiecare al treilea respondent ($33,3 \pm 2,47\%$) participă în fiecare an fie la traininguri, fie la forumuri științifice. Este regretabil faptul că $23,7 \pm 2,23\%$ dintre respondenți practică aceste

activități doar o dată la câțiva ani, iar $19,8 \pm 2,09\%$ nu au posibilitatea de a participa la astfel de activități (Figura 5.17).

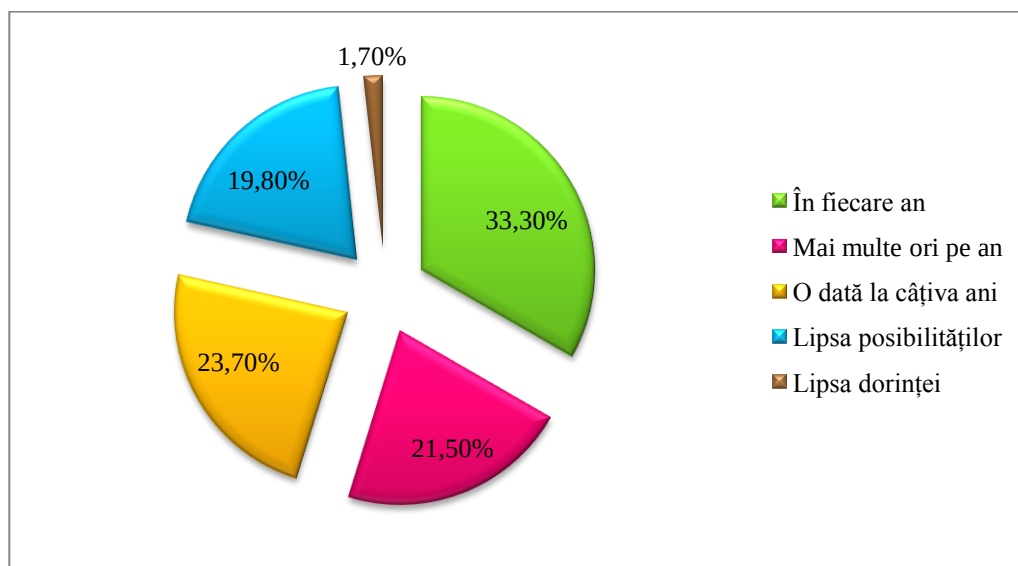


Fig. 5.17. Participarea respondenților la traininguri și forumuri științifice naționale și internaționale (%)

Tehnologiile informaționale de asemenea au un impact important asupra dezvoltării continue a specialiștilor. Computerul este folosit zilnic în activitatea profesională de către $65,8 \pm 2,49\%$ din respondenți. Cu toate acestea, necesitatea de a utiliza computerul în activitatea profesională cotidiană a fost exprimată de un număr mai mare de respondenți – $84,8 \pm 1,88\%$ ($t=6,0848$, $p<0,001$). O treime dintre respondenți ($34,2 \pm 2,49\%$) nu folosesc calculatorul în activitatea profesională, iar $2,0 \pm 0,73\%$ consideră că nici nu au necesitatea de a-l folosi (Figura 5.18).

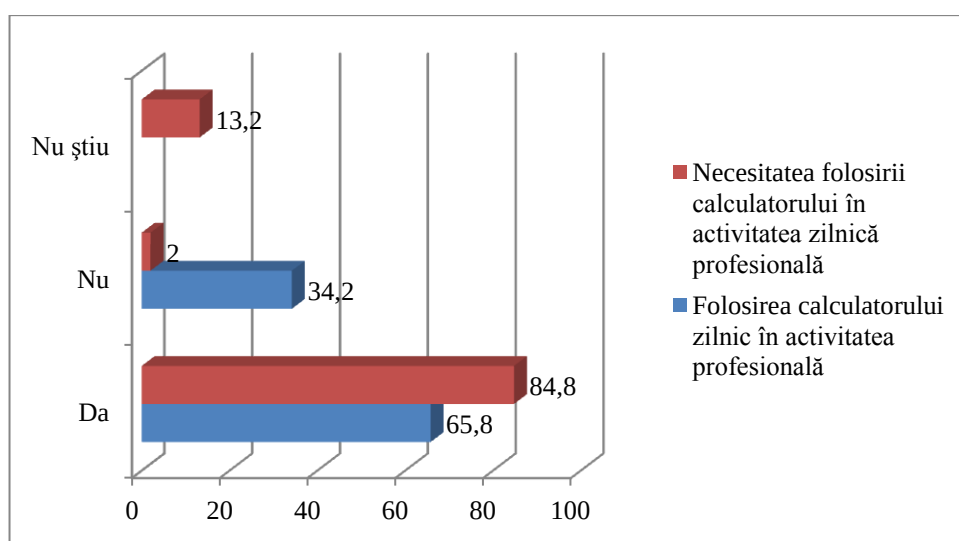


Fig. 5.18. Atitudinea respondenților față de utilizarea calculatorului în activitatea profesională cotidiană (%)

Aproximativ de trei ori mai mulți respondenți au timp pentru instruire continuă la serviciu ($63,6 \pm 2,53\%$), comparativ cu cei care nu au timp pentru astfel de activități ($21,8 \pm 2,17\%$), ($t=12,5611$, $p<0,001$).

Numai $19,0 \pm 2,06\%$ dintre respondenți ar părăsi serviciul din instituția publică pentru a lucra într-o instituție medicală privată, iar $32,5 \pm 2,46\%$ nu ar face această schimbare ($t=4,2099$, $p<0,001$).

Referitor la beneficiile experienței de muncă, $47,1 \pm 2,62\%$ din respondenți sunt de părere că stagiul de muncă și bagajul de cunoștințe acumulate le oferă o perspectivă materială mai bună, iar $23,7 \pm 2,23\%$ consideră că acestea nu sunt relevante ($t=6,7989$, $p<0,001$).

Fiecare al doilea respondent ($53,2 \pm 2,62\%$) consideră că reducerea normativului de pacienți existent pentru un medic va contribui la îmbunătățirea calității serviciilor acordate, iar $28,4 \pm 2,37\%$ dintre cei chestionați nu sunt de acord cu această părere ($t=7,0256$, $p<0,001$), (Tabelul 5.8).

Tab. 5.8. Opinia respondenților despre unele aspecte ale activității profesionale (abs., %)

Criterii de opinie	Da		Nu		t, p
	Abs.	P $\pm$ ES (%)	Abs.	P $\pm$ ES (%)	
Dacă ați fi invitat, ați părăsi serviciul din instituția publică pentru a lucra într-o instituție medicală privată?	69	$19,0 \pm 2,06$	118	$32,5 \pm 2,46$	$4,2099$, $p<0,001$
În condițiile actuale, stagiul de muncă și bagajul de cunoștințe acumulate vă oferă o perspectivă materială mai bună?	171	$47,1 \pm 2,62$	86	$23,7 \pm 2,23$	$6,7989$, $p<0,001$
Pe lângă sarcinile de lucru, aveți timp pentru instruire continuă la serviciu?	231	$63,6 \pm 2,53$	79	$21,8 \pm 2,17$	$12,5611$, $p<0,001$
Ați dori ca și copiii Dvs. să devină medici?	147	$40,5 \pm 2,58$	155	$42,7 \pm 2,59$	$0,6015$, $p>0,05$
Ați dori ca ei să devină medici obstetricieni-ginecologi?	111	$30,6 \pm 2,42$	135	$37,2 \pm 2,54$	$1,8829$, $p>0,05$
Credeți că reducerea normativului de pacienți existent pentru medic va contribui la îmbunătățirea calității serviciilor prestate?	193	$53,2 \pm 2,62$	103	$28,4 \pm 2,37$	$7,0256$, $p<0,001$

Am analizat opinia respondenților în ceea ce privește măsurile care pot contribui la îmbunătățirea acordării asistenței medicale de către obstetricienii-ginecologi în condițiile actuale de salarizare, perfecționarea cunoștințelor, asigurarea cu echipament medical contemporan și îmbunătățirea condițiilor de muncă. Cele mai multe răspunsuri s-au înregistrat pentru: mărirea salariului ($63,9 \pm 2,52\%$), introducerea unor forme motivante de plată pentru intensitatea și

calitatea muncii ($62,5 \pm 2,54\%$), calificarea profesională a cadrelor și cursuri de perfecționare periodice ($62,3 \pm 2,54\%$). Toate răspunsurile referitor la acest aspect sunt reprezentate în Tabelul 5.9.

Tab. 5.9. Măsurile ce ar contribui la îmbunătățirea serviciului obstetrical-ginecologic în condițiile actuale, în opinia respondenților (abs., %)

Criterii de opinie	Abs.	P $\pm$ ES (%)
Asigurarea cu echipament medical contemporan	180	$49,6 \pm 2,62$
Calificarea profesională a specialiștilor și cursuri de perfecționare periodice	226	$62,3 \pm 2,54$
Activitatea științifică	119	$32,8 \pm 2,46$
Reducerea volumului de lucru	102	$28,1 \pm 2,36$
Mărirea salariului	232	$63,9 \pm 2,52$
Introducerea unor forme motivante de plată pentru intensitatea și calitatea muncii	227	$62,5 \pm 2,54$
Instruiri mai calitative	12	$33,6 \pm 2,48$
Controale mai dure din partea administrației și ministerului	79	$21,8 \pm 2,17$
Îmbunătățirea condițiilor de muncă	150	$41,3 \pm 2,58$

Am urmărit și identificarea principalelor componente ale unei asistențe medicale calitative. Astfel, $70,8 \pm 2,39\%$ din respondenți au menționat accesibilitatea și acordarea asistenței medicale la timp, respectarea standardelor și a consecutivității acțiunilor ($55,9 \pm 2,61\%$), siguranța procesului de tratament în ($44,6 \pm 2,61\%$) și orientarea spre pacient ($43,5 \pm 2,60\%$), (Figura 5.19).

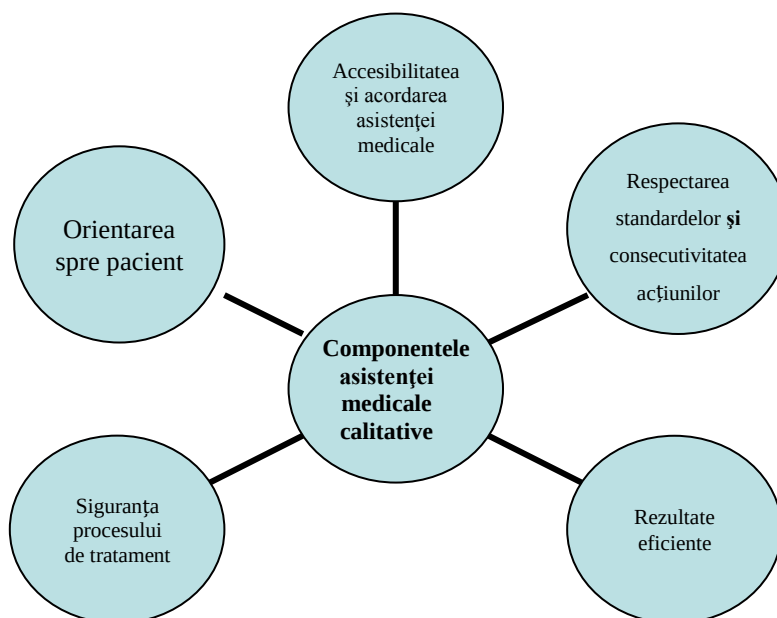


Fig. 5.19. Principalele componente ale unei asistențe medicale calitative, în opinia respondenților

Rezultatele implementării programelor naționale de sănătate reproductivă în ultimii 10 ani au avut cel mai mare impact pentru schimbarea considerabilă a calității serviciilor medicale, în opinia respondenților ($45,7 \pm 2,61\%$), urmat de dezvoltarea capacității tehnice a instituțiilor medicale ($32,0 \pm 2,45\%$), sporirea calității în pregătirea cadrelor medicale ($17,4 \pm 1,99\%$). Totuși, $16,5 \pm 1,95\%$ din numărul de medici obstetricieni-ginecologi intervievați consideră că nu au avut loc schimbări semnificative în sistemul de sănătate pe parcursul ultimilor 10 ani (Tabelul 5.10).

Tab. 5.10. Evaluarea schimbărilor produse în sistemul de sănătate din RM prin intermediul programelor naționale de sănătate, realizate în ultimii 10 ani (abs., %)

Criterii	Abs.	P $\pm$ ES (%)
Schimbări progresive	23	$6,3 \pm 1,28$
S-a îmbunătățit considerabil calitatea serviciilor medicale	166	$45,7 \pm 2,61$
Cadrele medicale sunt mai bine pregătite	63	$17,4 \pm 1,99$
S-a dezvoltat capacitatea tehnică a instituțiilor medicale	116	$32,0 \pm 2,45$
Calitatea serviciilor medicale a rămas neschimbată	28	$7,7 \pm 1,39$
Nu au avut loc schimbări semnificative în sistemul de sănătate pe parcursul ultimilor 10 ani	60	$16,5 \pm 1,95$
Nu cunosc programele naționale de sănătate implementate în RM	6	$1,7 \pm 0,68$

Așadar, făcând referință la răspunsurile obținute, putem afirma că majoritatea medicilor participanți la studiu – $68,1 \pm 2,45\%$ (247) – consideră că sunt necesare îmbunătățiri în sistemul actual de sănătate. Mai mult de $\frac{1}{4}$ dintre respondenți – $28,1 \pm 2,36\%$ (102) – au caracterizat sistemul actual de sănătate ca fiind defectuos și cu necesități de reforme. Doar $3,0 \pm 0,89\%$ (11) consideră că sistemul de sănătate funcționează eficient. Restul $0,8 \pm 0,47\%$ (3) sunt indiferenți față de sistemul actual de sănătate din RM (Figura 5.20).

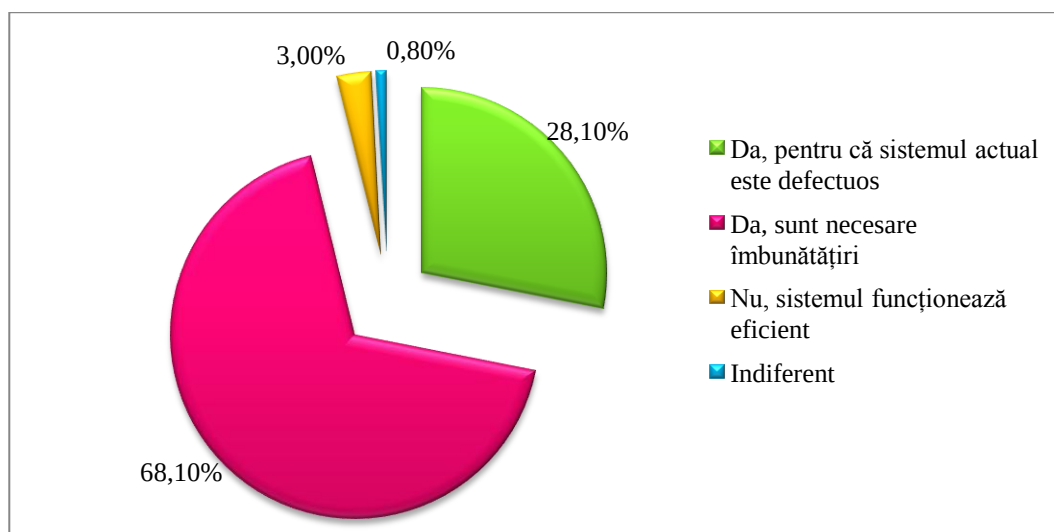


Fig. 5.20. Opiniile respondenților privind necesitatea reformelor în sistemul actual de sănătate (%)

Prezintă un interes deosebit răspunsurile celor chestionați despre instituțiile cu un număr mic de nașteri. În baza rezultatelor chestionarului, majoritatea respondenților – $78,2 \pm 2,17\%$ – consideră că în maternitățile cu un număr mic de nașteri (300-350 de nașteri pe an) scade nivelul profesional al specialiștilor, iar $76,6 \pm 2,22\%$ consideră că acestea nu sunt atractive pentru tinerii specialiști, în timp ce $61,7 \pm 2,55\%$ cred că în instituțiile medicale de nivelul I este greu de implementat și de realizat sisteme eficiente de calitate, de evaluare și instruire continuă (Figura 5.21).

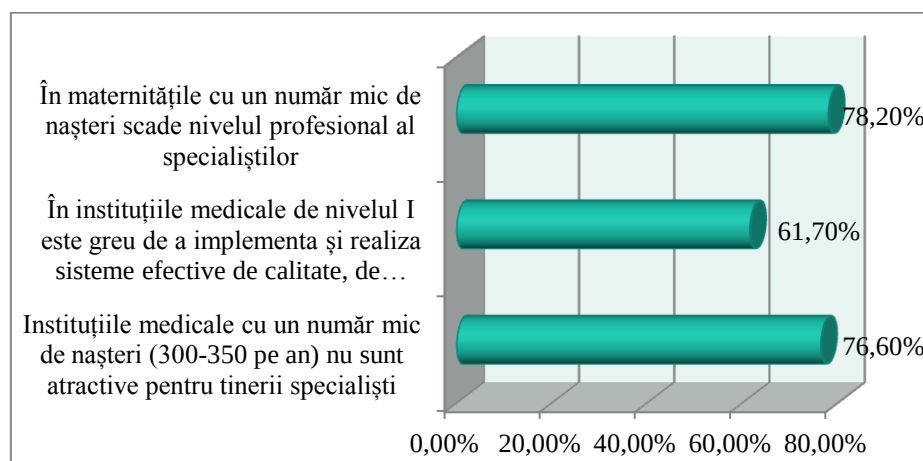


Fig. 5.21. Opiniile respondenților despre instituțiile cu un număr mic de nașteri (%)

În opinia respondenților, cei mai importanți factori ce ar putea stimula angajarea tinerilor specialiști obstetricieni-ginecologi în instituțiile medicale raionale se referă la atractivitatea și condițiile de muncă în instituție, solicitate de către specialist ($70,0 \pm 2,41\%$), oferirea unor condiții de trai mai bune ($66,4 \pm 2,48\%$), dezvoltarea infrastructurii din localitățile de nivel raional ($50,1 \pm 2,62\%$). Toți factorii expuși de către respondenți sunt reprezentați în Tabelul 5.11.

Tab. 5.11. Factorii ce ar putea stimula angajarea tinerilor specialiști obstetricieni-ginecologi în instituțiile medicale din raioanele RM, în opinia respondenților (abs., %)

Criterii	Abs.	P±ES (%)
Acte legislative	52	14,3±1,84
Contract de muncă încheiat la înmatricularea în rezidențiat între absolventul facultății de medicină și instituția medicală solicitantă	99	27,3±2,34
Asigurarea cu spațiu locativ	241	66,4±2,48
Facilități la plata serviciilor comunale	180	49,6±2,62
Comoditatea și nivelul de dezvoltare a localității propuse	182	50,1±2,62
Atractivitatea și condițiile de muncă în instituție, solicitate de către specialist	254	70,0±2,41

Referitor la comasarea maternităților de nivelul I în centre perinatologice cu echipament de diagnostic și curativ contemporan, $42,4 \pm 2,59\%$ din respondenți consideră că acestea ar putea oferi medicilor condiții mai bune de lucru, creștere profesională, iar $35,6 \pm 2,51\%$ cred că maternitățile de nivelul I din raioane nu sunt cost-eficiente și trebuie reorganizate.

Există însă și opinii care se referă la unele probleme ce ar putea apărea în cazul comasării maternităților – accesul dificil și necesitatea pacienților de a se deplasa în altă localitate – $17,6 \pm 1,99\%$; nevoia de a schimba locul de muncă și de trai pentru personalul medical – $16,8 \pm 1,96\%$ (Figura 5.22).

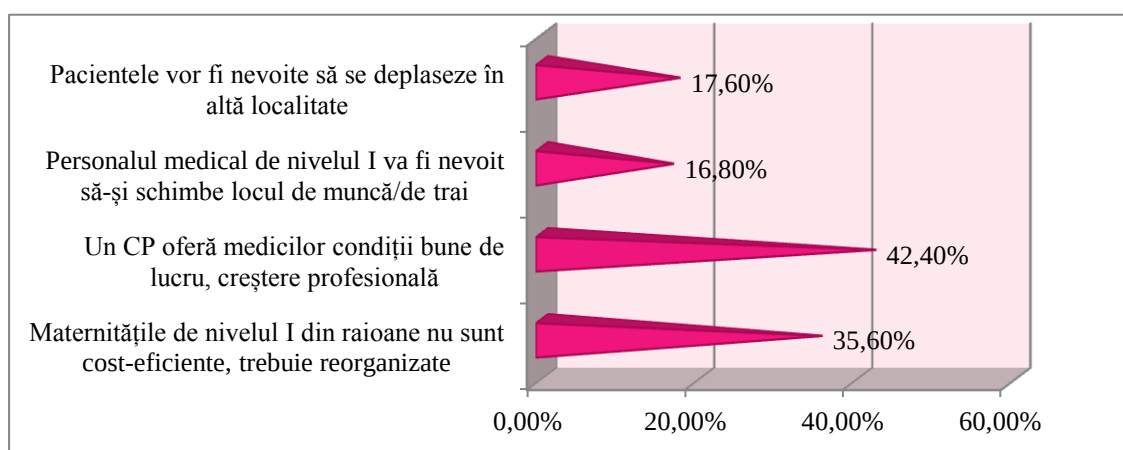


Fig. 5.22. Opinia respondenților despre comasarea maternităților de nivelul I în centre perinatologice cu echipament de diagnostic și curativ contemporan (%)

Chestionarul aplicat în rândul medicilor obstetricieni-ginecologi ne-a permis să acumulăm și să evaluăm opinia specialiștilor despre evoluția sistemului de sănătate din RM pe parcursul următorului deceniu. Cea mai frecventă opinie în rândul respondenților ($32,8 \pm 2,46\%$) este cea care susține că sistemul de sănătate din RM se va conforma cu standardele europene în următorul deceniu.

Fiecare al treilea respondent ($32,5 \pm 2,46\%$) consideră că, în următorii 10 ani, problema asigurării cu resurse umane nu va fi soluționată, sistemul confruntându-se cu lipsa de resurse umane; $22,0 \pm 2,17\%$ din respondenți speră că în următorul deceniu se vor aloca mai multe surse din buget și se vor acorda investiții pentru dezvoltare, va fi soluționată problema remunerării medicilor ($16,0 \pm 1,92\%$).

Totuși, $15,7 \pm 1,91\%$ dintre cei chestionați rămân rezervați în ceea ce privește producerea unor schimbări semnificative în sistemul de sănătate în următorii 10 ani (Tabelul 5.12).

Tab. 5.12. Opiniile medicilor obstetricieni-ginecologi despre evoluția sistemului de sănătate din RM în următorul deceniu (abs., %)

Criterii	Abs.	P±ES (%)
Se vor alocă mai multe surse din buget și se vor acorda investiții pentru dezvoltare	80	22,0±2,17
Se va conforma cu standardele europene	119	32,8±2,46
Medicii vor fi remunerați mai bine	58	16,0±1,92
Va stagna, nu se schimbă nimic	57	15,7±1,91
Va fi lipsă de cadre medicale	118	32,5±2,46

Conform răspunsurilor analizate, mai mult de jumătate dintre medici – 56,0±2,61% (203) – consideră că politicul influențează în mod direct sistemul de sănătate din RM. Aproape 1/3 dintre respondenți – 32,2±2,45% (117) – cred că politicul influențează domeniul sănătății la fel ca și alte sfere sociale din țară. Doar 3,3±0,94% (12) sunt de părere că politicul nu afectează sistemul de sănătate, restul – 8,5±1,46% (31) – se abțin de la răspuns (Figura 5.23).

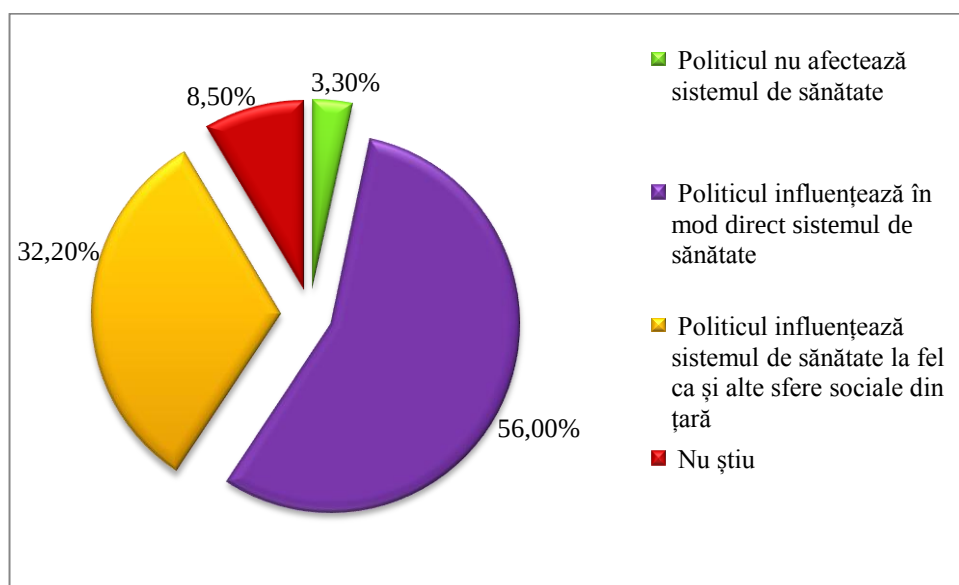


Fig. 5.23. Opinia respondenților despre influența politicii asupra sistemului de sănătate din RM în condițiile actuale (%)

Atitudinea societății față de medici în țara noastră este mai mult negativă (41,5±2,59%) decât pozitivă (35,3±2,51%), în opinia respondenților. În același timp, 15,2±1,88% dintre cei chestionați consideră că societatea moldovenească are o atitudine indiferentă față de medici, iar 8,0±1,42% nu au putut să-și expună părerea (Figura 5.24).

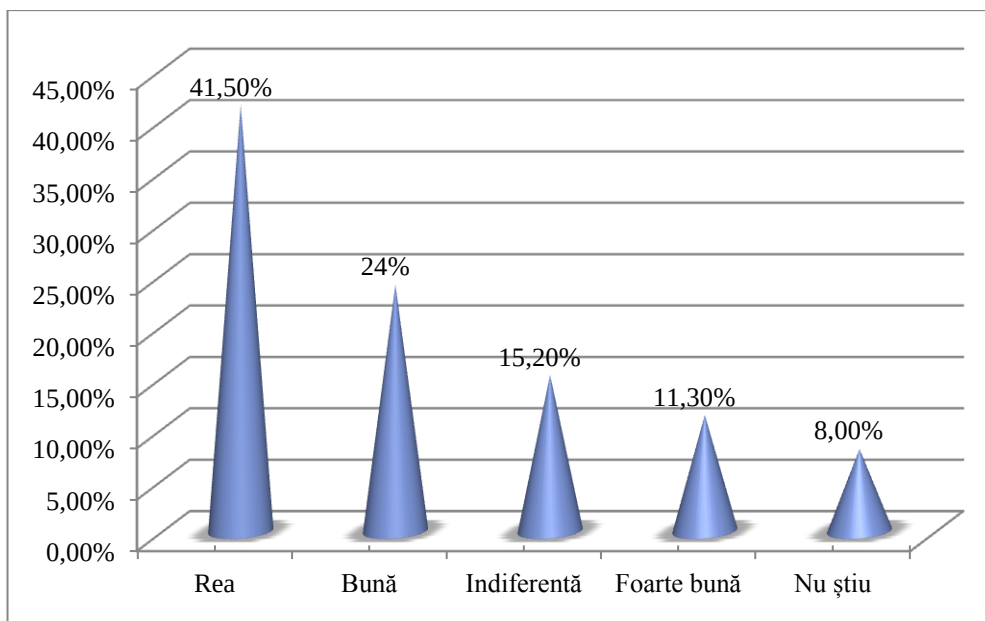


Fig. 5.24. Atitudinea societății din RM față de medici, în opinia respondenților (%)

Referitor la impactul mass-mediei și al organelor de drept asupra activității medicilor, $64,8 \pm 2,51\%$ din respondenți sunt de părere că mass-media din RM nu are un rol pozitiv în reflectarea activității medicilor, iar $44,9 \pm 2,61\%$ dintre cei chestionați au o opinie negativă privind corectitudinea sistemului de jurisprudență din țară față de medicii care au comis greșeli profesionale (Figura 5.25).

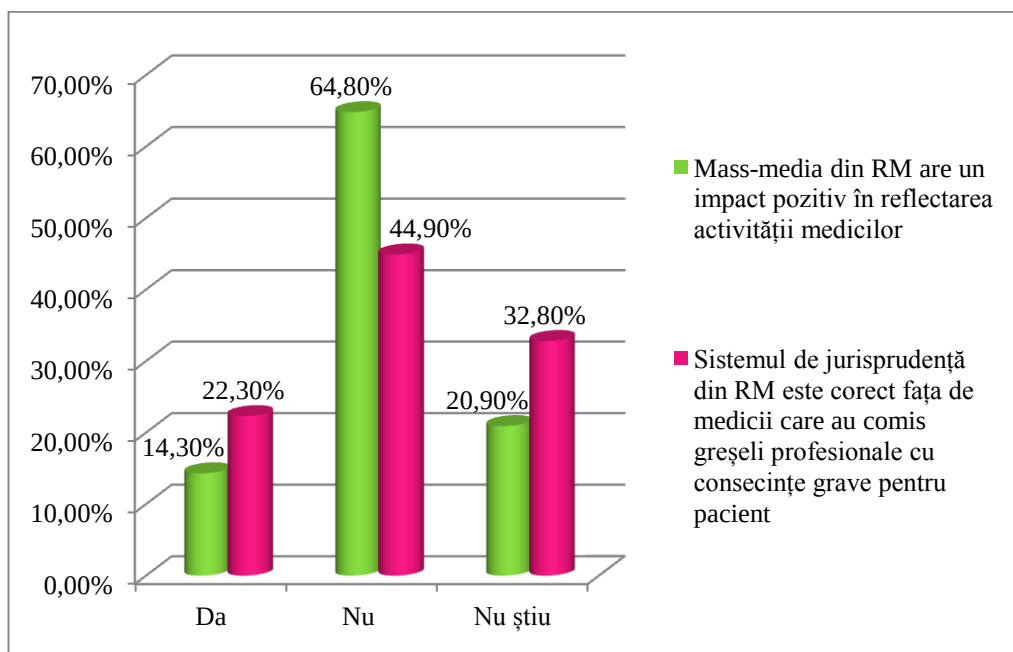


Fig. 5.25. Impactul mass-mediei și al organelor de drept din RM asupra activității medicilor, în opinia respondenților (%)

5.3. Pregătirea specialiștilor și perspectivele asigurării cu medici a instituțiilor medicale în viziunea medicilor rezidenți obstetricieni-ginecologi

Analiza a fost efectuată în baza chestionarului aplicat, în conformitate cu cerințele etice, în rândul medicilor-rezidenți obstetricieni-ginecologi care își fac studiile în centrele perinatale ale IMSP SCM nr. 1, IMSP IMC și IMSP SCM Bălți.

Lotul de respondenți a fost format din 80 de rezidenți din diferiți ani de studii, după cum urmează: anul I – 27 (34,0%), anul II – 16 (20,0%), anul III – 21 (26,0%) și anul IV – 16 (20,0%) persoane. În cadrul lotului de cercetare, raportul dintre bărbați și femei este de 1,0:8,0, repartizarea conform criteriului de sex este reprezentată în Figura 5.26.

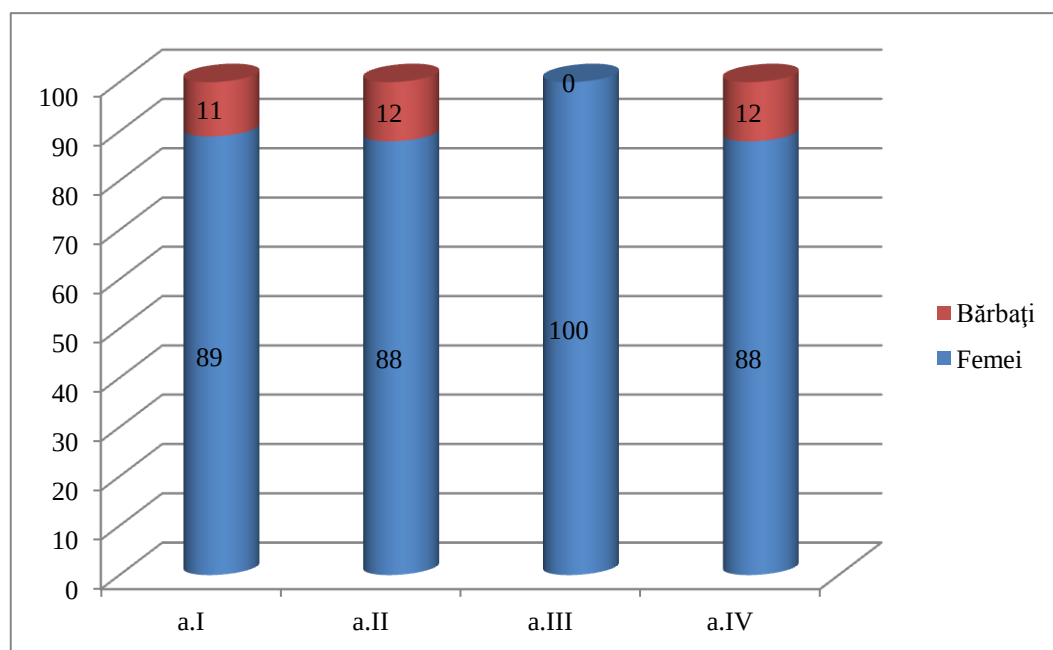


Fig. 5.26. Structura lotului de respondenți conform criteriului de sex și anilor de studii în rezidențiat (%)

Vârsta medie a respondenților constituie $29,5 \pm 1,25$ ani. Este important de a lua în considerare faptul că, la absolvirea programului de rezidențiat, fiecare al cincilea rezident atinge vârsta de 35 de ani.

Dacă în anul I de studii, cota rezidenților căsătoriți constituie $48,1 \pm 5,59\%$, atunci către anul IV această valoare crește semnificativ – $68,8 \pm 5,18\%$ ($t=2,7172$, $p<0,01$). Indicatorul de raport dintre rezidenții căsătoriți și cei celibatari este următorul, în funcție de anul de studii: pentru anul I – 1,0:1,1; pentru anul II – 1,3:1,0; pentru anul III – 2,5:1,0 și pentru anul IV – 2,2:1,0. Structura acestui criteriu este reprezentată în Figura 5.27.

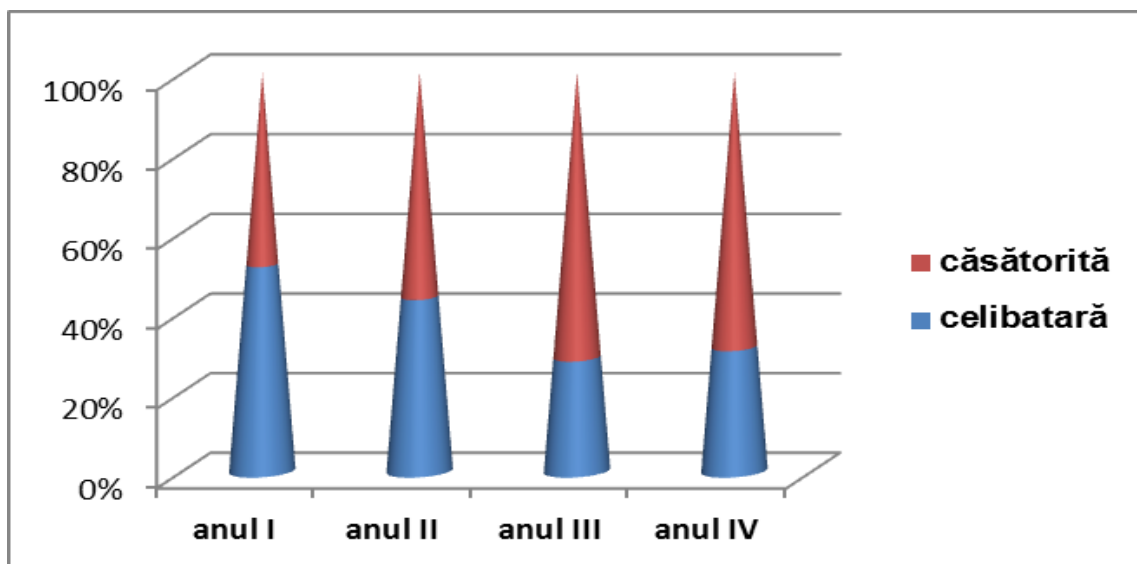


Fig. 5.27. Structura lotului de respondenți conform stării civile, în anii de studii în rezidențiat (%)

Cota respondenților care au copii este cea mai mare în primii doi ani de rezidențiat (anul I – 40,7%, anul II – 37,5%), păstrând o valoare medie de $36,2 \pm 1,88\%$. Prezintă interes caracteristica persoanelor anchetate în funcție de locul de reședință. Astfel, dacă rezidenții anului I au viza de reședință preponderent în mediul rural – $33,0 \pm 5,26\%$, atunci la anul IV, această cifră scade semnificativ până la $24,5 \pm 4,81\%$ ($t=1,1931$, $p>0,05$). Trebuie să menționăm că 58,0% și 8,0% dintre rezidenții anului I au viza de reședință în mun. Chișinău și, respectiv, în mun. Bălți (Figura 5.28).

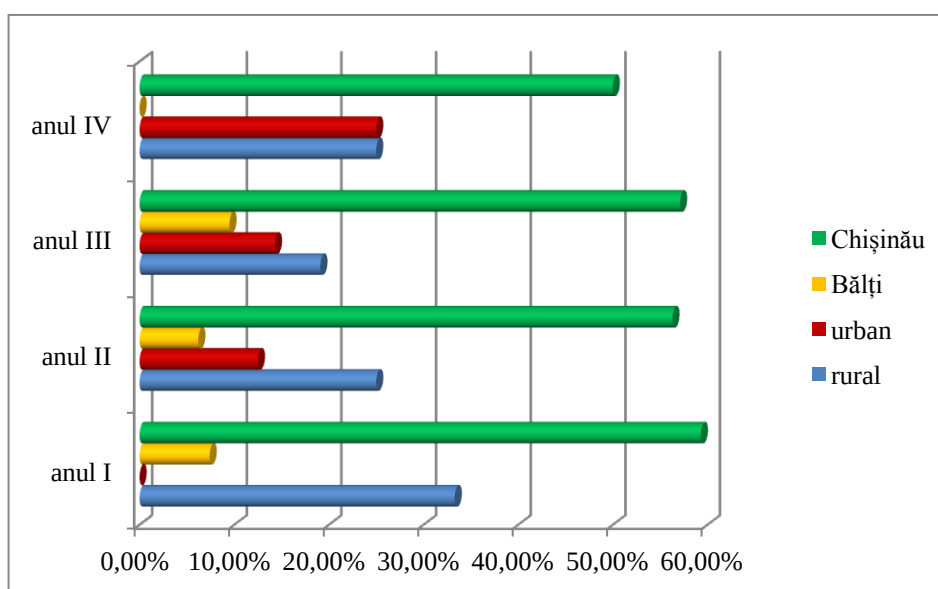


Fig. 5.28. Repartizarea respondenților conform criteriului vizei de reședință și anii de studii în rezidențiat (%)

Crește semnificativ cota respondenților care efectuează stagiul practic în instituțiile de nivel raional – de la anul I ($33,3 \pm 5,27\%$) până la anul IV ($56,3 \pm 5,55\%$), ($t=3,0067$, $p<0,01$) – și scade respectiv cota celor care fac stagiere în instituțiile medicale din mun. Chișinău, de la $66,7 \pm 5,27\%$ (anul I) până la $12,5 \pm 3,69\%$ (anul IV), ($t=8,4199$, $p<0,001$).

Analizând răspunsurile din chestionar, am constatat că majoritatea respondenților, indiferent de anul de studii, consideră că pregătirea profesională este mai bună în instituțiile medicale din mun. Chișinău decât în cele raionale. Aici observăm fenomenul numit „foarfece”: cu cât este mai mare anul de studii în rezidențiat, cu atât crește aprecierea pozitivă pentru instituțiile raionale (anul I – $7,40 \pm 2,85\%$ și anul IV – $25,0 \pm 4,84\%$, $t=3,2033$, $p<0,01$), și invers, pentru instituțiile medicale de nivel municipal (anul I – $92,6 \pm 2,93\%$ și anul IV – $75,0 \pm 4,84\%$, $t=3,1111$, $p<0,01$), (Figura 5.29).

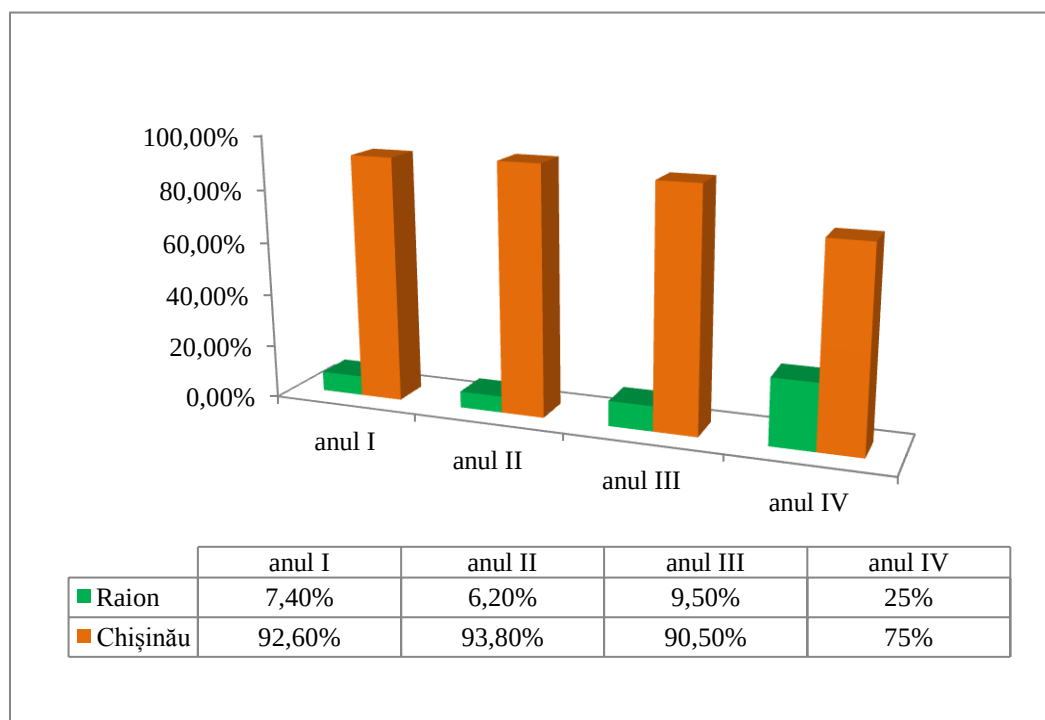


Fig. 5.29. Opinia respondenților despre pregătirea profesională după criteriul amplasării instituțiilor medicale (%)

Fiind solicitați să aprecieze cauza principală a alegerii profesiei de obstetrician-ginecolog, toate cele patru loturi de respondenți au menționat umanitatea profesiei ($96,3\%$; $87,4\%$; $90,4\%$ și $62,4\%$ respectiv) și numai în unele cazuri au fost menționate alte cauze, cum ar fi: tradiția de familie ($6,3\%$ – IV), necesitatea de a obține o specialitate oarecare ($6,3\%$ – II; $12,5\%$ – IV), la sfatul rudelor sau al părinților ($6,3\%$ – II; $4,8\%$ – III; $12,5\%$ – IV), alegere întâmplătoare ($3,7\%$ – I; $4,8\%$ – III; $6,3\%$ – IV), (Figura 5.30).

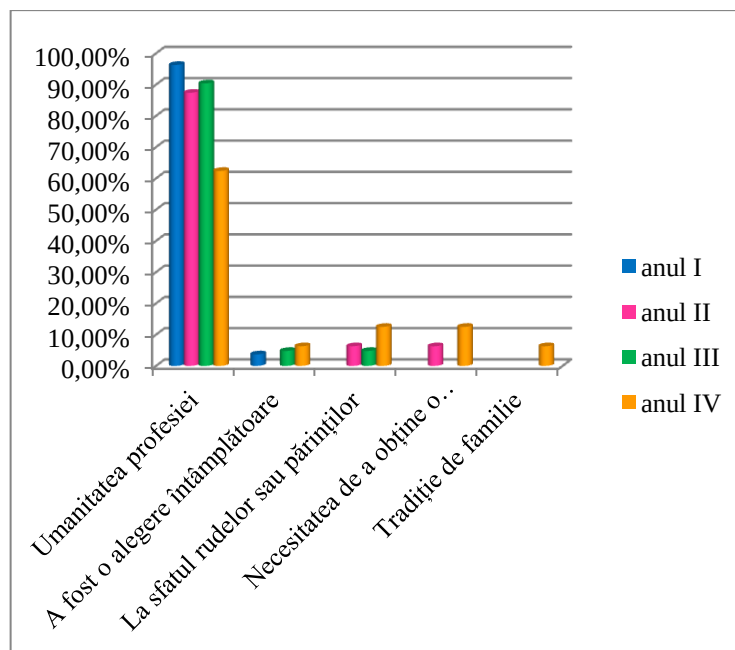


Fig. 5.30. Cauza alegerii profesiei de obstetrician-ginecolog, conform răspunsurilor respondenților (%)

Majoritatea respondenților ($84,1 \pm 4,09\%$) nu regretă că au ales specialitatea de obstetrician-ginecolog. Rata persoanelor ce regretă această alegere are tendința de creștere de la anul I ($3,7 \pm 2,11\%$) până la anul IV ($18,8 \pm 4,37\%$), ($t=3,1125$, $p<0,01$), cu valoarea cea mai mare de $28,6 \pm 5,05\%$ pentru rezidenții anului III (Figura 5.31).

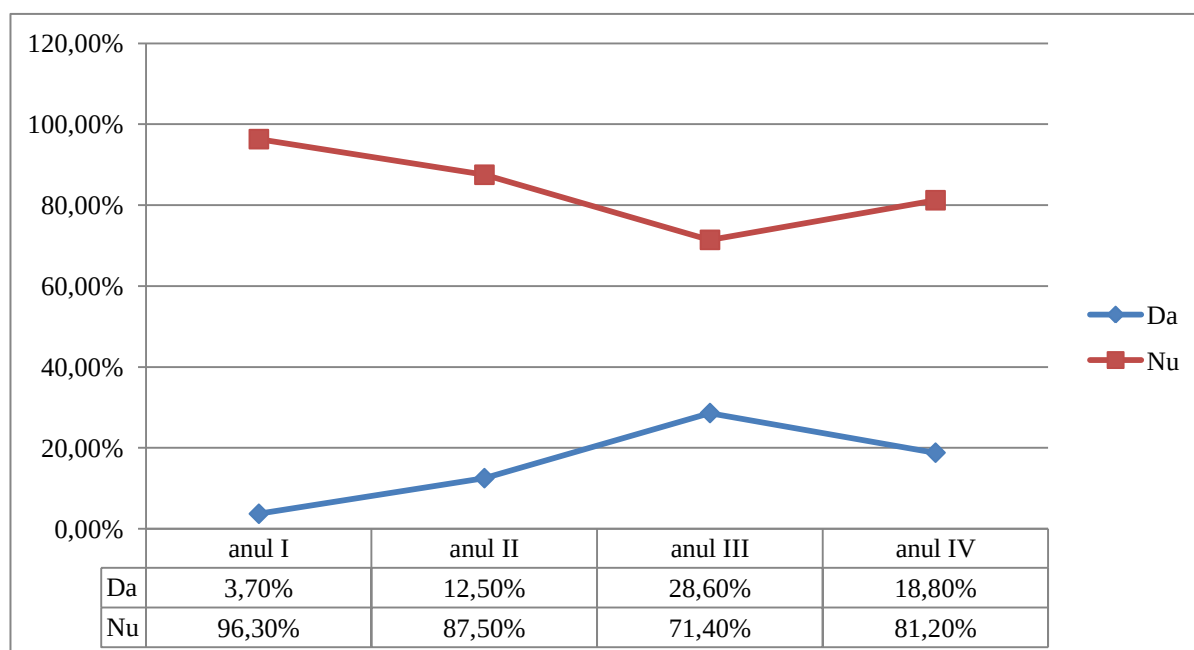


Fig. 5.31. Rata respondenților conform expunerii regretului pentru alegerea specialității de obstetrician-ginecolog, în anii de studii în rezidențiat (%)

Respondenții au specificat cauzele regretului alegerii specialității de obstetrician-ginecolog, care s-au repartizat astfel: pe locul I s-a plasat lipsa posibilității de a-și asigura un trai decent ($r_n=0,958$), pe locul II – suprasolicitarea fizică, îndeosebi responsabilitatea în timpul serviciilor de noapte ($r_n=0,929$), riscurile pentru sănătatea proprie ocupă locul III ($r_n=0,913$), pe locul IV sunt situațiile stresante din activitatea profesională ($r_n=0,845$), (Tabelul 5.13).

Tab. 5.13. Principalele cauze ale regretului pentru alegerea specialității, în opinia medicilor-rezidenți obstetricieni-ginecologi

Cauze	Abs.	λ	r_n	Locul
La moment nu-mi pot asigura un trai decent	9	11,3	0,958	I
Dificultate psihologică (situații stresante)	2	2,5	0,845	IV
Suprasolicitarea fizică (în special serviciile de noapte)	5	6,3	0,929	II
Riscuri pentru propria sănătate	4	5,0	0,913	III

Aproximativ 70,0% din respondenți și-au exprimat dorința de a alege aceeași specialitate dacă ar avea oportunitatea, cu valoarea cea mai mare de $77,8 \pm 4,65\%$ în rândul rezidenților din anul I și valoarea cea mai mică de $57,1 \pm 5,53\%$ în rândul celor din anul III ($t=2,8648$, $p<0,01$). Totuși, fiecare al patrulea rezident a selectat varianta de răspuns „Nu știu”, cu valoarea cea mai mare de $33,4 \pm 5,27\%$ pentru rezidenții anului III. Categorie „Nu” au răspuns în medie $6,5 \pm 2,76\%$ dintre rezidenții intervievați, cu valoarea cea mai mare de $9,5 \pm 3,28\%$ pentru anul III (Figura 5.32).

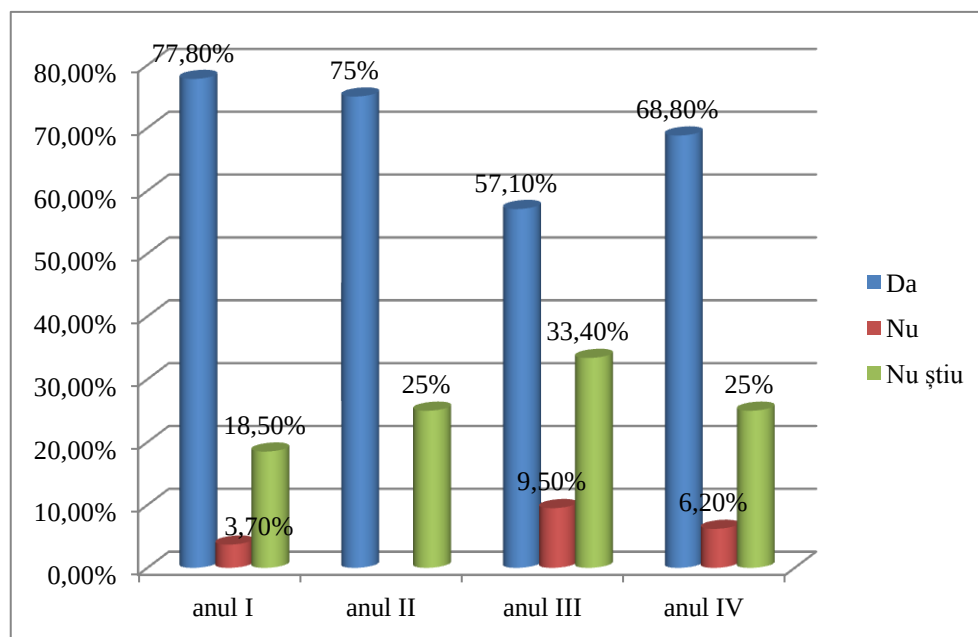


Fig. 5.32. Dorința de a alege aceeași specialitate în rândul rezidenților obstetricieni-ginecologi intervievați (%)

În baza chestionarului au fost stabilite dificultățile cu care se confruntă respondenții pe parcursul studiilor de rezidențiat. Fiecare al treilea rezident din anii II și IV ($31,3 \pm 5,18\%$) a recunoscut în calitate de dificultate insuficiența cunoștințelor. Altă dificultate este experiența insuficientă, care, în funcție de anul de studii, provoacă multe semne de întrebare. Dacă $81,5 \pm 4,34\%$ din respondenții anului I întâmpină această dificultate, atunci explicația este simplă: sunt la început de cale, iar dacă cei din anul III ($85,7 \pm 3,91\%$) și din anul IV ($62,5 \pm 5,41\%$) indică experiența profesională insuficientă, atunci trebuie să reevaluăm formele existente de pregătire a specialiștilor obstetricieni-ginecologi. A treia dificultate numită de respondenți ține de interrelațiile cu medicii, valoarea medie este de $30,5 \pm 5,15\%$, valoarea cea mai mare fiind de $43,8 \pm 5,55\%$ pentru respondenții din anul IV și cea mai mică de $18,5 \pm 4,34\%$ pentru cei din anul I. Fiecare al treilea interviuat din anul IV de studii în rezidențiat ($31,3 \pm 5,18\%$) nu întâmpină nicio dificultate (Figura 5.33).

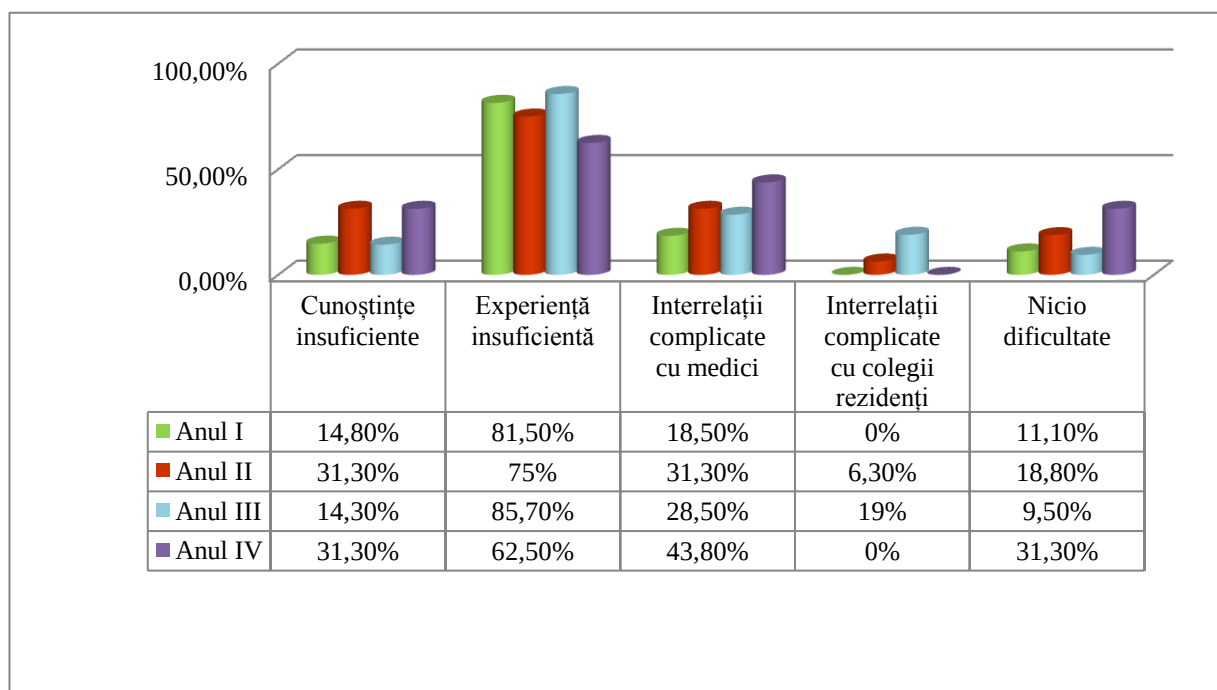


Fig. 5.33. Dificultățile cu care se confruntă respondenții în timpul studiilor în rezidențiat la specialitatea obstetrică și ginecologie (%)

De 1,7 ori mai mulți respondenți din anul IV au apreciat pregătirea teoretică în programul de rezidențiat ca mai mult insuficientă ($62,5 \pm 5,41\%$) decât suficientă ($37,5 \pm 5,41\%$) pentru a activa de sine stătător în instituțiile medicale ($t=3,2659$, $p<0,01$). În rândul respondenților din anul III această, predominarea este de 1,8 ori mai mare: insuficientă ($52,4 \pm 5,58\%$) versus suficientă ($28,6 \pm 5,05\%$), ($t=3,1606$, $p<0,01$). Fiecare al doilea interviuat din anul II consideră că pregătirea teoretică este suficientă pentru activitatea practică în viitor ($50,0 \pm 5,59\%$), iar

fiecare al doilea respondent din anul I de studii în rezidențiat nici nu poate să determine varianta de răspuns adecvată ($55,6 \pm 5,55\%$). În Figura 5.34 sunt prezentate toate variantele de răspuns.

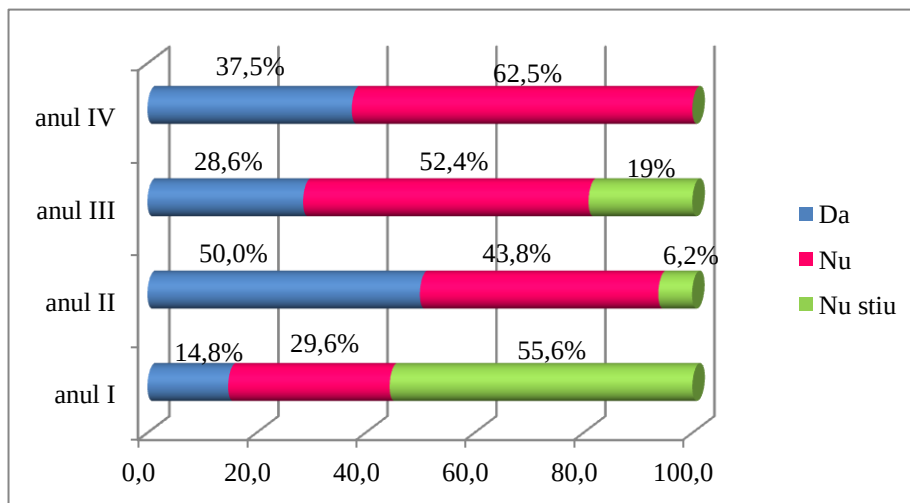


Fig. 5.34. Evaluarea calității pregătirii teoretice în studiile de rezidențiat, în opinia respondenților (%)

Analiza răspunsurilor participanților în studiu referitor la pregătirea practică în rezidențiat a constatat că fiecare al doilea respondent din anii II, III și IV de studii (câte $43,8 \pm 5,54\%$ pentru anii II și III și $56,3 \pm 5,55\%$ pentru anul IV) consideră că pregătirea practică este insuficientă pentru activitatea practică în calitate de specialist în viitor. Până la 20,0% ($18,8 \pm 4,37\%$) dintre respondenții din anii II și III au selectat răspunsul „Nu știu” (Figura 5.35).

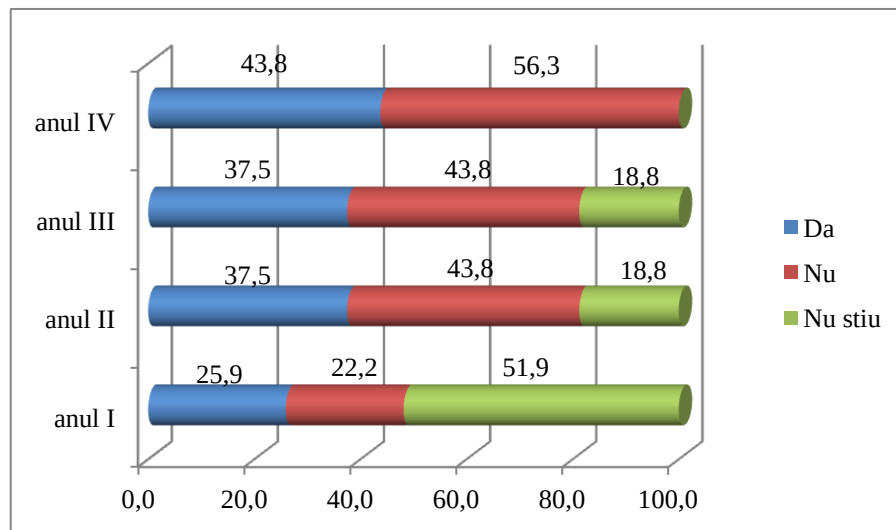


Fig. 5.35. Evaluarea calității pregătirii practice în studiile de rezidențiat, în opinia respondenților (%)

Situația în ceea ce privește pregătirea specialiștilor în rezidențiat devine mai pesimistă analizând criteriul „lipsa motivației și nesiguranța zilei de mâine” care constituie în medie $55,3 \pm 5,56\%$, cu valoarea cea mai mare pentru respondenții anului II ($67,0 \pm 5,26\%$) și cea mai joasă pentru cei din anul I ($46,0 \pm 5,57\%$). Neîncrederea în propriile forțe este caracteristică pentru $10,5 \pm 3,43\%$ dintre respondenți, cu următoarele valori în funcție de anul de studii: anul I – $4,0 \pm 2,19\%$, anul II – $17,0 \pm 4,19\%$, anul III – $16,0 \pm 4,09\%$ și anul IV – $5,0 \pm 2,44\%$.

Respondenții au identificat următoarele puncte forte ale sistemului educațional pentru programul de rezidențiat: desfășurarea seminarelor teoretice, încadrarea în activitățile practice, atitudinea pozitivă a personalului medical. Cele mai înalte valori au fost obținute pentru răspunsul „încadrarea în activitatea practică”, care în medie constituie $90,5 \pm 3,28\%$, cu valori practic identice pentru toți anii de studii în rezidențiat. Fiecare al doilea respondent din anii II și IV ($52,3 \pm 5,58\%$) consideră că punctul forte constă în desfășurarea seminarelor teoretice, iar respondenții din anii I și III – numai în $31,6 \pm 5,19\%$ ($t=2,7133$, $p<0,01$) cazuri. Atitudinea pozitivă a personalului medical față de rezidenți scade semnificativ: dacă pentru rezidenții din anii I și II valorile sunt în jur de $43,0 \pm 5,54\%$, atunci către anii II și IV scade până la $11,0 \pm 3,49\%$ ($t=4,8871$, $p<0,001$). Totodată, $13,2 \pm 3,78\%$ din respondenții și-au exprimat doleanța de a fi elaborat un program de instruire mai lejer (Figura 5.36).

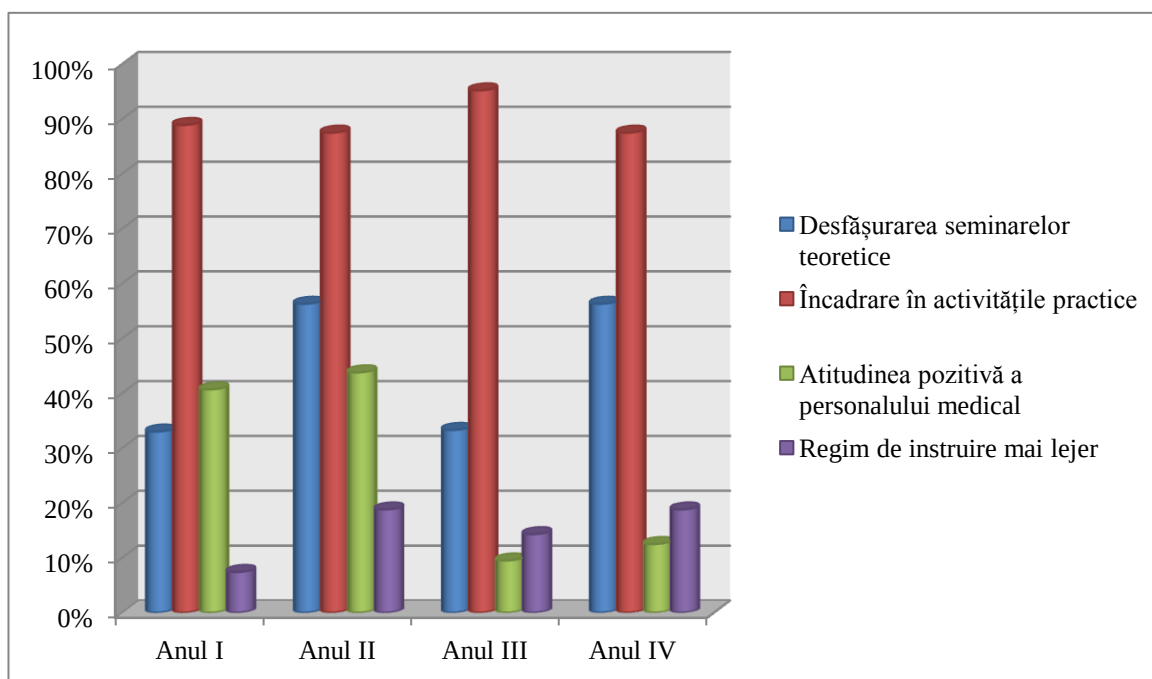


Fig. 5.36. Punctele forte ale sistemului educațional în programul de rezidențiat, în opinia respondenților (%)

Dintre cei chestionați, $43,0 \pm 5,54\%$ din anul I consideră că durata studiilor în rezidențiat, pentru a deveni specialist în domeniu, trebuie să fie de 3,5 ani, de 4 ani – $61,0 \pm 5,45\%$ din respondenții anului II, de 3 ani – $48,0 \pm 5,59\%$ dintre cei din anul III, iar respondenții din anul IV ($42,0 \pm 5,52\%$) susțin că durata de 2 ani este suficientă.

Atitudinea respondenților față de continuarea studiilor în Școala doctorală este următoarea: au răspuns pozitiv în medie $69,0 \pm 5,17\%$ din respondenți, cu valoarea cea mai înaltă în rândul rezidenților din anul IV – $87,5 \pm 3,69\%$ – și cu cea mai joasă valoare din partea celor din anul II – $56,3 \pm 5,55\%$. Nu doresc să se angajeze în cercetări științifice numai respondenții din anul II ($12,5 \pm 3,69\%$) și din anul III ($28,6 \pm 5,05\%$). Toate variantele de răspuns sunt prezentate în Figura 5.37.

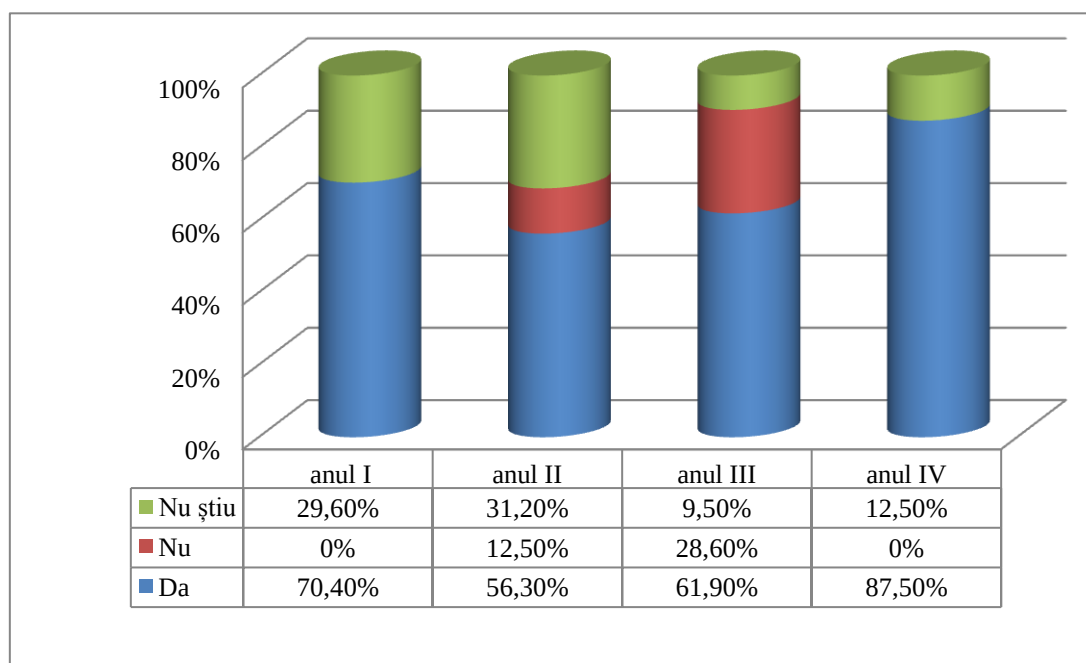


Fig. 5.37. Planificarea continuării studiilor în Școala doctorală, conform anilor de studii în rezidențiat (%)

O atenție deosebită în chestionar s-a acordat orientării persoanelor intervievate în ceea ce privește locul unde doresc să-și desfășoare activitatea pe viitor. Astfel, pentru activitatea profesională în mun. Chișinău au optat $63,5 \pm 5,38\%$ din respondenți; în funcție de anii de studii în rezidențiat, valoarea cea mai mare de $77,8 \pm 4,65\%$ este în anul I, iar absolvenții (anul IV) au constituit $56,3 \pm 5,54\%$ din cazuri.

Pentru instituțiile medicale din mediul raional nu a optat niciun respondent din anul III, iar din anii II și IV – câte $6,3 \pm 2,72\%$. Peste hotare planifică să activeze fiecare al doilea

respondent din anul II ($50,0 \pm 5,59\%$), fiecare al treilea din anul IV ($37,4 \pm 5,41\%$) și fiecare al patrulea din anul III ($24,0 \pm 4,77\%$), ceea ce constituie în medie $30,6 \pm 5,15\%$ (Tabelul 5.14).

Tab. 5.14. Opțiunea rezidenților pentru locul desfășurării activității profesionale pe viitor (%)

	Anul I	Anul II	Anul III	Anul IV	χ^2 , gl, p
În mun. Chișinău	$77,8 \pm 4,65$	$43,7 \pm 5,55$	$76,0 \pm 4,77$	$56,3 \pm 5,54$	$21,7$ gl=3, $p < 0,001$
În mediul raional	$11,1 \pm 3,51$	$6,3 \pm 2,72$	$0,0 \pm 0,00$	$6,3 \pm 2,72$	$6,2$ gl=3, $p > 0,05$
Peste hotare	$11,1 \pm 3,51$	$50,0 \pm 5,59$	$24,0 \pm 4,77$	$37,4 \pm 5,41$	$18,2$ gl=3, $p < 0,001$

Prezintă interes pentru cercetare analiza factorilor ce stau la baza refuzului de a activa în instituțiile medicale din mediul rural, care în prezent se confruntă cu lipsa acută de specialiști. Respondenții din anul IV, în $80,0 \pm 4,47\%$ din cazuri au indicat lipsa perspectivei creșterii profesionale, urmată de dotarea insuficientă a instituțiilor medicale de nivel raional cu utilaj performant și salariu insuficient ($58,0 \pm 5,52\%$), lipsa locului de trai a fost invocată de $54,0 \pm 5,57\%$ din respondenți și lipsa locului de muncă pentru soț/soție – de $42,0 \pm 5,51\%$ dintre cei intervievați. Respondenții din anii de studii II-IV au ales variantele de răspuns în aceeași ordine, dar cu valori mai mici, care sunt prezentate în Figura 5.38.

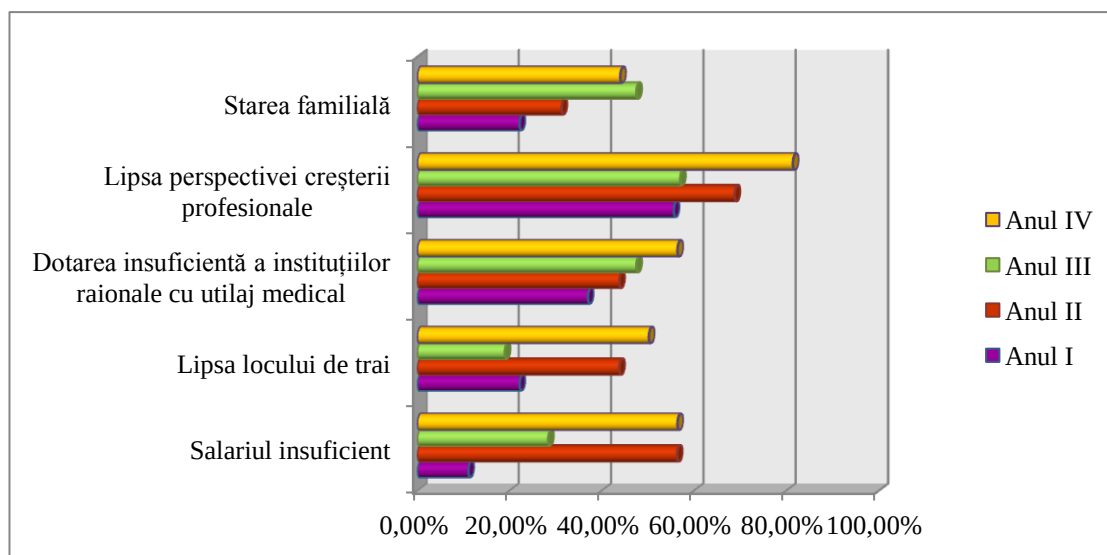


Fig. 5.38. Principalele motive ce determină refuzul de a activa în instituțiile medicale din mediul raional, în opinia respondenților (%)

5.4. Concluzii la capitolul 5

1. Studiul realizat a constatat o reducere considerabilă a numărului de specialiști obstetricieni-ginecologi în RM, care în unele teritorii administrative atinge cote alarmante de 0,4-0,7 medici la 10 000 de locuitori, cu un coeficient înalt de cumulare de la 1,5 la 2,6. Asigurarea cu specialiști obstetricieni-ginecologi este neuniformă, diferențele dintre unele regiuni variază de 2–3 ori la același număr de locuitori; în 16 raioane din cele 35 existente, unui medic îi revin 20 000 de locuitori.

2. Vârsta medie a majorității medicilor obstetricieni-ginecologi din maternitățile republicii este destul de înaintată și depășește 50 de ani, iar o treime dintre ei sunt de vârstă pensionară, având o motivație profesională redusă. Ponderea cadrelor tinere este prea mică – 11,3% ($\chi^2=11,8$, $gl=3$, $p<0,01$). Acest fapt poate agrava și în continuare problema asigurării cu cadre, ce se va răsfrânge negativ asupra serviciului de asistență medicală a mamei și copilului, dar și a sănătății populației în întregime.

3. Conform datelor obținute în cadrul studiului, în municipiul Chișinău, asigurarea populației cu medici obstetricieni-ginecologi în sectorul medical primar este de numai 1,0 medici la 10 000 de locuitori, pe fundalul vârstei înaintate a specialiștilor ($52,1\pm 1,2$ ani). În caz de menținere a situației existente în următorii 5-7 ani, vor apărea dificultăți majore în prestarea serviciilor specializate de ambulatoriu populației urbei.

4. Mai mult de jumătate din numărul total de medici obstetricieni-ginecologi din RM (57%) posedă categoria superioară de calificare, iar 30% – prima categorie. În același timp, salariul mediu pentru majoritatea specialiștilor nu depășește suma echivalentă a 200 euro. Au apreciat starea materială ca *bună* numai 0,3% dintre medicii obstetricieni-ginecologi, ca *medie* – 52,9%, ca una *joasă* – 46,8% din respondenți. Din numărul celor intervievați, 19% sunt gata să plece din instituțiile publice, iar 24% consideră că stagiul de muncă și bagajul de cunoștințe acumulate nu le oferă o perspectivă materială mai bună.

5. În urma interviuării specialiștilor au fost identificate componentele principale ale unei asistențe medicale calitative: accesibilitatea și acordarea asistenței medicale la timp; respectarea standardelor și consecutivității acțiunilor clinice; siguranța procesului de tratament și orientarea spre pacient. Măsurile care pot contribui la ameliorarea calității asistenței medicale acordate de către medicii obstetricieni-ginecologi în condițiile actuale, după părerea acestora, sunt: asigurarea cu echipament medical contemporan, îmbunătățirea condițiilor de muncă, majorarea salariului, introducerea unor forme motivante de plată pentru intensitatea și calitatea muncii, calificarea profesională a cadrelor și cursurile de instruire periodice.

6. Rezultatele cercetării au demonstrat că motivarea medicilor obstetricieni-ginecologi angajați în instituțiile medico-sanitare publice din țară este joasă. Administrația instituțiilor, confruntându-se cu o insuficiență de cadre, nu întreprinde măsuri necesare de încurajare a angajaților, ci din contra, specialiștii sunt supuși presiunilor, drept dovadă fiind numărul mare de sancționări disciplinare ($24,8 \pm 2,27\%$) aplicate medicilor obstetricieni-ginecologi.

7. Analizând rezultatele chestionării medicilor-rezidenți obstetricieni-ginecologi, am constatat că majoritatea respondenților, indiferent de anul de studii, consideră că pregătirea profesională este mai bună în instituțiile medicale din municipiul Chișinău decât în cele raionale. Totodată, cu cât este mai mare anul de studii în rezidențiat, cu atât crește aprecierea pozitivă pentru instituțiile raionale (anul I – $7,40 \pm 2,85\%$ și anul IV – $25,0 \pm 4,84\%$, $t=3,2033$, $p<0,01$) și viceversa pentru instituțiile medicale de nivel municipal (anul I – $92,6 \pm 2,93\%$ și anul IV – $75,0 \pm 4,84\%$, $t=3,1111$, $p<0,01$).

8. Majoritatea tinerilor specialiști ($93,7\%$) refuză ofertele de activitate în instituțiile medicale din mediul rural, motivele fiind lipsa perspectivei creșterii profesionale ($80,0 \pm 4,47\%$), urmată de dotarea insuficientă a instituțiilor medicale de la nivel raional ($58,0 \pm 5,52\%$), salariul insuficient, lipsa locului de trai ($54,0 \pm 5,57\%$) și lipsa locului de muncă pentru soț/soție, efortul și condițiile de muncă ale medicilor din localitățile urbane și din cele rurale ($42,0 \pm 5,51\%$).

9. Studiul realizat confirmă existența problemei crizei de cadre a medicilor obstetricieni-ginecologi, fapt ce ar putea să influențeze negativ calitatea Serviciului de Asistență a Mamei și Copilului și sănătatea populației în general. Întrucât potențialul medicilor determină performanțele și indicatorii de bază ai serviciului de asistență medicală, este imperativă aplicarea unor politici de motivare, dezvoltare capacităților cadrelor medicale, ce ar contribui și la reducerea cazurilor de deces matern.

10. Luând în considerare vârsta medie destul de înaintată a medicilor obstetricieni-ginecologi, posibilitățile existente de pregătire a tinerilor specialiști, în cel mai apropiat timp țara noastră se va confrunta cu mari dificultăți în asistența medicală obstetrical-ginecologică, ce se va reflecta negativ asupra indicatorilor de bază, inclusiv asupra nivelului de mortalitate maternă. Astfel, este necesar de a întreprinde acțiuni urgente pentru evitarea situației critice și a colapsului de cadre în serviciul de asistență medicală a mamei și copilului.

6. ASPECTE DEMOGRAFICE ȘI MANAGERIALE ALE MORTALITĂȚII MATERNE

6.1. Caracteristica fenomenului demografic din Republica Moldova

Mortalitatea este un fenomen demografic dependent puternic de dezvoltarea socioeconomică și de caracteristicile unei societăți. Înainte de a aborda mortalitatea ca problemă a sistemului de sănătate, este esențial de a efectua studiul fenomenului demografic, al caracteristicilor și prognozelor demografice pentru RM. Scăderea mortalității, creșterea longevității și a calității vieții sunt determinate de politicile și acțiunile de dezvoltare socioeconomică ce includ, în special, serviciul de asistență medicală. Așadar, cercetarea fenomenului mortalității materne necesită o abordare complexă, din perspectivele demografică, socioeconomică, medicală și biologică.

În general, separarea conceptului de dezvoltare socioeconomică de conceptul de sănătate ar fi eronată, întrucât reduce suportul necesar acțiunilor de sănătate. Dacă se analizează mortalitatea din aspect strict biologic, nu se poate susține la nivelul comunităților necesitatea dezvoltării socioeconomice ca bază (suport) pentru ameliorarea stării de sănătate.

Importanța abordării demografice în studiul mortalității materne este argumentată de următoarele fenomene:

- mortalitatea reprezintă unul dintre indicatorii demografici utilizați în evaluarea stării de sănătate a populației;
- acest indicator contribuie la identificarea problemelor de sănătate și la stabilirea priorităților în acțiunile de sănătate;
- mortalitatea reprezintă un fenomen demografic cu implicații esențiale în scăderea numerică a populației, prin care se realizează un echilibru în structura populației pe grupe de vârstă;
- ea facilitează stabilirea obiectivelor în cadrul programelor de sănătate a mamei și copilului;
- indicatorul mortalității servește în procesul de planificare a resurselor destinate serviciului de sănătate;
- acesta permite evaluarea eficacității activității sistemului de servicii sanitare.

Înțelegerea schimbărilor demografice ce au probabilitatea de a se desfășura în următorii ani, precum și a provocărilor și oportunităților care există pentru obținerea unei dezvoltări sustenabile a populației, este importantă pentru planificarea și implementarea programelor și strategiilor atât în domeniul economic, cât și în cel social. Ultimele decenii au adus modificări demografice substanțiale, iar prognozele pentru îmbătrânirea populației și reducerea natalității nu

sunt deloc optimiste. În acest context, este imperativă revederea agendelor de dezvoltare, a programelor și obiectivelor din domeniul sănătății, încât acestea să corespundă necesităților actuale ale populației și prognozelor demografice, să evite sau să reducă efectele consecințelor negative ale proceselor demografice. Astfel, analiza retrospectivă și cea prospectivă a situației demografice din RM va permite o abordare complexă a mortalității materne, ceea ce va contribui la elaborarea acțiunilor necesare reducerii acestui fenomen, la planificarea unor restructurări și strategii orientate spre îmbunătățirea situației existente.

Formarea populației unei țări sau a unei regiuni este un proces social care se dezvoltă sub influența mai multor factori. Dinamica și structura populației sunt determinate de procesele inevitabile de industrializare și urbanizare, de dezvoltare a științei și tehnicii, de situația în sănătatea publică, în sistemul educațional, precum și în cel socioeconomic. Analiza evoluției și prognozarea schimbărilor demografice sunt esențiale pentru asigurarea securității statului, elaborarea politicilor sociale și realizarea reformelor serviciilor acordate populației. Importanța studierii populației pentru elaborarea strategiilor de dezvoltare constă în faptul că aceasta va contribui la elucidarea loială a corelației cerere – consum – ofertă/producție, condiție esențială pentru o economie echilibrată. În ceea ce privește cercetarea noastră în particular, analiza situației demografice a populației derivă din necesitatea de a determina tendințele actuale și viitoare ale evoluției populației, în special aspectul natalității, în vederea elaborării unor strategii eficiente de reducere a mortalității materne.

Între conceptele de populație și dezvoltare socioeconomică se stabilesc niște relații de interdependență, în virtutea cărora populația este considerată drept un sistem integru complex. Procesele demografice, reproducerea populației, evoluția natalității, a fertilității, a mortalității, structura pe vârste și pe sexe, procesele migraționale sunt reciproc dependente în dezvoltarea societății umane. Astfel, problemele demografice obțin o actualitate majoră și devin subiect de cercetare din mai multe perspective.

În acest capitol, obiectivele cercetării au fost axate pe studierea factorilor majori ce determină numărul și structura unei populații – natalitatea, fertilitatea, mortalitatea și procesul migrațional, identificând particularitățile lor și condițiile actuale pentru situația demografică din țara noastră.

Mișcarea naturală este componenta principală a evoluției structurii demografice a populației. Aceasta cuprinde fenomenele demografice de natalitate, mortalitate și spor natural, dintre care natalitatea reprezintă fenomenul decisiv. RM se încadrează în categoria țărilor europene cu o rată medie a natalității (10,6%) și a mortalității (12%) și nu reprezintă o excepție de la evoluția fenomenelor demografice caracteristice spațiului european [26]. Cu toate acestea,

pe parcursul ultimilor 15 ani, în RM se observă o tendință de depopulare, procesul având o dezvoltare dinamică și fără semne vizibile de redresare.

Principalul fenomen demografic ce determină – în mod direct sau indirect – mișcarea naturală a populației este mortalitatea. Variația ratelor de mortalitate, în mare măsură, determină nivelul natalității, sporului natural, speranței de viață, nașterii, nupțialității. La rândul ei, mortalitatea este influențată de factori socioeconomiici și biologici (mediul ambiant, stilul de viață), precum și de nivelul serviciilor de sănătate.

Mortalitatea maternă reprezintă un fenomen demografic cu implicații medicale majore, fiind un indicator al stării de sănătate a populației și al gradului de dezvoltare a țării.

În statele europene, fazele tranziției demografice s-au desfășurat pe parcursul a mai mult de un secol și jumătate, pe când în Moldova, acest proces a avut loc în ultimele două decenii, începând cu anul 1990. În ultimii douăzeci de ani, situația demografică din RM s-a deteriorat considerabil, procesul de reproducere a populației s-a dereglat în proporții semnificative, fapt ce în prezent pune în pericol dezvoltarea durabilă a țării și reprezintă un serios motiv de îngrijorare.

În spațiul ex-sovietic, RM s-a evidențiat prin creșterea intensă a numărului populației, determinată de sporul natural și migrația destul de mare. În prezent însă, indicatorii demografici scad vertiginos. Dacă în anii 1950–1990 numărul populației a crescut cu 90,4%, atunci în perioada 1990–2007 acesta a scăzut cu 21,8%. Numărul populației la recensământul din 2004 constituia 3 607 000, la 1 ianuarie 2007 – 3 581 000, iar la începutul anului 2015 numărul populației în RM a fost de 3 555 000 de locuitori (Figura 6.1.).

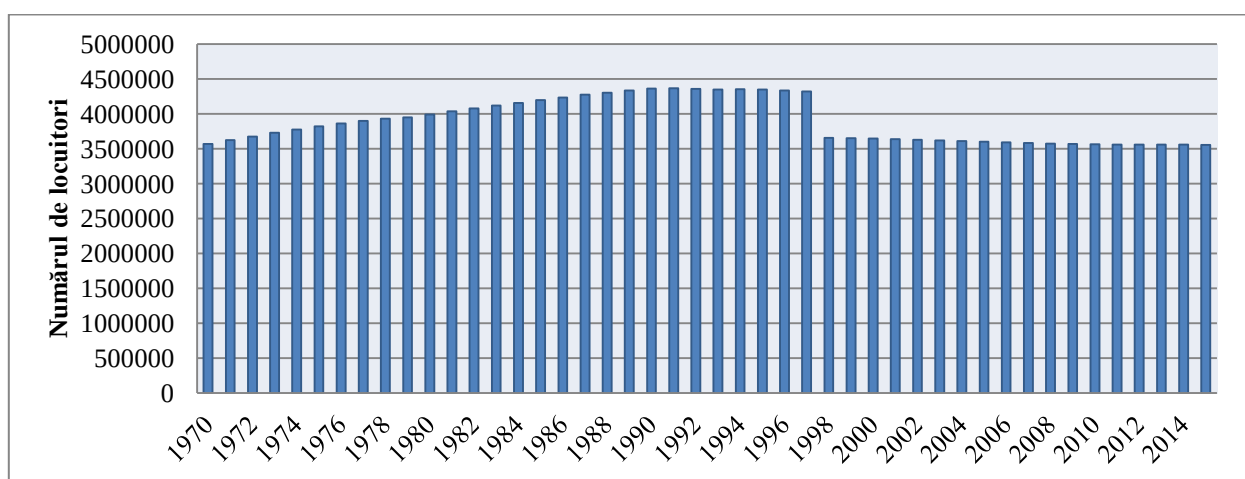


Fig. 6.1. Populația stabilă a RM, a. 1970-2014 (abs.)

În prezent, tabloul demografic în RM diferă în totalitate de cel de acum 20 de ani, iar caracterul evoluțiilor actuale și al celor prognozate va continua să modifice situația demografică atât cantitativ, cât și calitativ.

Prima caracteristică a situației demografice pe care o vom analiza este sporul natural al populației, întrucât acesta relevă deficitul sau creșterea naturală a populației, în condițiile diferenței dintre numărul de nou-născuți vii și numărul de decese generale. Observăm că, între anii 1950–1960, sporul natural al populației din RM s-a caracterizat prin valori pozitive în creștere, datorită numărului mare de nașteri și migrației forței de muncă din alte republici sovietice. După o perioadă de stabilizare din anii 1981–1988, acesta iarăși prezintă valori pozitive în creștere, după care scade constant. Începând cu anul 1999, în țară se înregistrează un spor natural negativ, ca rezultat al diminuării dramatice a natalității și al intensificării migrației. În 2011, valorile sporului natural se îmbunătățesc ușor, datorită structurii populației fertile, formate la acel moment din generațiile numeroase născute în perioada 1985-1987, dar este o situație temporară, întrucât din 2012, sporul negativ este în continuă creștere: -67 în anul 2011, -125 în 2012, -189 în 2013, -878 în 2014 (Figura 6.2.). Acest fapt se datorează schimbărilor de generații în structura populației fertile – în componența acesteia acum intră generațiile reduse născute în anii '90. Astfel, sporul negativ este susținut de numărul redus al nașterilor și de migrația intensă a populației tinere și celei adulte.

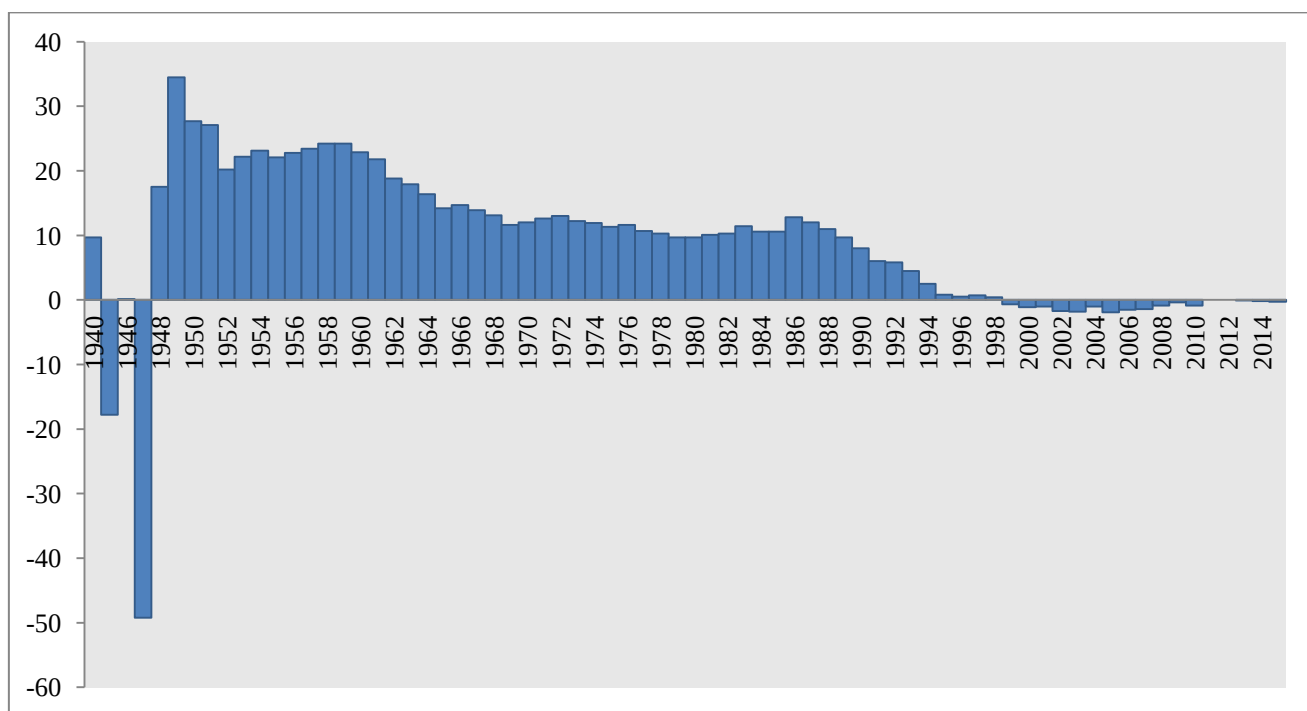


Fig. 6.2. Dinamica sporului natural în RM, a. 1940–2015 (abs.)

Aceste date demonstrează că populația RM se află în condițiile unei insuficiențe de înlocuire a generațiilor, nemaivorbind de creșterea numărului de locuitori. Este evident faptul că numărul decedaților e mai mare decât cel al nou-născuților, iar acesta nu este determinat de creșterea mortalității populației, al cărei indicator este relativ constant pe parcursul întregii

perioade (rata mortalității generale variază între 10,0‰ și 12,0‰), ci în mod direct de numărul redus de nașteri (Figura 6.3.). În aceste condiții grave, prognozele demografice prevăd o îmbătrânire demografică și depopularea țării.

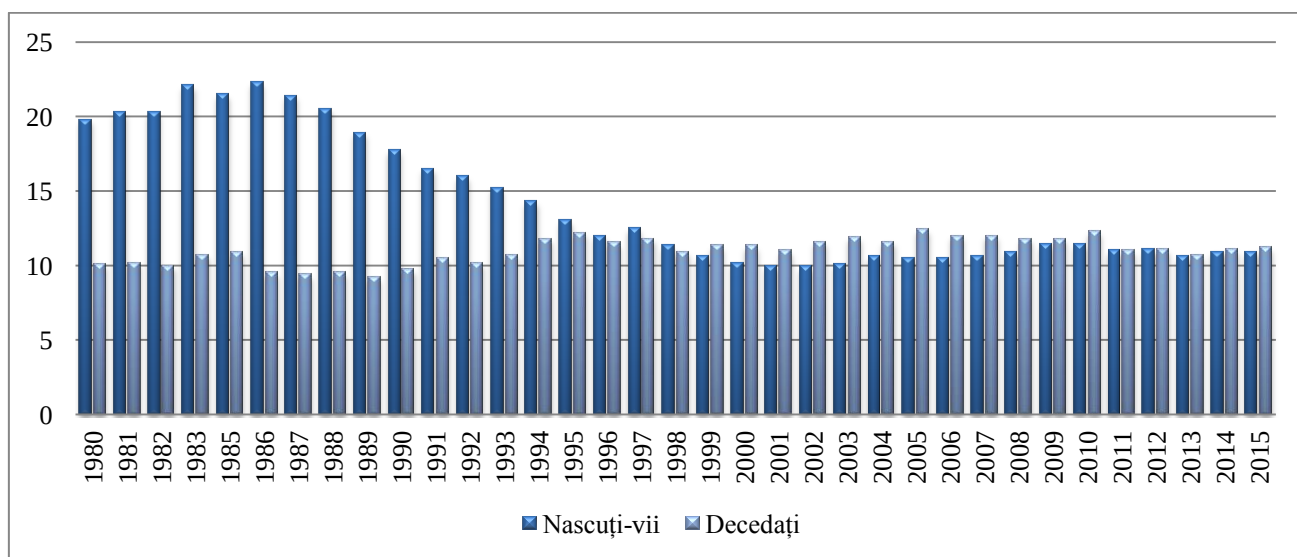


Fig. 6.3. Evoluția ratelor natalității și mortalității generale, RM, a. 1980-2014 (‰)

Natalitatea constituie fenomenul demografic de bază, deoarece aceasta determină în mod direct numărul și structura unei populații, precum și mișcarea naturală demografică. În RM, natalitatea a cunoscut o evoluție destul de variată pe parcursul ultimului secol, urmând tendințele demografice globale, dar într-un ritm mult mai rapid. În prezentul studiu ne-am propus să analizăm evoluția fenomenului natalității pe parcursul ultimelor patru decenii, urmărind elucidarea particularităților natalității și tendințele viitoare.

Analizând evoluția ratei natalității în retrospectivă, putem observa că, în anii '50 ai secolului trecut, RM s-a caracterizat prin cel mai înalt indice al natalității din tot spațiul european – 38,9‰. Pe parcursul anilor 1950–1980, nivelul natalității a scăzut de două ori, menținându-se în perioada 1980–1990 la nivelul de 19,4-21‰. În următoarele decenii (1990–2010), rata natalității scade de încă două ori, până la valoarea de aproximativ 10,0‰, iar după o ușoară creștere până la 11,5‰ în anii 2009–2012, aceasta se micșorează din nou la valoarea de 10,6-10,9 ‰ în anii 2013–2014. Astfel, putem concluziona că, din 1950 până în prezent, rata natalității în Moldova a scăzut de 3,9 ori, ritmul de reducere fiind mult mai intens decât în alte țări europene în aceeași perioadă.

Conform datelor statistice disponibile, cu începere din anul 1940, cele mai înalte cote ale numărului de nașteri în RM s-au înregistrat în anii 1950 – 91 137 de nașteri și în 1986 – 94 726 de nașteri, iar începând din 1987, observăm o descreștere abruptă a numărului de nașteri: de la

91 762 de nașteri în 1987 până la 77 085 în 1990, 56 411 în 1995 și până la 36 939 de nașteri în anul 2000.

Pe parcursul ultimilor 14 ani, numărul nașterilor s-a stabilizat între 40 474 în anul 2010 și 38 616 în 2014, cu o rată a natalității mai sporită în mun. Chișinău și RDD Sud, dar mai scăzută în RDD Nord a țării. Scăderea drastică a numărului de nașteri începând cu anul 1990 se datorează migrației masive a populației adulte și celei tinere de vârstă reproductivă, dar și schimbărilor economice, sociale și politice care au avut loc în țara noastră. Stabilirea numărului de nașteri la un nivel mai înalt este datorată structurii populației feminine fertile favorabile, compuse de generațiile mari născute înainte de anul 1990. Totuși, în mod similar, numărul de nașteri va descrește în următoarele decenii, odată ce în structura populației fertile vor intra generațiile reduse născute după anul 1990. Analiza acestor date statistice relevă faptul că în evoluția natalității, în RM se menține o scădere persistentă și continuă a ratei natalității. Spre regret, această situație nu este caracteristică doar țării noastre, ci și foarte multor țări din lumea întreagă. De exemplu, doar pe parcursul anilor 1960–2010, rata natalității globale a scăzut de la 35‰ la 20‰, iar în 2014 aceasta constituia deja 18,7‰.

Nivelul natalității este determinat în mod direct de intensitatea fertilității, astfel stabilindu-se o legătură foarte strânsă între aceste două componente demografice. Așadar, fertilitatea este un proces decisiv în structura fenomenelor demografice. Studiul fertilității populației este important pentru cercetarea fenomenului demografic din RM, deoarece aceasta permite o analiză mai complexă privind situația reproductivă a populației.

Analiza ratei fertilității ne permite să observăm cu o precizie mai înaltă evoluția dezvoltării demografice a societății moldovenești și să identificăm acțiuni adecvate pentru asistența mamei și copilului. Tendința de evoluție a fertilității în RM, pe parcursul ultimelor decenii, se înscrie în tabloul european de descreștere a fertilității generale, cu unele particularități specifice. Astfel, în anul 2012, rata totală de fertilitate a constituit 1,28; în 2013 – 1,24 și în 2014 – 1,26 copii/femeie de vârstă fertilă, pe când rata brută a natalității a fost mai mare – 11,1 în 2012; 10,6 în 2013 și 10,9 nou-născuți la 1000 de locuitori în 2014 (Figura 6.4.).

Analiza retrospectivă a evoluției ratei fertilității arată o creștere dinamică în perioada 1982–1987, atingând o cotă maximă unică în istoria țării de 2,8 copii pentru fiecare femeie de vârstă fertilă în 1986. Începând cu anul 1988, se conturează clar un declin al fertilității populației feminine, iar după anul 2000, rata fertilității se stabilizează, cu mici variații, la același nivel: 1990 – 2,390; 2000 – 1,286; 2010 – 1,309; 2014 – 1,279. Totuși, deja de aproape două decenii aceasta înregistrează mai puțin de 2 copii pentru fiecare femeie de vârstă fertilă.

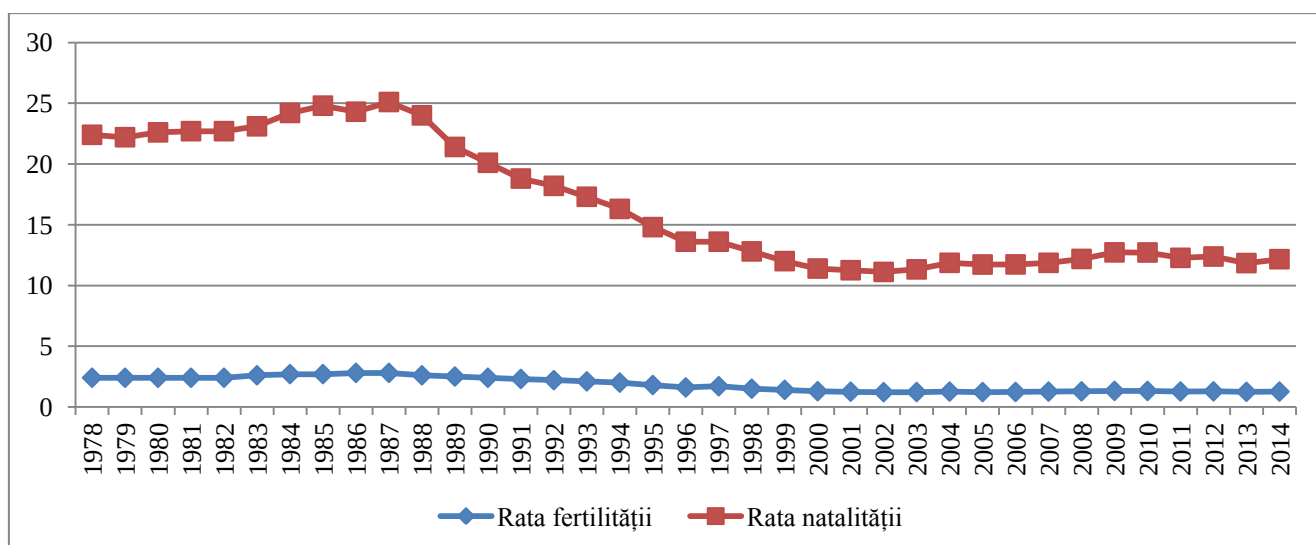


Fig. 6.4. Evoluția ratelor brute de fertilitate și natalitate, RM, a. 1978–2014
(la 1000 de nou-născuți vii)

Rata de fertilitate de circa 2,1 copii/femeie constituie nivelul de înlocuire a generațiilor. Așadar, pentru a asigura stabilitatea numărului populației prin înlocuirea părinților în cadrul populației, este necesară o rată totală de fertilitate mai mare de 2,0 (câte un copil pentru fiecare părinte). În același timp, trebuie să menționăm și tendința demografică conform căreia în lume se nasc mai mulți bărbați decât femei și nu toate femeile supraviețuiesc până la încheierea perioadei fertile. În Moldova, această tendință înregistrează o diferență anuală în medie cu 1000 de băieței mai mulți decât fetele născute pe parcursul unui an (Anexa 8, Tabelul 1). Cu regret, după cum am văzut din evoluția indicatorului de fertilitate, constatăm că în RM nu se atinge nici măcar acest nivel minim, iar pe viitor consecințele vor fi inevitabil mai grave – reducerea în continuare a numărului de nașteri și îmbătrânirea populației.

Tabloul demografic din RM demonstrează legătura strânsă dintre fertilitate și natalitate. Este evident faptul că reducerea ratei de fertilitate a contribuit în mod direct la scăderea ratei natalității, după cum am putut vedea mai sus. Întrucât natalitatea este expresia produsului fertilității, evoluția acestor indicatori arată prevalența fertilității în evoluția demografică.

Studiul fertilității presupune și realizarea unei repartizări pe grupe de vârstă a populației feminine fertile. Astfel, obținem rata specifică de fertilitate, care ne permite să observăm prin comparație comportamentul reproductiv la diferite grupe de vârstă. Repartizarea pe grupe de vârstă a populației feminine fertile constituie un criteriu esențial în analiza fertilității și a evoluției demografice în cadrul unei comunități, întrucât surprinde etapele principale în realizarea potențialului reproductiv și permite prognozarea pe termen scurt, în termene cât mai reale, a numărului de nașteri.

Pe parcursul ultimelor trei decenii, rata specifică de fertilitate în RM a înregistrat schimbări semnificative. În comparație cu indicatorii din anii 1984–1987, când aveam cel mai mare număr de nașteri și, respectiv, rata de fertilitate era înaltă, situația actuală prezintă pierderi irecuperabile ale ratei specifice de fertilitate la toate grupele de vârstă. Astfel, în anul 1985, cea mai înaltă rată specifică de fertilitate se înregistrează în grupa de vârstă 20–24 de ani – 208,28, fapt ce denotă că populația feminină din această grupă de vârstă prezintă șanse de nașteri în continuare în următorii ani de viață. Aceasta se menține în grupa de vârstă 25–29 de ani – 159,16; cu diminuare la 30–34 de ani – 82,06; 15–19 ani – 41,35; 35–39 de ani – 37,31; 40–44 de ani – 6,28 și 45–49 de ani – 0,46, reprezentând o structură favorabilă creșterii numărului de populație. În anii '90 ai secolului trecut se produc schimbări majore în structura fertilității specifice pe vârste, la unele grupe se înregistrează reduceri ale ratei chiar și de două ori (grupa de vârstă 20–24 de ani: anul 1990 – 203,79; anul 2000 – 103,65; grupa de vârstă 25–29 de ani: anul 1990 – 115,72; anul 2000 – 67,8). Anii 2001–2007 sunt o perioadă critică în evoluția acestui indicator, dar, începând cu 2009, se observă o ușoară creștere și o stabilizare a ratei specifice de fertilitate, iar în 2014 se înregistrează următoarele valori: grupa de vârstă 15–19 ani – 26,73; 20–24 de ani – 79,25; 25–29 de ani – 76,41; 30–34 de ani – 48,24; 35–39 de ani – 20,69; 40–44 de ani – 4,23 și 45–49 de ani – 0,15 (Anexa 8, Tabelele 2, 3).

Astfel, observăm că rata fertilității este determinată, pe lângă alți factori socioeconomi, de structura pe sexe și pe vârste a populației și de vârsta mamei la naștere. În ultimele decenii se observă o creștere a vârstei mamei la prima naștere, fapt ce afectează, în mod proporțional, reducerea numărului de copii pe care femeia îi poate avea pe parcursul vieții. Începând cu anul 2000, scade numărul femeilor cu vârsta la naștere sub 20 de ani (1992 – 11084 de femei, 2000 – 6260 de femei, 2014 – 2961) și al celor cu vârsta cuprinsă între 20–24 de ani (1990 – 29546 de femei, 2000 – 15660 de femei, 2014 – 11795). Ponderea femeilor cu vârste de 25–35 de ani în structura nașterilor era destul de înaltă la începutul anilor '90, după care a scăzut drastic.

Totuși, începând cu anul 2010, se observă o tendință de creștere a acestor categorii în structura nașterilor: femei cu vârsta cuprinsă între 25–29 de ani: anul 2000 – 8974, 2014 – 13352; femei cu vârsta cuprinsă între 30–34 de ani: anul 2000 – 3921, 2014 – 7260; cele cu vârsta cuprinsă între 35–39 de ani: anul 2000 – 1700, 2014 – 2728. Ponderea femeilor cu vârsta între 40–44 de ani s-a redus după anul 1990, iar începând cu anul 2000, aceasta se menține între valorile 400–500, cu mici variații: în 1990 – 855, în 2000 – 397, în 2014 – 502 (Figura 6.5).

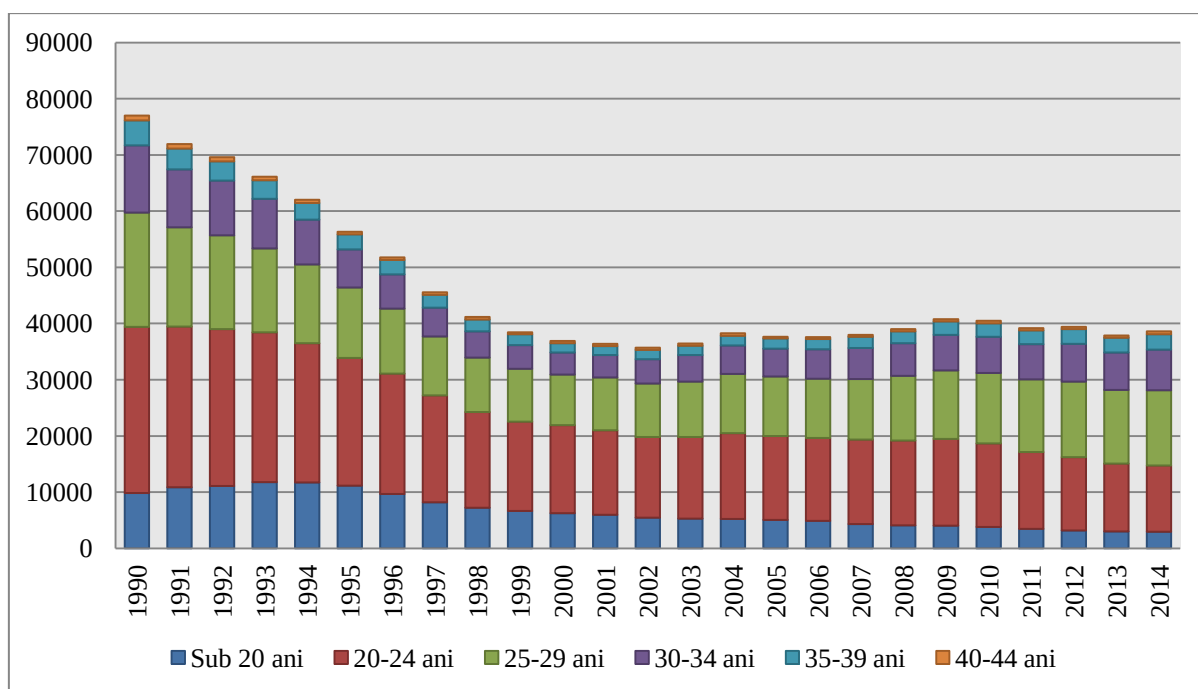


Fig. 6.5. Numărul nașterilor după vârsta mamei la naștere, RM, a. 1990–2014 (abs.)

Aceste schimbări în structura de vârstă a mamelor la naștere pot fi explicate prin modificările comportamentului populației de vârstă reproductivă – creșterea vârstei la căsătorie, emanciparea feminină, interesul prioritar pentru studii și carieră în defavoarea nașterii copiilor, amânarea nașterii până la obținerea unei stări materiale favorabile sau după realizarea profesională ș.a. Toate acestea sunt determinate de fenomenul de globalizare și dezvoltare tehnico-științifică, fiind caracteristice nu doar țării noastre, dar mai multor țări dezvoltate și în curs de dezvoltare. Cu regret, aceste tendințe comportamentale vor persista și pe viitor, fiind determinate de: cerințele în creștere de pe piața muncii, așteptările înalte ale populației tinere, schimbările care au intervenit în viața profesională, economia de piață, abundența bunurilor materiale și explozia posibilităților de petrecere a timpului liber, când copilul ocupă un alt loc în viața părinților, intrând într-o adevărată competiție cu tot ce a creat și creează societatea de consum.

Structura populației pe grupe de vârstă este determinată de mai mulți factori. În condițiile actuale, rata natalității rămâne a fi joasă, dar se observă totuși, în ultimii ani, o ușoară creștere a numărului de nașteri, în comparație cu anii '90. Acest fapt se datorează structurii favorabile a populației pe vârste, în mod special majorării numărului de femei în vârstă de 20–29 de ani, care este format din generația numeroasă de copii născuți în anii 1982–1987.

În anul 2013, din numărul total de nou-născuți vii, circa 74% sunt născuți de mame cu vârsta de până la 30 de ani. Vârsta medie a mamei la prima naștere a fost de $23,9 \pm 1,08$ ani, iar

pentru mamele tinere (15–29 de ani), aceasta a constituit $23,1 \pm 1,11$ ani. Din punctul de vedere al stării civile, în anul 2013, numărul copiilor născuți de mame tinere în afara căsătoriei a fost de 6312 sau 22,4% din numărul total al nou-născuților vii de mame cu vârsta de 15–29 de ani.

În același an, s-au încheiat 24,4 mii de căsătorii, dintre care 68,7% de către persoane tinere cu vârsta cuprinsă între 16 și 29 de ani. Cei mai mulți bărbați care s-au căsătorit în această perioadă aparțin grupei de vârstă 25–29 de ani (38,6%), iar femeile – din grupei de 20–24 de ani (43,5%). Vârsta medie la prima căsătorie pentru bărbați este de 26 de ani, iar pentru femei este de 23 de ani. Totodată, ponderea primelor căsătorii înregistrate la vârsta de 16–29 de ani în totalul căsătoriilor încheiate pentru prima dată este în descreștere, inclusiv tot mai puțin frecvente sunt cazurile de căsătorii timpurii (16–19 ani). În același timp, ponderea tinerilor care se căsătoresc la vârsta de 25–29 de ani a crescut cu 5,5 puncte procentuale. Acest aspect merită să fie luat în considerare, pentru că afectează în mod direct comportamentul reproductiv al populației și realizarea potențialului de fertilitate. Astfel, creșterea vârstei mamei la prima naștere și majorarea vârstei tinerilor la încheierea căsătoriei reduc esențial potențialul fertilității.

Creșterea numărului de nașteri în viitorul apropiat este incertă. Astăzi nu există niciun factor care ar putea stopa declinul continuu al numărului populației, dimpotrivă, tendințele și caracteristicile întregii construcții demografice sunt un argument pentru continuarea procesului de depopulare la nivel mondial. Este puțin probabil că în viitorul apropiat țara noastră va dispune de resurse economice care ar putea îmbunătăți nivelul de trai al populației. În același timp, nu există nicio certitudine că tinerele cupluri vor reacționa pozitiv la măsurile stimulative întreprinse de către stat. Comportamentul demografic al tinerilor în prezent este într-o schimbare profundă, care afectează atitudinile lor față de căsătorie, viața sexuală, familie și copii.

Declinul demografic cu care se confruntă RM este accentuat și de migrație. Transformările profunde din sistemul sociopolitic din țara noastră, dreptul la libera circulație al cetățenilor, precum și declinul economic, nivelul scăzut de trai al populației, inclusiv sărăcia, șomajul de termen lung, au generat, începând cu anii '90, migrația externă masivă. Evoluția migrației externe depinde, în primul rând, de forța factorilor de atracție și de respingere, care preponderent sunt nu numai de caracter economic, dar și constituie un rezultat al conflictelor militare care au loc, în ultimii ani, în diferite regiuni ale lumii. Trebuie de menționat că o perioadă îndelungată, statul nu a recunoscut politic importanța acestui proces, nu au fost abordate politici coerente de gestionare a acestei probleme, iar consecințele migrației au atins cote destul de serioase.

Până în prezent, statul nu dispune de cifre reale, de date statistice ale persoanelor plecate peste hotare. Datele Recensământului din anul 2014 și ale altor structuri de stat, responsabile de procesele migraționale, nu corespund situației reale. Există un șir de surse de date interne și

externe ce conțin informații cu privire la migrația cetățenilor moldoveni, totuși niciuna dintre acestea nu este suficient de fiabilă, pentru a putea aprecia numărul de emigranți internaționali sau circularitatea mișcărilor migraționale temporare, care de asemenea sunt importante și relevante pentru politicile din domeniul dat. Actualmente, aproximativ 840 000 de cetățeni ai RM se află în afara hotarelor țării, iar jumătate dintre ei sunt femei de vârstă reproductivă.

Biroul Național de Statistică (BNS) al RM prezintă anual două tipuri ale numărului populației: populația stabilă (de jure), care include persoanele cu domiciliul stabil în țară, inclusiv persoanele temporar absente, și populația prezentă (de facto), care include doar persoanele care se află în țară, inclusiv cele cu domiciliu temporar. Este necesar de a sublinia că estimările anuale ale numărului populației stabile se fac în continuare în baza Recensământului populației din 1989, pe când calculul numărului populației prezente se bazează pe rezultatele Recensământului din 2004 (pentru anii 2005–2006, BNS a majorat numărul populației, probabil din cauza necesității de a corecta rezultatele definitive ale Recensământului din 2004). După anul 2004, aceasta este unica diferență dintre cele două tipuri ale numărului populației, deși, având în vedere definițiile lor, ele trebuie să difere prin fluxurile migraționale ce se iau în calculul acestora. După Recensământul din 2004 nu a fost efectuată nici recalcularea numărului populației stabile, nici a celei prezente pentru perioada intercenzitară 1989–2004. Rezultatele preliminare ale Recensământului din 2014 demonstrează clar o supraestimare semnificativă a numărului populației prezente, care, în pofida sporului natural negativ și migrației masive, nu diferă deloc de numărul populației înregistrat la Recensământul din 2004. Situația este și mai neclară în privința calculării numărului populației stabile, deoarece rezultatele Recensământului din 2004 nici nu au fost luate în considerare.

Categoria emigranților stabiliți conform criteriilor naționale, numiți „emigranți definitivi” sau „emigranți documentari”, este luată de BNS în calculul populației stabile și a celei prezente. Totodată, în RM există și alte surse de date cu privire la numărul emigranților în conformitate cu criteriile europene, adică bazate pe noțiunea de „reședință obișnuită”. Dacă în anul 2009, conform statisticii oficiale, pierderile migraționale au constituit circa 2000 de persoane, atunci, doar conform statisticilor din Rusia și Italia (două țări cu cel mai mare număr al emigranților din RM), exodul moldovenilor în acel an a constituit peste 32 000 de persoane, diferența fiind de 30 000. Datele statistice ale acestora rar pot fi comparate cu informația statistică referitoare la traversarea frontierei de stat prezentată de Serviciul Grăniceri, accesibilă în cadrul Sistemului Informațional Integrat Automatizat Migrație și Azil „SIIAMA” din 2009.

Estimările de alternativă ale populației prezente în baza datelor recensămintelor din anii 1989 și 2004, a statisticii vitale și a datelor privind migrația internațională calculată conform standardelor europene în baza datelor despre traversarea frontierei de stat prezintă însă o altă situație [254].

Este necesar de menționat că rezultatele Recensământului din 2014 sunt preliminare și se referă la populația stabilă, adică includ și numărul cetățenilor RM care la momentul recensământului au fost temporar absenți (11% din numărul total). Totodată, rezultatele preliminare ale acestui recensământ reprezintă continuarea logică a celor din 2004 și, cu siguranță, după ajustare, acestea trebuie incluse în calcularea numărului populației stabile și al celei prezente.

Migrația este o problemă socială ce a atins proporții îngrijorătoare până în prezent. Fiind un factor important de dezvoltare a populației, aceasta alimentează declinul demografic din țara noastră. Din păcate, nu există premise pentru a ne aștepta la o atenuare a acestui proces – cetățenii Moldovei continuă să plece peste hotare din necesitatea unui loc de muncă bine plătit și a condițiilor de trai mai bune, iar tot mai mulți tineri pleacă să studieze peste hotare și rămân să lucreze acolo, pentru oportunități mai mari. Cele câteva sute de mii de moldoveni care practică migrația pe perioade scurte de timp, de obicei în Rusia, sunt angajați în munci grele și cu condiții de muncă nefavorabile. Astfel, crește riscul de a dezvolta diverse afecțiuni de sănătate, inclusiv reproductive. În mod evident, migrația populației este o pierdere a potențialului demografic pentru țara noastră – o mare parte dintre migranți își iau și copiii peste hotare sau nasc copii în țările de destinație, contribuind la creșterea natalității din țara respectivă. Pentru Moldova însă, acest proces accelerează depopularea și îmbătrânirea populației.

Migrația produce implicații importante asupra ratei natalității. În fluxurile migraționale predomină persoanele tinere în vârstă de 18-40 de ani, migrația temporară deseori devenind definitivă, deci este o pierdere directă a populației, însă ceea ce e mult mai important sunt efectele negative în timp ale deteriorării structurii pe vârste a populației. Ruperea relațiilor familiale și amploarea migrației feminine conduc la pierderea nașterilor în urma realizării incomplete a orientărilor reproductive.

Structura populației pe sexe și pe vârste este estimată anual de BNS doar pentru populația stabilă, iar aceasta se utilizează pentru toate calculele oficiale ale indicatorilor economici și sociodemografici. Totodată, statistica vitală a populației RM se referă la populația prezentă și include decesele și nașterile înregistrate pe teritoriul țării.

Luând în considerare discrepanța enormă dintre numărul populației stabile și al celei prezente, se înțelege că are loc subestimarea ratelor de fertilitate și de mortalitate. În Tabelul 6.1 este prezentată rata totală a fertilității și speranța de viață la naștere, fiecare fiind estimată în baza datelor oficiale cu privire la populația stabilă, și aceiași indicatori estimați, însă în baza datelor de alternativă privind populația prezentă.

Actualmente, statistica oficială nu oferă date fiabile cu privire la numărul populației, ceea ce distorsionează situația demografică a țării în ansamblu, inclusiv prognozele demografice. Astfel, instituțiile de stat nu dispun de o bază statistico-informațională necesară pentru planificarea bugetului de stat, distribuția produsului național, politicilor sociale și fiscale, pentru prognozarea pieței forței de muncă etc. În circumstanțele socioeconomice actuale, țara are nevoie de estimări reale ale măsurilor anticriză, iar în condițiile declinului demografic și îmbătrânirii populației doar în baza prognozelor demografice fiabile pot fi elaborate politici adecvate de adaptare a societății la o nouă structură demografică.

Astăzi, experiența țărilor dezvoltate economic demonstrează importanța cunoașterii profunde a evoluției prospective a populației, care devine tot mai necesară, constituind baza elaborării strategiilor de dezvoltare economică și socială în diferite țări. În acest context, prognoza demografică reprezintă o resursă strategică fundamentală – unul dintre principalii factori de progres și creștere economică [254].

Tab. 6.1. Estimări ale ratei totale a fertilității și ale speranței de viață la naștere cu privire la populația stabilă și estimări de alternativă cu referire la populația prezentă, RM, a. 2012

	În baza datelor oficiale ale numărului populației	În baza estimărilor de alternativă ale numărului populației	Diferența
Rata totală a fertilității (la 1000 n/v)	1,28	1,65	+0,37
Speranța de viață la naștere, bărbați (ani)	67,24	64,46	-2,78
Speranța de viață la naștere, femei (ani)	74,99	73,2	-1,79
Populația totală (mii de persoane)	3559	2892	-667

Tendențele nefavorabile ale dezvoltării demografice în RM, inclusiv ale comportamentului reproductiv al populației, dictează o necesitate acută de elaborare a unor prognoze demografice. Din aceste considerente, susținem oportunitatea unei analize exhaustive a situației demografice din țara noastră, în vederea realizării unei prognoze a numărului și a

structurii pe vârste și pe sexe a populației RM pentru următoarele decenii, fapt ce va permite trasarea unor acțiuni eficiente de reducere a mortalității materne la nivel instituțional și la nivelul sistemului de ocrotire a sănătății mamei și copilului.

6.2. Prognoza numărului și a structurii pe vârste și pe sexe a populației Republicii Moldova, anii 2014–2035

Prognozele demografice reprezintă evaluări ale parametrilor de dezvoltare a populației țării în viitor, în baza ipotezelor selectate. Acestea se clasifică în reale, care sunt direcționate spre o previziune mai exactă a schimbărilor demografice ulterioare, și analitice, al căror scop principal constă în studierea impactului natalității, mortalității și migrației asupra efectivului și structurii populației. De fapt, prognozele reale în literatura din domeniu sunt numite „prognoze demografice” (forecast), iar cele analitice – „evaluări de perspectivă ale populației” (population projection).

În acest subcapitol ne-am propus să efectuăm prognoza analitică a numărului și a structurii pe vârste și pe sexe a populației RM pentru perioada 2014-2035. Anul 2013 reprezintă anul de referință, fiind utilizate datele oficiale disponibile cu privire la componența și structura populației din acest an.

Rezultatele prognozei numărului populației Republicii Moldova (2014–2035). Prognoza demografică pentru RM include trei scenarii – *înalt*, *mediu* și *jos*, elaborate în urma combinării ipotezelor cu privire la natalitate, fertilitate, mortalitate și migrație.

Este important de a sublinia faptul că, până în prezent, încercările de prognozare a populației au fost efectuate fără a lua în calcul componenta migrației, bazându-se doar pe evoluția natalității și mortalității, fiind astfel supraestimat numărul populației. Însă, în condițiile actuale, migrația este un factor decisiv ce afectează numărul populației stabile și, ulterior, numărul de nașteri pe viitor. Sporul migrațional s-a dezvoltat activ în ultimele două decenii și continuă să crească. În acest context, la elaborarea scenariilor de prognozare demografică am inclus și pierderile migraționale. Astfel, prin acest studiu ne-am propus să reflectăm o prognoză cât mai aproape de realitatea RM, care să permită trasarea unor acțiuni corecte de politici sociale.

Aplicând cele trei scenarii, ce reprezintă niște estimări de referință privind rata fertilității, speranța de viață la naștere și pierderile migraționale, am realizat prognoza numărului populației, dar și a structurii pe vârste și pe sexe a populației țării.

Toate scenariile de prognozare demografică indică o descreștere a populației țării, iar ritmul în care se va desfășura acest proces este determinat de evoluția principalilor indicatori demografici. Astfel, în conformitate cu scenariul jos, unde, după ipotezele propuse și reflectate în

capitolul *Materiale și metode de cercetare*, rata totală a fertilității va rămâne la același nivel cu cea din anul 2012 (1,28), inclusiv cu aceeași structură de vârstă a fertilității, cu o creștere anuală a speranței de viață de 0,2 ani la ambele sexe și o pierdere migrațională pe an de 0,6%, numărul populației RM va fi de 2 936 000 de persoane (Anexa 8, Tabelele 5, 10).

Scenariul mediu, conform ipotezelor înaintate, presupune că, spre sfârșitul perioadei prognozate, rata totală a fertilității se va mări până la 1,6 copii la o femeie, creșterea anuală a speranței de viață la naștere se va menține la 0,2 ani la ambele sexe și cu o pierdere migrațională anuală de 0,3%, numărul populației va constitui 3 146 000 de oameni (Anexa 8, Tabelele 5, 9).

Prognozele pentru scenariul înalt, conform ipotezelor înaintate de mărire a ratei totale până la 1,8 copii la o femeie, cu o creștere anuală a speranței de viață la naștere cu 0,4 ani și pierderi migraționale anuale minimale de 0,1%, prezintă populația RM în număr de 3 400 000 de oameni (Figura 6.6; Anexa 8, Tabelele 5, 11).

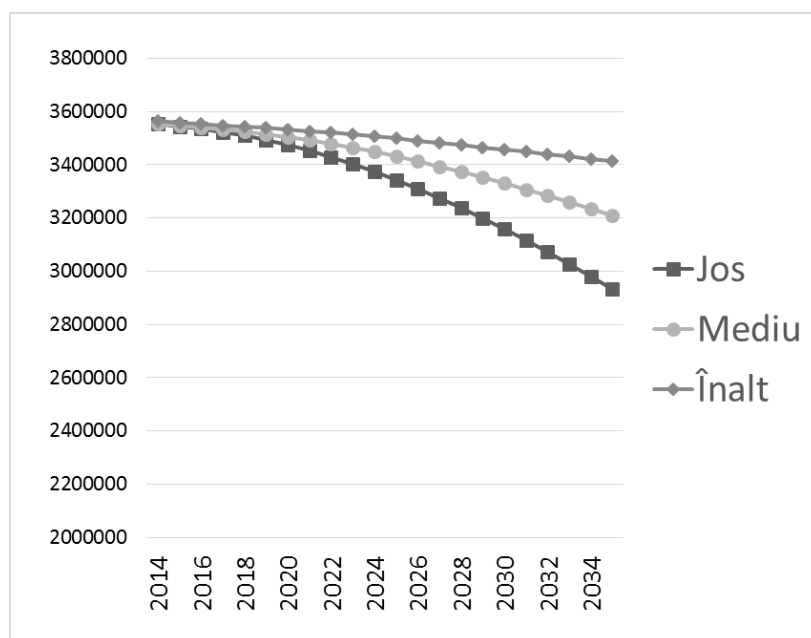


Fig. 6.6. Numărul prognozat al populației, de ambele sexe, conform celor trei scenarii

Concomitent cu modificările numărului populației, se vor produce și modificări esențiale în structura de vârstă. Astfel, conform scenariului mediu, cota fetițelor (0-14 ani) în structura generală a populației va coborî de la 15% în 2013 până la 11-13% în 2035, pe când cota băieților în aceeași perioadă se va reduce de la 17% până la 13-14%. Totodată, numărul populației adulte cu vârsta mai mare de 65 de ani va crește semnificativ: către anul 2035, femeile cu vârsta peste 65 de ani vor constitui 22-24% din numărul total al populației (comparativ cu 12% în 2013), iar bărbații din aceeași categorie de vârstă vor alcătui aproximativ 14-16% din populația totală (în 2013 – 8%).

În contextul îmbătrânirii demografice, populația aptă de muncă (cu vârsta cuprinsă între 15-64 de ani) se va reduce în rândul bărbaților de la 75% (în 2013) până la 70-73% (în 2035), iar în rândul femeilor – de la 73% (în 2013) până la 64-67% (în 2035), (Figura 6.7; Anexa 8, Tabelele 5, 6, 10-13).

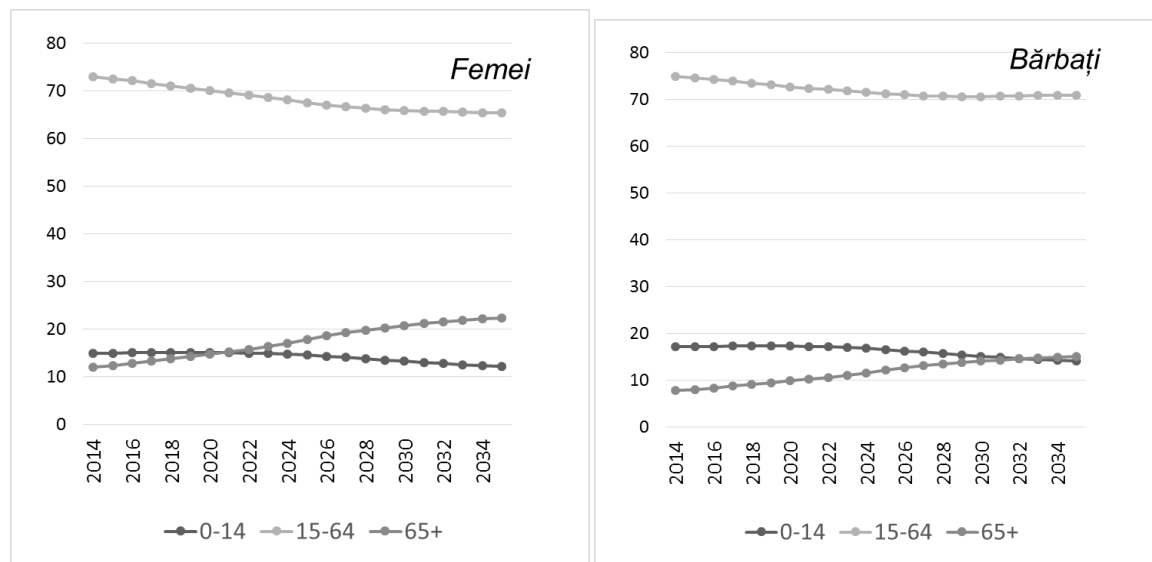


Fig. 6. 7. Populația prognozată în grupele de vârstă și pe sexe conform scenariului mediu

Toate cele trei modele de prognoză prezintă o reducere considerabilă a numărului populației feminine de vârstă reproductivă (15–49 de ani). Cu regret, aceasta se va întâmpla chiar și în condițiile de creștere probabilă a ratei totale a fertilității până la 1,8, presupusă de scenariul înalt. Această schimbare inevitabilă este o consecință directă a structurii caracteristice de vârstă a populației, care s-a constituit la moment. Astfel, numărul femeilor cu vârsta de 15–49 de ani, ce reprezintă potențialul reproductiv al populației țării, se va reduce de la 954 000 în 2013 până la 670 000 (scenariul jos), respectiv 748 000 de persoane (scenariul înalt), (Figura 6.8).

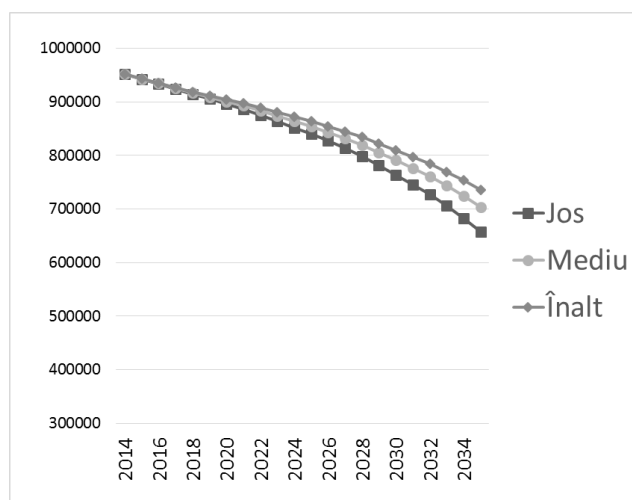


Fig. 6.8. Numărul prognozat al femeilor de vârstă reproductivă (15–49 de ani) conform celor trei scenarii

Inevitabil, aceste modificări vor cauza, la rândul lor, alte devieri în structura de vârstă a populației. Scăderea numărului femeilor de vârstă reproductivă va conduce în mod direct la reducerea cotei potențialelor mame din grupa de vârstă 15–24 de ani până în anul 2020, cu o ușoară restabilire până la finalul perioadei prognozate (de la 28% în 2013 până la 20% în 2023 și 24% în anul 2035, conform scenariului mediu). În mod similar, cota potențialelor mame din grupa de vârstă de 25–34 de ani va începe să scadă rapid după anul 2020: de la 34% în 2013 până la 22% către 2035. În consecință, creșterea acestor două grupe de vârstă va determina sporirea rapidă a numărului femeilor de vârstă reproductivă mai înaintată (35–49 de ani), (Figura 6.9). Conform scenariului mediu, cu începere din anul 2020, femeile din această categorie vor constitui peste 50% din totalul populației feminine de vârstă fertilă. Odată cu înaintarea în vârstă, probabilitatea nașterilor în aceste grupe ale populației feminine se reduce.

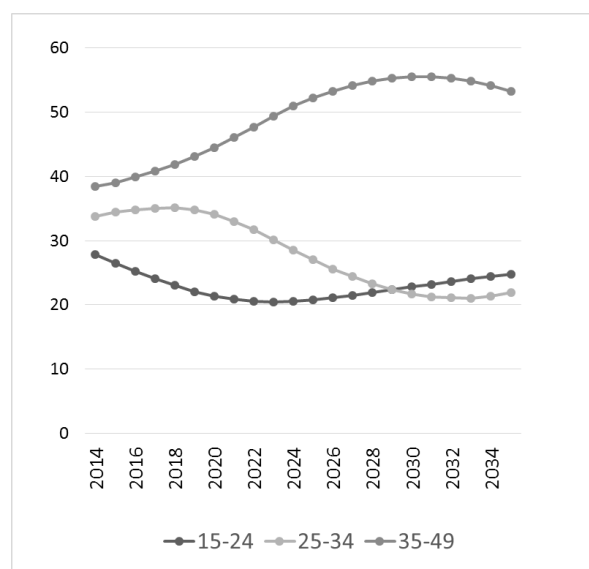


Fig. 6.9. Populația feminină pe grupe de vârstă reproductivă, prognozată conform scenariului mediu

Impactul acestor modificări în structura de vârste va fi considerabil pentru reducerea numărului de nou-născuți vii, determinând scăderea natalității (Figura 6.10).

Având în vedere faptul că numărul de nașteri cu duplex variază în majoritatea țărilor europene de la 0,7% până la 1,5% (media = 1,1%), estimativ în RM se așteaptă următorul număr de nașteri, conform scenariilor propuse (Tabelul 6.2).

Datele prognozelor efectuate ne demonstrează că în următoarele două decenii vom avea o reducere a numărului populației (scenariu mediu) de circa 300 000 de persoane, sau câte 150 000 pe parcursul unui deceniu. Este necesar de a atrage atenția asupra faptului că dacă numărul total al populației feminine, conform aceluiași scenariu, va scădea cu 8,8% (1843,8 în 2014; 1680,5 în

2035), atunci în categoria femeilor de vârstă reproductivă (15–49 de ani), această scădere va fi de o pătrime – 26% (951 000 în 2014; 704 000 în 2035).

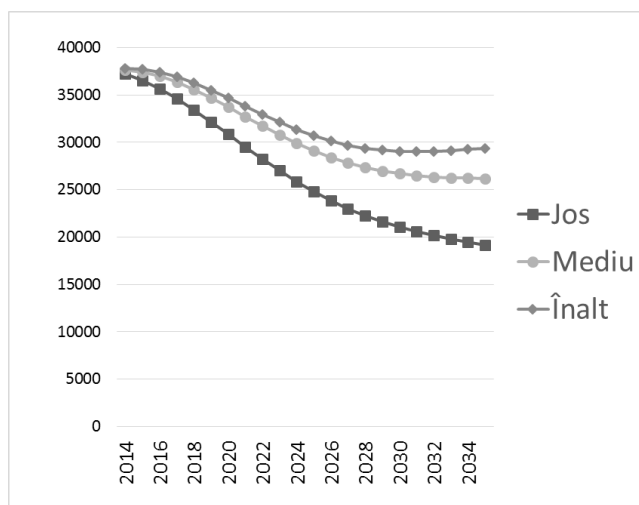


Fig. 6.10. Numărul prognozat al nou-născuților vii conform celor trei scenarii

Tab. 6.2. Numărul prognozat de nașteri conform celor trei scenarii, anii 2025, 2030, 2035

Anul	Scenariul jos	Scenariul mediu	Scenariul înalt
2025	24 700 de nașteri	29 000 de nașteri	30 600 de nașteri
2030	21 000 de nașteri	26 600 de nașteri	28 900 de nașteri
2035	19 000 de nașteri	26 100 de nașteri	29 300 de nașteri

În situația prognozată, chiar dacă rata totală de fertilitate va crește până la 1,8 (conform scenariului înalt), aceasta va atrage după sine reducerea numărului de nașteri, care, conform prognozelor estimate, se va stabili în jur de 26 000–29 000 de nașteri anual, sau cu 35% mai puțin decât în perioada actuală.

Ținând cont de aceste perspective, destul de pesimiste pentru RM, este absolut necesară planificarea resurselor destinate maternităților din teritoriile administrative ale republicii. O bună parte dintre aceste instituții, cu un număr mic de nașteri, în prezent activează cu o funcție redusă a patului și au o cost-eficacitate financiară negativă, precum și cu riscuri majore de asigurare a calității serviciilor medicale prestate, pe motiv de imposibilitate a dezvoltării tehnologiilor moderne și sistemelor interne de calitate. În consecință, acestea pot determina apariția diverselor complicații obstetrice, inclusiv a mortalității materne.

Altă constatare ce rezultă din studiul efectuat este că în structura femeilor de vârstă reproductivă, spre sfârșitul perioadei estimate (anul 2035) se va majora semnificativ cota femeilor cu vârsta cuprinsă în intervalul 35–49 de ani și, respectiv, se va diminua până la 46% numărul potențialelor mame din grupele de vârstă cuprinse între 15 și 34 de ani.

Predominarea în rândul femeilor de vârstă reproductivă a potențialelor mame cu vârstă de procreare înaintată (de peste 35 de ani), sporește probabilitatea prezenței la aceste femei a ratei diverselor patologii, care sunt în creștere proporțională odată cu vârsta. Aceasta va prezenta riscuri sporite în sarcină și naștere, fapt de care trebuie să se țină cont în dezvoltarea pe viitor a serviciului de asistență a mamei și copilului, în scopul evitării creșterii morbidității și mortalității materne.

Având în vedere cele expuse, putem constata că schimbările în numărul și în structura de vârstă a populației, demonstrate în cadrul studiului de perspectivă, confirmă declinul demografic în care se află RM, iar prognozele nu sunt deloc îmbucurătoare. În același timp, constatăm că, în afară de atitudinea îngrijorătoare față de criza demografică, nu se întreprind acțiuni concrete pentru ameliorarea situației. Mai mult decât atât, nu există un sistem statistic demografic real și prognoze oficiale fiabile pentru a elabora politici adecvate la situația reală. Totodată, după cum am putut observa în cadrul studiului efectuat, unele rezultate științifice obținute în domeniul demografiei sunt contradictorii celor prezentate de structurile oficiale de stat. Astfel, se denaturează rezultatele schimbărilor ce au loc în procesul natural de mișcare a populației, ceea ce nu corespunde definițiilor internaționale și face dificilă elaborarea unor acțiuni de depășire a crizei.

După cum am menționat mai sus, problema demografică este un concept complex, iar obiectul ameliorării ei trebuie tratat cu maximă atenție, în conformitate cu necesitățile stringente ale societății, și orientat, în primul rând, spre îmbunătățirea calității vieții și ridicarea nivelului de trai. De asemenea, obiectul ameliorării crizei demografice trebuie abordat din perspectiva tendințelor viitoare, luând în calcul posibilele consecințe și schimbări de structură demografică.

Accesibilitatea și calitatea serviciului de asistență a mamei și copilului trebuie să fie componente esențiale ale strategiilor de intervenție în situația de criză demografică din țara noastră. La acest nivel se pot redresa factorii de risc, iar de funcționarea eficientă a sistemului depind, în mare parte, indicatorii de rezultat, inclusiv cei de mortalitate maternă.

6.3. Restructurarea serviciului regionalizat de asistență medicală perinatală din Republica Moldova în contextul schimbărilor demografice prognozate

Ameliorarea situației demografice critice din RM necesită o abordare complexă, intersectorială, întrucât această problemă este determinată de mai mulți factori demografici, socioeconomi, politici, culturali ș.a. Principalul indicator de care depinde redresarea declinului demografic este natalitatea. După cum am menționat anterior, rata natalității este în scădere în RM, iar prognozele demografice nu prezintă tendințe de evoluție optimiste. Pentru îmbunătățirea

acestui indicator demografic sunt necesare eforturi consolidate în ceea ce privește asigurarea populației cu condiții mai bune de trai, îmbunătățirea situației economice din țară, protecția socială a tinerilor și a tinerelor familii, crearea condițiilor prielnice pentru creșterea și educarea copiilor, protecția sănătății reproductive, îmbunătățirea accesului la servicii medicale de calitate. În domeniul sănătății, eforturile orientate spre sporirea natalității trebuie să fie axate pe crearea condițiilor favorabile pentru nașterea copiilor, ameliorarea sănătății reproductive a populației, inclusiv prin formarea culturii de planificare a familiei în rândul populației. În acest context, reducerea mortalității materne este esențială pentru a asigura tuturor femeilor gravide acces la servicii medicale de calitate, pentru o sarcină și o naștere fără riscuri, pentru o maternitate fericită.

Totodată, situația demografică din RM solicită revizuirea politicilor de protecție a sănătății și implementarea unor reforme instituționale necesare pentru ajustarea serviciului de asistență medicală la condițiile actuale și la tendințele viitoare.

Declinul demografic și înrăutățirea indicilor sănătății populației, în special a sănătății reproductive, pun în pericol securitatea populației. În acest context, este necesară urgentarea acțiunilor orientate spre stoparea acestor tendințe periculoase. Politica națională în domeniul demografiei trebuie să devină o direcție guvernamentală prioritară, având drept scop crearea unor condiții ce ar asigura dezvoltarea demografică stabilă a RM.

Referințele specialiștilor demografi și prognoza structurii pe vârste și pe sexe a populației din țara noastră până în 2035, pe care am efectuat-o în cadrul cercetării noastre, demonstrează o tendință clară de scădere a natalității. Conform celor trei scenarii de evoluție demografică, chiar și în cazul celei mai optimiste situații (creșterea fertilității până la 1,8), numărul femeilor cu vârsta de 15-49 de ani se va reduce de la 951 000 până la 704 000 de persoane.

Având în vedere aceste cercetări și relatări științifice, în viitorul apropiat, în majoritatea maternităților din raioanele administrative din Moldova se vor înregistra circa 300 de nașteri anual, ceea ce va reduce considerabil capacitatea de lucru a acestor instituții medicale. Acest fenomen negativ se va răsfrânge asupra calității asistenței medicale, deoarece în instituțiile medicale mici este imposibilă și nerentabilă implementarea tehnologiilor medicale performante, atragerea și menținerea numărului necesar de cadre medicale, organizarea sistemului efectiv de control al calității. Mai mult decât atât, analiza cazurilor de mortalitate maternă a dezvăluit faptul că cele mai multe cazuri de decese materne au loc în instituțiile mici, cu o capacitate de cadre și resurse deficitară.

Protecția sănătății mamei și copilului întotdeauna a fost un domeniu prioritar pentru politica socială a statului. Investiția în serviciile de îngrijiri medicale pe perioada maternității

este una dintre cele mai eficiente intervenții în raport cu costurile în termen de beneficii pentru întreaga comunitate.

În prezent, datorită mai multor procese și schimbări ce se produc aproape în toate regiunile lumii, apare o necesitate stringentă de a perfecționa formele de organizare, managementul și structura instituțiilor ce prestează servicii de asistență perinatală. Statistica natalității prezente și perspectivele evoluției acesteia solicită reevaluarea rețelei existente de instituții obstetricale spitalicești (maternități) în ceea ce privește cost-eficacitatea lor, posibilitățile de asigurare a calității și de evitare a riscurilor de mortalitate și proximitate maternă severă. Aceasta impune modernizarea sectorului spitalicesc, cu implementarea unor noi forme organizatorice, orientate spre optimizarea calității serviciului și raportului cost-eficacitate.

Una dintre cele mai importante verigi din cadrul sistemului de asistență medicală a mamei și copilului o constituie maternitățile, care trebuie să ofere asistență obstetricală și neonatală accesibilă și calificată, îndreptată spre reducerea pierderilor materne și perinatale, profilaxia morbidității și invalidității infantile. Îngrijirea calitativă a femeilor în maternitate este un factor determinant pentru păstrarea sănătății mamei și copilului în perspectivă.

Actualmente, structura asistenței medicale perinatale în RM funcționează conform principiului regionalizării și este organizată la trei niveluri, în care sunt încadrate maternitatea IMC, 3 maternități municipale și 34 de secții de obstetrică ale spitalelor raionale, în care anual au loc circa 38 000–40 000 de nașteri (Anexa 9).

În acest compartiment ne-am propus să analizăm datele statistice privind nașterile în maternitățile din RM pe anii 2005–2014, pentru a evalua rezultatele obținute și a identifica tendințele pentru următoarele decenii, precum și activitățile necesare de ameliorare a indicatorilor de bază și de sporire a calității asistenței medicale perinatale.

Numărul de nașteri în RM pe parcursul ultimilor 10 ani (2005–2014) nu s-a schimbat semnificativ și variază între 38 000–40 000 de nașteri anual. Majoritatea absolută a nașterilor – 98,4% – au avut loc în instituțiile publice, iar 1,6% au decurs în instituțiile private (anul 2014).

În mun. Chișinău se observă o creștere dinamică a numărului de nașteri cu 30% – de la 7169 nașteri în anul 2005 până la 10387 în 2014 (Anexa 6, Tabelul 3). Aceeași tendință se păstrează și în mun. Bălți, unde creșterea este de 24% (de la 2685 de nașteri în 2005 până la 3536 în 2014). În total pe municipii, numărul de nașteri s-a majorat cu 4069 sau cu 29,2%.

În raioanele republicii se constată o scădere cu 10,9% a numărului de nașteri, de la 22 277 în anul 2005 până la 19 859 de nașteri în 2014. În IMC, CP al IMSP SCM nr. 1 din Chișinău, IMSP Maternitatea Municipală nr. 2 din Chișinău și CP din cadrul IMSP SM Bălți se

înregistrează mai mult de 19000 de nașteri anual, sau aproape jumătate din toate nașterile din țară. În anul 2003, în aceleași instituții se înregistrau în total doar 9096 de nașteri, creșterea fiind datorată preferinței pentru instituțiile perinatale urbane și redirecționării nașterilor conform serviciului perinatal regionalizat.

Totodată, în fiecare din secțiile obstetriceale:

- din 4 spitale raionale (Cahul, Orhei, Ungheni, Ceadâr-Lunga) au loc mai puțin de 1300 de nașteri anual;

- din 5 spitale raionale (Căușeni, Edineț, Hâncești, Ialoveni, Soroca) au loc mai puțin de 1000 de nașteri anual;

- din 9 spitale raionale (Comrat, Cantemir, Florești, Strășeni, Fălești, Nisporeni, Ștefan-Vodă, Drochia și Anenii Noi) se înregistrează mai puțin de 700 de nașteri;

- din 6 spitale raionale (Criuleni, Călărași, Sângerei, Rezina, Telenești, Glodeni) au loc mai puțin de 500 de nașteri anual;

- din 4 spitale raionale (Râșcani, Cimișlia, Dondușeni și Briceni) se înregistrează mai puțin de 400 de nașteri anual;

- din 4 spitale raionale (Ocnița, Șoldănești, Leova, Vulcănești) au loc mai puțin de 300 de nașteri anual;

- din 2 spitale raionale (Basarabeasca, Taraclia) au loc mai puțin de 200 de nașteri anual.

În anul 2003, de exemplu, în niciun spital raional nu se înregistra această valoare.

Așadar, în 16 spitale raionale se înregistrează mai puțin de 500 de nașteri anual, sau în medie 1 naștere în 24 de ore, pe când în 2003 aceeași valoare se înregistra doar în 8 spitale raionale (Figurile 6.11, 6.12).

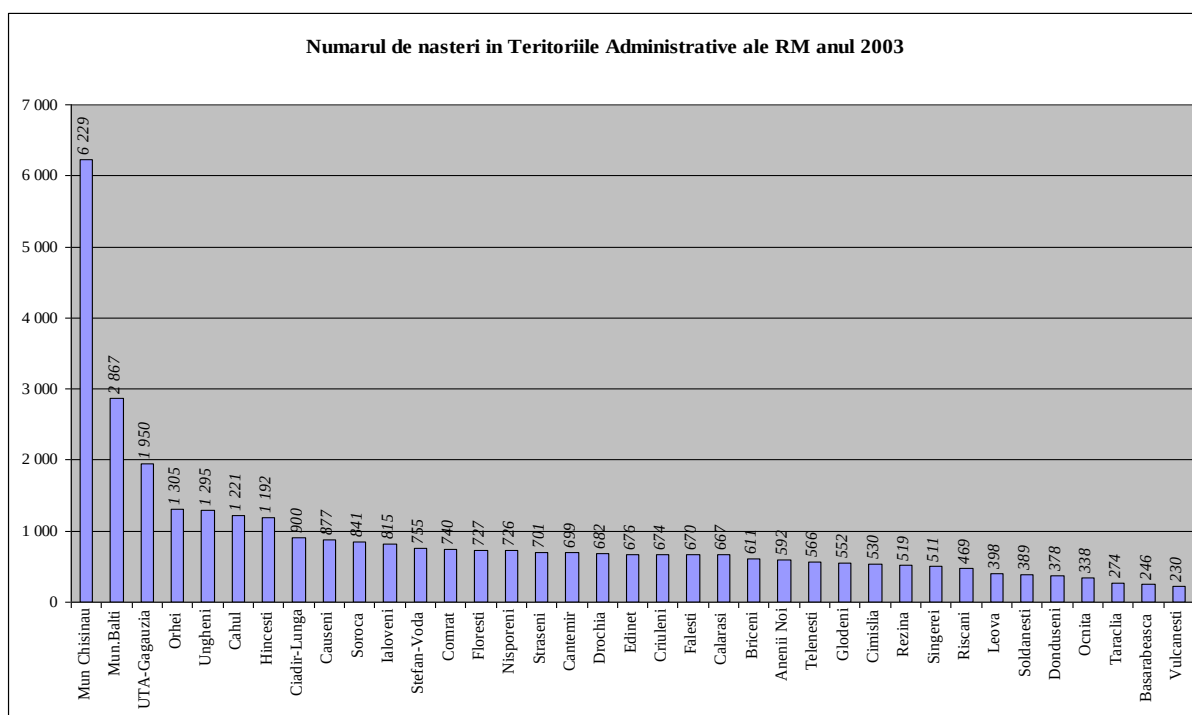


Fig. 6.11. Numărul de nașteri în teritoriile administrative ale RM, a. 2003 (abs.)

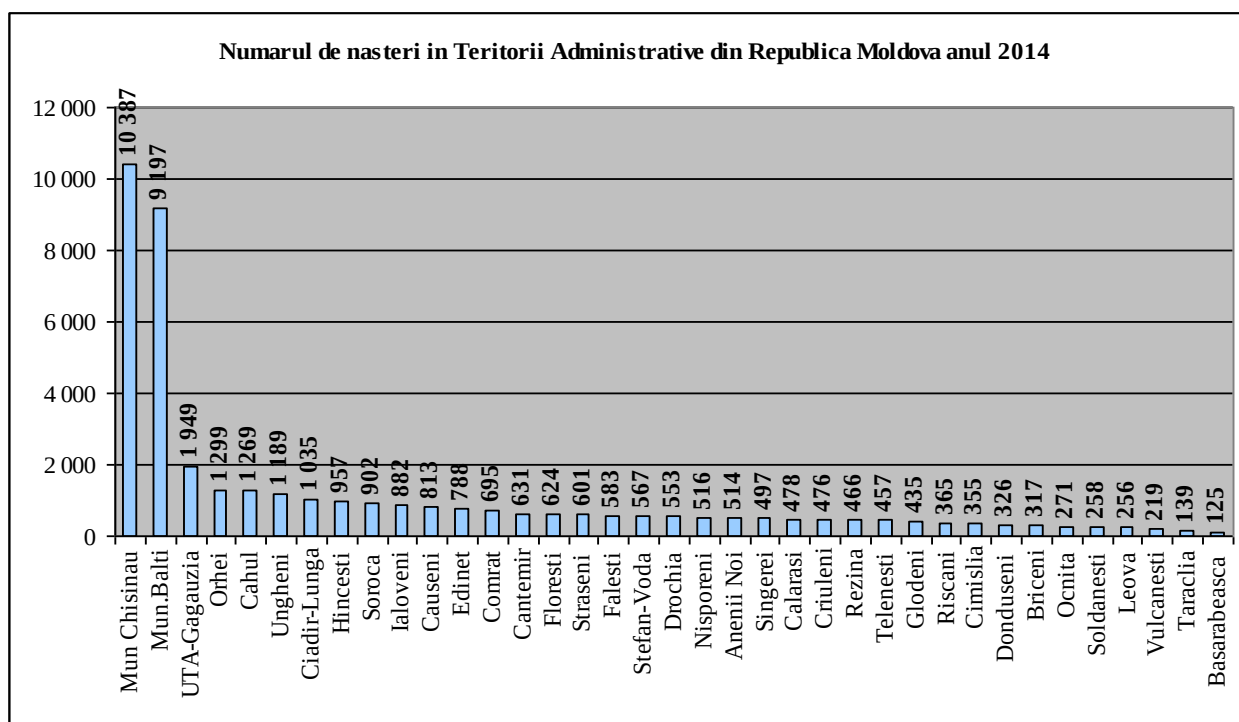


Fig. 6.12. Numărul de nașteri în teritoriile administrative ale RM, a. 2014 (abs.)

Printre regiunile de dezvoltare ale Moldovei, cea mai mare rată a natalității în anul 2014 s-a înregistrat în RDD Centru – de 11,7, cea mai redusă fiind în RDD Nord – de 10,1 (RDD Sud – de 10,9), (Figura 6.13).

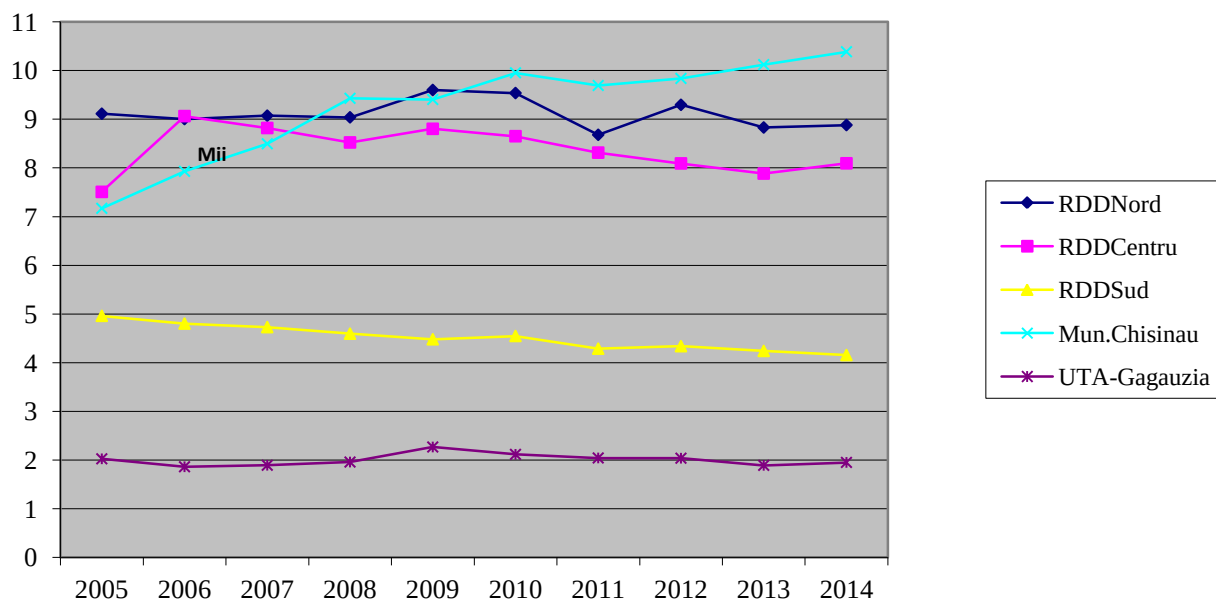


Fig. 6.13. Evoluția numărului de nașteri pe RDD, RM, a. 2005–2014 (abs.)

În două regiuni de dezvoltare ale RM se observă o tendință de reducere a numărului de nașteri: RDD Centru – de la 9064 de nașteri în anul 2006 până la 8094 în anul 2014, RDD Sud – de la 4802 la 4155 de nașteri. Se constată o stabilitate în RDD Nord și UTA Găgăuzia, unde numărul de nașteri rămâne constant pe parcursul acestei perioade (Tabelul 6.3).

Tab. 6.3. Numărul de nașteri pe RDD ale RM, a. 2005–2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Mun. Chișinău	7169	7930	8496	9430	9 406	9953	9693	9838	10122	10387
RDD Nord	9113	9004	9073	9039	9601	9538	8680	9296	8830	8880
RDD Centru	7507	9064	8820	8523	8803	8651	8314	8092	7884	8094
RDD Sud	4961	4802	4729	4594	4479	4547	4287	4338	4240	4155
UTA Găgăuzia	2023	1860	1891	1957	2266	2115	2041	2036	1889	1949
Total pe republică	37088	37069	37721	38432	40264	40234	38979	39879	39259	40936

Nivelul de efort al unui medic obstetrician-ginecolog din maternități nu diferă esențial în RDD ale republicii. Astfel, în RDD Nord acesta constituie 92 de nașteri; în RDD Centru și RDD Sud – 104; în RDD UTA Găgăuzia – 97 de nașteri; toate fiind raportate la un medic pe perioada de un an. Situația este diferită în mun. Chișinău, unde sunt concentrați mai mulți obstetricieni-ginecologi și unui medic îi revin 78 de nașteri anual (estimări efectuate pentru anul 2014).

În anul 2014 cel mai mare număr de nașteri s-a înregistrat în mun. Chișinău – 10 387, cel mai mic număr fiind înregistrat în Basarabeasca – 125 de nașteri. În UTA Găgăuzia, în 2014 au

fost înregistrate 1949 de nașteri, aici nu au avut loc schimbări în comparație cu anul 2003 – 1950 de nașteri (Tabelul 6.4).

O situație îngrijorătoare se observă în 10 CP de nivelul I (Briceni, Dondușeni, Ocnîța, Râșcani, Șoldănești, Basarabeasca, Cimișlia, Leova, Taraclia, Vulcănești), unde numărul de nașteri este în scădere continuă, în anul 2014 fiind înregistrate mai puțin de 365 de nașteri sau o naștere și mai puțin de una în 24 de ore. Tot în aceste CP, numărul de medici obstetricieni-ginecologi este mic, cu o vârstă medie a specialiștilor destul de înaintată (Tabelul 6.4).

Tab. 6.4. Numărul de nașteri și vârstă medie a medicilor obstetricieni-ginecologi din CP de nivelul I, RM, a. 2014

Centrele perinatologice de nivelul I	Numărul de nașteri	Numărul de nașteri în 24 ore	Numărul de specialiști	Vârsta medie a medicilor, ani
	Abs.		Abs.	X±ES
Râșcani	365	1	4	52,8±1,1
Cimișlia	355	1	3	59±1,6
Dondușeni	326	0,8	4	59,3±1,23
Briceni	317	0,8	4	59±1,2
Ocnîța	271	0,7	5	59,1±1,2
Șoldănești	258	0,7	2	54,5
Leova	256	0,7	4	52±1,5
Vulcănești	219	0,6	2	46±1,0
Taraclia	139	0,3	2	53±1,6
Basarabeasca	125	0,3	2	55±1,6
Căușeni	813	2,2	6	51,3±1,5
Comrat	695	1,9	8	43,3±3,7
Cantemir	631	1,7	4	49,25±1,5
Florești	624	1,7	7	51,66±1,1
Strășeni	601	1,6	6	51,4±1,0
Fălești	583	1,5	6	57,87±1,2
Ștefan-Vodă	567	1,5	5	56,5±1,6
Drochia	553	1,5	5	52,33±1,1
Nisporeni	516	1,4	8	67,58±1,2
Anenii Noi	514	1,4	6	53,62±1,1
Sângerei	497	1,3	7	56,5±1,2
Călărași	478	1,3	3	52,87±1,1
Criuleni	476	1,3	5	43,3±1,0
Rezina	466	1,2	4	64,5±1,1
Telenești	457	1,2	6	56,4±1,1
Glodeni	435	1,1	6	58,66±1,2

În celelalte 16 CP de nivelul I, numărul de nașteri este mai mic de 2 în 24 de ore, în același timp, și aici se atestă un număr redus de medici, vârsta cărora este înaintată.

Numai în două CP de nivelul I (Ialoveni și Maternitatea Municipală nr. 2 din Chișinău) se constată o stabilitate relativă, adică numărul de nașteri depășește 2 în 24 de ore (882 de nașteri în maternitatea din Ialoveni și 1942 în Maternitatea Municipală nr. 2, anul 2014).

Tot în această perioadă, în cadrul Institutului Mamei și Copilului s-a majorat considerabil numărul de nașteri – cu 37,7% (de la 4046 de nașteri în 2005 până la 6498 în 2014). Creșterea respectivă s-a produs din contul trierii mai intensive a gravidelor cu risc sporit în sistemul regionalizat de asistență medicală perinatală din teritoriile administrative, precum și datorită adresării sporite a femeilor pentru naștere conform principiului de liberă alegere a maternității în cadrul asigurărilor medicale.

Totodată, conform studiului realizat de autor, care prognozează că numărul femeilor de vârstă reproductivă (15-45 de ani) se va reduce de la 954 000 în anul 2013 până la 670 000 (scenariul jos) sau 748 000 (scenariul înalt), numărul de nașteri în RM către anul 2035 poate fi de 26 000 (scenariul mediu).

Situația actuală privind natalitatea și perspectivele viitoare, conform prognozelor efectuate, impun necesitatea reevaluării rețelei existente de instituții obstetricale spitalicești (maternități) referitor la cost-eficacitatea lor, la posibilitățile de asigurare a calității și de evitare a riscurilor de mortalitate și proximitate severă de deces matern.

Având în vedere situația actuală în domeniul nașterilor în cele 10 teritorii administrative (Briceni, Dondușeni, Ocnița, Râșcani, Șoldănești, Basarabeasca, Cimișlia, Leova, Taraclia, Vulcănești), unde acestea se înregistrează într-un număr mic (mai puțin de 365 de nașteri anual), și din prognozele demografice, care indică scăderea în continuare a numărului de nașteri în RM, se constată că funcționarea maternităților în aceste raioane nu este rațională din mai multe considerente.

În primul rând, din cauza imposibilității prestării serviciilor la un nivel de calitate adecvat și a supunerii riscului pacienților internați, atât din cauza insuficienței de cadre, cât și a deprinderilor profesionale reduse ale personalului acestor unități sanitare. Mai mult decât atât, funcționalitatea lor nu este eficientă financiar, din cauza cheltuielilor pentru întreținere, care, la rândul lor, se reflectă asupra posibilităților prestării unor servicii de calitate. Unica soluție pentru o asistență maternală adecvată, care poate fi oferită populației din aceste teritorii, este stoparea activității maternităților cu un număr redus de nașteri și redirectionarea nașterilor din raioanele menționate spre alte instituții medicale de profil, amplasate în raioanele din vecinătate.

Reducerea natalității incontestabil va determina micșorarea numărului populației și, respectiv, solicitarea rețelelor de instituții medico-sanitare. Întrucât numărul redus de nașteri în

maternitățile din țară va afecta capacitatea lor de funcționare, rețeaua națională de maternități trebuie restructurată astfel, încât să asigure servicii medicale calitative și cost-efective, chiar și în condițiile unei crize demografice.

În acest context, ar fi rezonabilă crearea unei structuri de asistență perinatală, care va include următoarele instituții: IMC, CP din cadrul IMSP SCM nr. 1 din Chișinău, IMSP Maternitatea Municipală nr. 2 din Chișinău și CP din cadrul IMSP SM Bălți, și 8 CP ale spitalelor raionale Edineț, Soroca, Orhei, Ungheni, Hâncești, Cahul, Căușeni și Ceadâr-Lunga. În cadrul IMSP IMC va fi rațională asistarea în continuare a nașterilor cu patologie maternă și fetală cu risc sporit din toată republica, cu maximă excludere a nașterilor fiziologice de nivelul I.

În CP din IMSP SCM nr. 1 din Chișinău este posibilă asistarea nașterilor din patru sectoare ale municipiului Chișinău și din raioanele Anenii Noi, Ialoveni, Călărași și Strășeni.

Capacitatea Maternității Municipale nr. 2 permite asistența nașterilor dintr-un sector al municipiului Chișinău și din raioanele Criuleni și Dubăsari.

În cadrul CP din IMSP SM Bălți se poate realiza asistarea nașterilor din municipiul Bălți și din raioanele Fălești, Glodeni, Râșcani și Sângerei.

În maternitățile zonale ale spitalelor raionale nașterile se pot redistribui în felul următor:

1. Maternitatea Edineț – nașterile din raioanele Edineț, Briceni, Dondușeni, Ocnița;
2. Maternitatea Soroca – nașterile din raioanele Soroca, Drochia, Florești;
3. Maternitatea Orhei – nașterile din raioanele Orhei, Rezina, Șoldănești, Telenești;
4. Maternitatea Ungheni – nașterile din raioanele Ungheni și Nisporeni;
5. Maternitatea Hâncești – nașterile din r. Hâncești, Basarabeasca, Cimișlia și Leova;
6. Maternitatea Cahul – nașterile din raioanele Cahul și Cantemir;
7. Maternitatea Căușeni – nașterile din raioanele Căușeni și Ștefan-Vodă;
8. Maternitatea Ceadâr-Lunga – nașterile din r. Ceadâr-Lunga, Comrat, Vulcănești și Taraclia.

Astfel, se obține un sistem din două niveluri, reducerea nivelului I din structura actuală fiind orientată spre consolidarea maternităților de nivelul II. Procesul de reorganizare a sistemului spitalicesc obstetrical necesită o desfășurare treptată, în trei etape, ținând cont de nivelul de pregătire a maternităților de referință, atât în ceea ce privește baza tehnico-materială, cât și sub aspectul completării cu cadre calificate, asigurării cu transport necesar și căi de comunicație. Etapele reorganizării sunt prezentate în Figura 6.14.

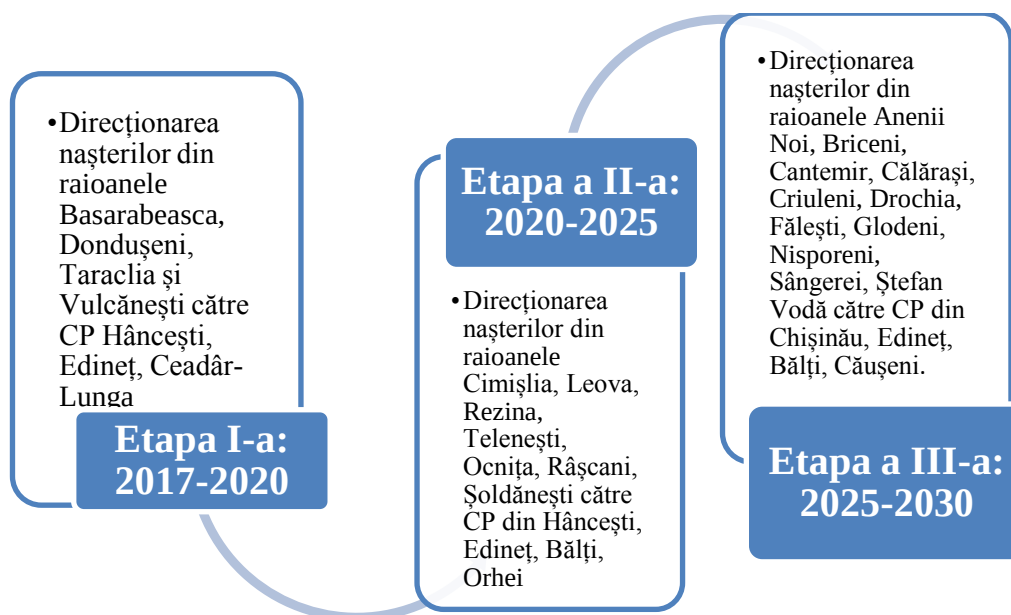


Fig. 6.14. Etapele reorganizării sistemului spitalicesc obstetrical din RM, a. 2017–2030

Analiza efectuată, inclusiv evaluarea distanțelor dintre localități, ne demonstrează că pentru o țară mică, cum este Moldova, acest lucru este posibil prin transportarea parturientelor cu serviciul Asistență Medicală Urgentă din raioanele menționate mai sus în CP de nivelul II, care dispun de posibilități și capacități necesare pentru asigurarea unui volum mai mare de nașteri, comparativ cu cel existent la moment. Estimările distanțelor între localități și centrele perinatologice de referință sunt reprezentate în Anexa 13.

Așadar, analizând datele din 2014, nașterile din raioanele Briceni (317 nașteri), Ocnîța (271 de nașteri), Dondușeni (326 de nașteri) ar putea fi direcționate către CP de nivelul II, maternitatea Edineț (788 de nașteri), care, cu volumul majorat de activitate, ar deservi în total nu mai mult de 1600–1700 de nașteri anual.

Estimând distanțele dintre aceste trei raioane spre orașul Edineț, putem afirma următoarele: dintre cele 39 de localități ale raionului Briceni, cea mai apropiată localitate amplasată de Edineț este satul Halahora de Jos (13,3 km), cu o distanță ce poate fi parcursă în 18 minute, iar cea mai îndepărtată localitate este satul Criva (64,1 km), cu un timp de parcurgere de 57 de minute. Astfel, distanța medie de la localitățile din raionul Briceni către or. Edineț este de 33,4 km (+/-1,9), cu timpul mediu de parcurgere de 32,5 minute (+/-1,4).

Dintre cele 32 de localități ale raionului Ocnîța, cea mai apropiată localitate de or. Edineț este satul Paladea (18,9 km), timpul de parcurgere constituind 21 de minute, iar cea mai îndepărtată este satul Naslavcea (63,7 km), timpul de parcurgere fiind de 55 minute. Astfel,

distanța medie a localităților din raionul Ocnița către or. Edineț este de 48,4 km (+/-1,3), cu timpul mediu de parcurgere de 46,1 minute (+/-1,1).

Dintre cele 29 de localități ale raionului Dondușeni, cea mai apropiată localitate amplasată de or. Edineț este satul Corbu (28 km), timpul necesar de parcurgere – 26 de minute, cea mai îndepărtată localitate este satul Teleșeuca (72,7 km), timpul necesar de parcurgere – 76 de minute. În ceea ce privește unele localități din raionul Dondușeni, care sunt situate la o distanță mai mare de or. Edineț, direcționarea ar fi posibilă către alt CP de nivelul II din RDD Nord – or. Soroca. Aici ar putea fi internate femeile din: satul Teleșeuca – distanța 53,7 km, timpul de parcurgere – 53 de minute (până la or. Edineț – 72,7 km, 74 de minute); satul Teleșeuca Nouă – distanța 52,7 km, timpul de parcurgere – 52 de minute (până la or. Edineț – 71,7 km, 74 de minute); satul Sudarca – distanța 52,7 km, timpul de parcurgere – 51 de minute (până la or. Edineț – 72,7 km, 74 de minute); satul Pocrovca – distanța 45,2 km, timpul de parcurgere – 38 de minute (până la or. Edineț – 63,1 km, 60 de minute); satul Horodiște – distanța 60,9 km – timpul de parcurgere – 61 de minute (până la or. Edineț – 73 km, 78 de minute). Astfel, distanța medie de la localitățile raionului Dondușeni către or. Soroca este de 53 km (+/-0,9), timpul mediu de parcurgere – 51 de minute (+/-1,2), iar distanța medie de la localitățile raionului Dondușeni către or. Edineț este de 63,5 km (+/- 1,2), timpul mediu de parcurgere – 64,7 de minute (+/-1,5).

În raionul Râșcani, cu o componență de 53 de localități, nașterile din 31 de localități (Armanca, Avrămeni, Boroșenii Noi, Braniște, Costești, Dămășcani, Druța, Dumeni, Mălăești, Duruitoarea, Duruitoarea Nouă, Gălășeni, Hiliuți, Mihăileni, Mihăilenii Noi, Moșeni, Păscăuți, Petrușeni, Pârjota, Pocimbăuți, Pociumbeni, Proscureni, Rămăzan, Reteni, Reteni-Vasileuți, Sverdiac, Șaptebani, Stublieni, Vasileuți, Văratice, Zăicani) pot fi orientate spre or. Edineț (distanța medie este de 39,4 km (+/1,2), timpul mediu de parcurgere – 40,6 minute (+/-1,6). Nașterile din celelalte 22 de localități ale raionului Râșcani (Alexăndrești, Aluniș, Bălanul Nou, Bulhac, Cepăria, Ciobanovca, Corlăteni, Cucueții Noi, Cucueții Vechi, Grinăuți, Horodiște, Ivănești, Lupăria, Malinovscoe, Nihoreni, Răcăria, Recea, Râșcani, Singureni, Sturzeni, Sumna, Ușurei) pot fi redresate către CP Bălți (distanța medie este de 40,3 km (+/-1,9), timpul mediu de parcurgere – 45 de minute (+/-1,1).

În raionul Șoldănești, distanța de la cele 31 de localități către CP de nivelul II Soroca și Orhei poate fi parcursă în mai mult de o oră. Din aceste considerente, o soluție relevantă ar fi repartizarea nașterilor din acest teritoriu spre maternitățile învecinate din or. Florești și or. Rezina. Ambele maternități dispun de posibilități necesare și cadre medicale respective.

În mod similar ar putea fi redistribuit fluxul de nașteri din raioanele Basarabeasca (125 de nașteri, 10 localități), Cimișlia (355 de nașteri, 39 de localități) și Leova (256 de nașteri, 39 de localități) către CP de nivelul II Hâncești, care, în asemenea caz, ar ajunge la 1600–1700 de nașteri anual. Distanțele de la localitățile raionului Leova până la CP Hâncești variază între 38,8 km și 69,4 km (+/-1,4), iar timpul necesar de parcurgere 33-60 de minute (+/-1,8). Distanțele de la localitățile din raionul Cimișlia până la or. Hâncești variază între 17,1-64,8 km (+/-1,2), cu timpul necesar de parcurgere 19-64 de minute (+/-1,4). Distanța medie de la localitățile raionului Basarabeasca până la CP Hâncești este de 46,1 km (+/-1,2) și timpul necesar de parcurgere 42 de minute (+/-1,1).

Parturientele din teritoriile cu un număr foarte mic de nașteri, cum este Vulcănești (219 de nașteri) și Taraclia (139 de nașteri), pot fi internate fie la CP de nivelul II Ceadâr-Lunga, fie la Cahul. Alegerea rămâne la discreția locuitorilor și a administrației publice locale.

Restructurarea rețelei de instituții obstetricale spitalicești, în funcție de necesitățile teritoriilor administrative, va permite repartizarea rațională și cost-efectivă a cadrelor disponibile, a resurselor financiare și a materialelor limitate pentru serviciul de asistență a mamei și copilului din RM, ceea ce va spori calitatea serviciilor prestate și, ca urmare, evitarea deceselor materne.

6.4. Concluzii la capitolul 6

1. Conform cercetărilor realizate, evoluția demografică din RM se manifestă ca un fenomen de „declin demografic”, caracterizat prin scăderea continuă a numărului populației, spor natural negativ și nivel migrațional înalt. Factorii ce au contribuit la reducerea efectivului și la deteriorarea structurii pe vârste a populației sunt aspectele negative ale fertilității, migrației masive și mortalității generale a populației. Concomitent cu reducerea natalității, aceasta a provocat un dezechilibru în structura pe vârste a populației și a intensificat procesul de îmbătrânire demografică.

2. Componenta principală a evoluției structurii demografice a populației este mișcarea naturală (natalitatea, mortalitatea, sporul natural), iar natalitatea ocupă locul de frunte și este influențată de o serie de factori: economici, sociali, culturali, istorici, demografici etc. La rândul său, rata natalității constant în descreștere, ce se înregistrează în ultimii anii, și sporirea mortalității generale au condus la accelerarea procesului de reducere a populației și la degradarea structurii demografice.

3. Pe teritoriul RM se înregistrează o evoluție a fenomenelor demografice cu caracter regional variabil (natalitatea, mortalitatea, sporul natural etc.). Astfel, raportul numeric este

repartizat diferit pe teritoriile de dezvoltare. Se înregistrează concentrarea populației în RDD Centru și în municipiul Chișinău. Numărul populației are o tendință de descreștere ușoară, o neomogenitate a ratei natalității pe diferite zone ale țării: indici scăzuți se atestă în raioanele de nord, iar indici puțin mai înalți – în raioanele de centru și de sud ale republicii.

4. Efectele schimbărilor demografice și celor socioeconomice pe termen lung vor apărea după anii 2025–2030, atunci când generațiile în număr redus, născute după 1990, vor ocupa poziția centrală în segmentul reproductiv și cel activ economic al populației țării. Menținerea în continuare a ratei de fertilitate de 1,2-1,3 copii la o femeie de vârstă fertilă va conduce la scăderea numărului de femei de vârstă fertilă de la 951 000 în anul 2014 până la 704 000, numărul nou-născuților se va reduce de la 37 000 până la 26 200 în anul 2035.

5. În multe teritorii administrative, în ultimii 10 ani numărul de nașteri s-a diminuat considerabil și deja astăzi, în jumătate din raioane, numărul acestora se menține sub valorile de 300-400 de nașteri anual. În teritorii cu valori joase ale nașterilor, în următorii ani nu se va obține o tendință de creștere, din contra, va continua aprofundarea crizei demografice în RM, prin micșorarea numărului populației și a numărului nașterilor.

6. În instituțiile medicale teritoriale – spitale raionale cu pondere mică de nașteri – se diminuează calificarea personalului medical, nu este rentabilă funcționarea maternității și din motivul că cheltuielile suportate pentru întreținerea infrastructurii, remunerarea muncii, procurări de medicamente, consumabile etc. nu se acoperă cu sursele oferite pentru cazurile tratate, aceasta în continuare are un impact negativ asupra calității serviciilor prestate și indicatorilor de bază.

7. Situația existentă la capitolul nașteri și perspectiva așteptată, conform prognozelor efectuate, necesită reevaluarea capacităților instituțiilor obstetricale spitalicești (maternități) în privința cost-eficacității lor, posibilităților de asigurare a calității și evitării riscurilor de mortalitate și proximitate de deces matern.

8. Structura și sistemul existent al serviciului obstetrical, pe fundalul resurselor financiare limitate, nu poate în continuare influența ameliorarea indicatorilor mortalității materne în RM și, respectiv, realizarea obiectivelor prevăzute în cadrul Agendei de Dezvoltare Durabilă până în anul 2030.

9. Acțiunile urgente ce trebuie întreprinse pentru serviciul obstetrical din republică prevăd revizuirea rețelei existente de maternități în sistemul regionalizat de asistență medicală perinatală, cu reorganizarea și reamplasarea lor în teritoriile administrative conform numărului populației, nivelului natalității și prognozei demografice pentru următoarele decenii. Aceasta va permite direcționarea optimă a fluxului de pacienți în centre perinatologice interraionale

fortificate, ceea ce va reprezenta o rezervă esențială pentru diminuarea mortalității și a proximității de deces matern.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Concluzii generale

1. În pofida acțiunilor întreprinse pentru îmbunătățirea sănătății materne și eforturilor de reducere a nivelului înalt al mortalității materne, prin implementarea în RM a programelor comprehensive în acest domeniu, obiectivul de reducere cu $\frac{3}{4}$ a coeficientului mortalității materne (până la 13,3 la 100 000 n/ v) către anul 2015 în cadrul angajamentelor ODM nu a fost realizat (31,1 la 100 000 n/ v în anul 2015; 23 la 100 000 n/ v conform trendului cincinal, 2015) [1, 4, 7, 19, 28, 30, 45].

2. Pe parcursul ultimului deceniu nivelul mortalității materne în RM nu are o evoluție liniară de diminuare, dar oscilează semnificativ (38,4 – în anul 2008; 17,3 – 2009; 44,5 – 2010; 15,3 – 2011; 30,4 – 2012; 15,8 – 2013; 15,4 – 2014). Instabilitatea acestui indicator sugerează existența mai multor deficiențe, atât în sistemul de sănătate din țară, cât și în cadrul societății, unde persistă probleme economice, socioculturale, de educație etc. Menținerea acestor tendințe va crea premise de discreditare a eforturilor întreprinse pentru fortificarea asistenței mamei și copilului în RM, inclusiv a celor susținute de partenerii externi [1, 4, 9, 11, 19, 29, 37, 41, 45].

3. Cauzele principale ale deceselor materne înregistrate în RM pe parcursul a 25 de ani (1990-2014) sunt hemoragiile (19,9%), urmate de stările septicе (12,12%), ELA (11,1%), stările hipertenzive în sarcină (6,06%), maladiile cardiovasculare (6,56%), pneumoniile (5,05%), patologia sistemului hepatobiliar (5,05%) și maladiile oncologice (4,79%). În circa jumătate din cazuri nivelul mortalității materne a fost influențat de mai mulți de factori sociali (52,7%), precum: condiții de viață precare, migrație și violență în familie. Decesul matern preponderent a avut loc la femei din localitățile rurale (64,73%) [1, 4, 8, 9, 11, 16, 37, 41, 45].

4. Aproape toate cazurile de mortalitate maternă survenite în RM (92,86%) au fost evitabile, iar complicațiile care au provocat decesul din cauza asistenței medicale sub standard (85,71%) puteau fi prevenite prin accesul la supraveghere antenatală a sarcinii, asistența calificată la naștere, monitorizarea atentă în perioada de lăuzie și intervenții timpurii în cazurile de apariție a unor patologii sau complicații [1, 9, 11, 16, 28, 33, 37, 45, 46].

5. În cadrul studiului s-a constatat că în structura nosologică a cazurilor de proximitate de deces matern înregistrate pe parcursul anilor 2009–2014 au predominat dereglările hipertensive 68,48% (preeclampsia severă – 92,6%, eclampsia – 2,74%) și hemoragiile (28,98%), preponderent cele hipotone post-partum (43,95%), urmate de hemoragia prin apoplexia utero-placentară (25,3%) și placenta previa (18,68%); sepsisul și distocia au fost cauze mai rare ale proximității de deces matern (1,91%; 0,62%). În majoritatea cazurilor (65%), complicația severă s-a dezvoltat în timpul aflării femeilor în instituțiile medicale, fapt ce reflectă lipsa unei

diagnosticări timpurii a complicațiilor sau stabilirea tardivă a diagnosticului și a tratamentului adecvat [3, 5, 7, 22, 27].

6. Auditul cazurilor de proximitate de deces matern a constatat o asistență sub standard în 80,01% din cazuri, erorile fiind admise de către factorul uman, cu deficit de cunoștințe și abilități clinice (23,36%), erori de diagnostic și tratament, nerespectarea protocoalelor clinice (62,20%), deficiență în comunicare și lipsa lucrului în echipă (16,67%), iar în 19,99% din cazuri au fost constatate întârzieri în solicitarea asistenței medicale și internarea tardivă [3, 5, 7, 22, 25, 34].

7. Începând cu anul 1998, în RM se înregistrează o reducere fără precedent – cu 44,0% – a numărului de medici obstetricieni-ginecologi, care în multe teritorii administrative a atins cote alarmante de 0,4-0,7 medici la 10 000 locuitori, cu un coeficient mare de cumulare (1,5-2,6), fapt ce demonstrează existența unui deficit de cadre, precum și supraîncărcarea personalului existent. Datele prezentului studiu indică la decalajul dintre motivația materială și socială, efortul și condițiile de muncă ale medicilor din localitățile rurale și din cele urbane, iar persistența situației existente va avea un impact negativ asupra menținerii sănătății femeilor de vârstă reproductivă și a unei maternități sigure [6, 14, 15, 39, 41].

8. Conform prognozelor estimate în cercetare, începând cu anul 2020, va avea loc o creștere rapidă a numărului femeilor de vârstă reproductivă înaintată (35-49 ani), constituind peste 50% din totalul populației feminine de vârstă fertilă. Reducerea numărului potențialelor mame va determina scăderea ireversibilă a numărului de nașteri pe țară până la 26 000 (scenariul „mediu”) către anul 2035 și a numărului de născuți vii de la 38 600 în anul 2014 până la 19 000 (scenariul „jos”) și 29 000 (scenariul „înalt”) în 2035 [1, 2, 12, 16, 23, 31, 32, 33, 38, 40].

9. Fenomenele demografice existente au condus la micșorarea numărului de nașteri sub valorile de 300-400 nașteri anual (sau mai puțin de o naștere în 24 ore) în aproape de jumătate maternități din țară, fapt ce indică ineficiența și nerentabilitatea menținerii în continuare a structurii serviciului actual de maternități, impactului negativ asupra calității serviciilor prestate, persistenței în continuare a riscurilor de morbiditate și mortalitate maternă, evidențiind necesitatea reorganizării serviciului perinatal din republică [1, 12, 32, 33, 38].

10. Problema științifică aplicativă de importanță majoră soluționată în cadrul studiului prezentat constă în realizarea unei ample analize a fenomenului mortalității materne din RM prin prisma factorilor medicali, sociali, demografici și manageriali, care ne-a permis să identificăm cauzele ce mențin nivelul înalt al mortalității materne și să propunem acțiuni optime de reducere a acestui indicator, adaptate realităților și resurselor țării noastre.

Recomandări practice

La nivel național:

1. Stabilirea angajamentelor pentru RM, inclusiv a sarcinii de reducere a coeficientului mortalității materne către anul 2030 în cadrul Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă ale Agendei Globale ONU pentru perioada 2015–2030. Aprobarea planului de acțiuni și a sarcinilor pentru realizarea Obiectivului 3 – „Sănătatea și starea de bine”, orientate spre asigurarea populației cu condiții de trai mai bune, protecția socială a tinerilor și a familiilor nou-create, oferirea condițiilor favorabile pentru nașterea, creșterea și educarea copiilor.

2. Elaborarea unei noi Strategii a Sănătății Reprodusei, ca o continuitate a Strategiei Naționale a Sănătății Reprodusei 2005–2015 (aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 913 din 26.08.2005), stabilită pentru un termen mediu de 5-7 ani, axată pe o abordare comprehensivă la toate nivelurile de asistență medicală și bazată pe accesul deplin al populației la servicii medicale de calitate, indiferent de statutul social și locul de trai, cu implicarea comunității și a societății civile, pentru formarea atitudinii și a deprinderilor responsabile de îmbunătățire a sănătății reproductive a femeilor, fapt ce va contribui la diminuarea morbidității și a mortalității materne.

La nivelul sistemului de sănătate și al serviciului de asistență a mamei și copilului:

1. Îmbunătățirea procesului de supraveghere a sarcinii de către medicii de familie, medicii-specialiști, prin reactualizarea standardului național de îngrijire antenatală conform ultimelor recomandări ale OMS. Fortificarea capacităților asistenței medicale primare în prestarea serviciilor medicale perinatale de calitate, prin introducerea sistemului electronic de supraveghere a gravidei, pentru un monitoring total și adecvat al femeilor însărcinate. Acesta va asigura accesul rapid și permanent al medicilor de familie și al medicilor-specialiști autorizați la baza de date a gravidei, indiferent de locul de trai și migrația pacientei în alte teritorii administrative.

2. Inițierea procesului de pregătire a moașelor/ asistentelor medicale cu studii superioare și deprinderi speciale pentru activitatea în cadrul asistenței medicale primare, ce vor presta servicii gravidelor, lăuzelor, nou-născuților, precum și pentru îndeplinirea altor funcții de consiliere, comunicare, instruire, care în prezent sunt irealizabile la nivel de medic de familie, din lipsă de timp și cunoștințe necesare.

3. Consolidarea eforturilor pentru îmbunătățirea sănătății reproductive a femeilor, inclusiv prin continuarea activităților de planificare familială, restabilirea funcționalității cabinetelor de planificare familială în toate centrele raionale din republică, întreprinderea măsurilor de sporire a disponibilității, acceptării și folosirii mijloacelor moderne de contracepție.

Antrenarea medicilor de familie în consilierea, informarea și educarea populației, prin intermediul unei abordări coerente și coordonate în acordarea serviciilor de planificare familială. Crearea unui sistem integrat de monitorizare și evaluare în domeniul planificării familiale, pentru identificarea operativă a neconformităților existente și pentru aplicarea măsurilor necesare.

4. Actualizarea Standardului Național pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță, orientată spre eliminarea chiuretajului din practica medicală, simplificarea mecanismului de obținere a permisiunii pentru întreruperea sarcinii la indicații medicale și sociale după 12 săptăm. de sarcină și asigurarea gratuității serviciilor de avort și a accesului la contraceptive.

5. Modificarea clasificării actuale a cazurilor de proximitate de deces matern, în conformitate cu recomandările OMS, bazate pe insuficiența de organe. Aceasta va contribui la evitarea supraestimării numărului de cazuri de proximitate și interpretării eronate a indicilor de fatalitate generală.

6. Asigurarea durabilității sistemului regionalizat de asistență medicală perinatală prin continuarea fortificării infrastructurii CP, dotarea lor cu echipament medical modern și elaborarea unor mecanisme sigure de triere rapidă a gravidelor, parturientelor și lăuzelor cu complicații severe, afecțiuni grave și risc de proximitate de deces matern către spitalele terțiare multiprofilate, ce ar permite diminuarea riscului de deces.

7. Eficientizarea serviciului obstetrical spitalicesc prin reorganizarea serviciului perinatal și comasarea treptată a CP de nivel I, concentrarea nașterilor în CP de nivel II – interraionale, predestinate unui teritoriu mai larg și unui număr mai mare de populație, având în vedere faptul că structura actuală a serviciului obstetrical și-a utilizat la maxim potențialul existent în condițiile scăderii numărului de nașteri, reducerii capacităților maternităților din spitalele raionale și insuficienței cadrelor medicale.

8. Îmbunătățirea continuă a calității asistenței medicale materne, prin dezvoltarea și implementarea practicilor de elaborare a protocoalelor/ ghidurilor la nivelele național și instituțional, la locul de muncă, coordonat cu comisiile de specialitate și asociațiile profesionale. Revenirea la practicile de organizare la nivel național și la nivel regional a seminarelor de instruire a medicilor, moașelor, asistentelor medicale, prestatorilor de servicii perinatale în domeniile prioritare: medicina bazată pe dovezi, îngrijirile esențiale perinatale, managementul calității totale etc.

La nivel instituțional – centre perinatologice (maternități):

1. Îmbunătățirea rezultatelor și creșterea durabilă a calității asistenței medicale la nivel de maternități, prin perfecționarea mecanismelor existente de colectare sistematică a informației veritabile pentru auditul instituțional al cazurilor de proximitate de deces matern, cu realizarea permanentă a recomandărilor anchetei confidențiale a cazurilor de proximitate de deces matern, analiza sistematică și critică a calității asistenței medicale, inclusiv a procedurilor de diagnostic și tratament, a resurselor și rezultatelor de care au beneficiat pacienții.

2. Continuarea perfecționării instrumentelor de evaluare a serviciilor perinatale. Analiza situației și a problemelor existente în domeniul asistenței materne pentru identificarea problemelor prioritare și specifice, cu utilizarea instrumentelor moderne și eficiente: analiza SWOT, diagrama Pareto, diagrama „os de pește” (diagrama Ishikawa).

3. Susținerea în continuare a acțiunilor de ameliorare a asistenței medicale perinatale și asigurarea calității serviciilor prestate în CP, prin constituirea la nivel de instituție a Comitetelor/ Echipelor Instituționale de Management al Calității în Sănătatea Perinatală pentru rezolvarea problemelor specifice în domeniul sănătății materne și celei perinatale.

4. Preluarea celor mai bune practici de la instituțiile care au obținut succese (activități de benchmarking) la nivel de centre perinatologice, prin compararea performanței instituțiilor de același nivel, cu ajutorul indicatorilor și evaluărilor interne, în scopul preluării experiențelor pozitive pentru implementarea cât mai vastă a celor mai bune practici în asistența medicală maternă. Utilizarea acestui instrument de comparare a performanței între instituțiile medicale va contribui și la o comunicare mai bună la nivelul serviciului de asistență medicală perinatală și se va reflecta pozitiv asupra indicatorilor de sănătate maternă.

Recomandările practice sunt prevăzute pentru factorii de decizie la nivel de guvern, ministere, manageri ai instituțiilor medicale, specialiști în domeniul obstetricii și ginecologiei, perinatologiei, managementului sanitar, medici-rezidenți și studenți seniori ai Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

BIBLIOGRAFIE

1. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova 2011, 2012 [online]. http://cnms.md/_files/12121-anuar%2520statistik.pdf
2. Băieșu M. Managementul Resurselor Umane. Chișinău: ASEM, 2003.
3. Biblioteca on-line a Națiunilor Unite. <http://research.un.org/en/UN70/1976-1985>
4. Borcă A. Salarizarea personalului. Chișinău, ASEM, 2001.
5. Cernetchi O. Formarea cadrelor – factor decisiv în asistența medicală acordată mamei și copilului. În: Buletin de perinatologie, 2008, nr. 4, p. 22-24.
6. Cheianu-Andrei D. Sănătatea reproducerii: beneficiul individual și colectiv. În: Monitorul Social. Chișinău, 2013.
7. Chișu V.A. Manualul specialistului în resurse umane. București: Irecson, 2002.
8. Colegiul Ministerului Sănătății al RM. Notă informativă. Acțiunile întreprinse pentru asigurarea unei gravidități și nașteri fără risc și prevenirea mortalității infantile. http://old.ms.gov.md/_files/2794colegiu%2520asigur%2520unei%2520graviditati.pdf
9. Concepția-cadru de dezvoltare a resurselor umane în sistemul sănătății și planul de acțiuni de implementare. <https://www.old.ms.md/-files/11843>
10. Destinații prioritare pentru recunoașterea diplomelor medicale eliberate de instituțiile de învățământ medical din Republica Moldova, 2013. <http://cnms.md/sites/default/files/Destina%C5%A3ii%20Republica%20Moldova.pdf>;
11. Dondiu I. Asigurarea populației Republicii Moldova cu cadre de medici obstetricieni-ginecologi. În: Buletin de perinatologie. Chișinău, nr. 3 (67), 2015, p. 25-30.
12. Dondiu I. et al. Mortalitatea maternă în Republica Moldova în perioada anilor 2009-2014. În: Buletin de perinatologie. Chișinău, nr. 1 (69), 2016, p.43-49.
13. Dondiu I. Evaluarea potențialului cadrelor de medici obstetricieni-ginecologi din maternitățile Republicii Moldova. În: Buletin de perinatologie. Chișinău, nr. 3 (67), 2015, p. 13-19.
14. Dondiu I. Mortalitatea maternă la domiciliu – un accident grav pentru serviciul medical și comunitate. În: Buletin de perinatologie. Chișinău, nr. 2 (70), 2016, p. 145-149.
15. Dondiu I. Reducerea natalității și indicatorul mortalității materne. În: Materialele Conferinței Naționale Zilele Medicale „Vasile Dobrovici”. Iași, Romania. Ediția a 12-a, 2014, p. 190-191.
16. Dondiu I. Sănătatea maternă în Republica Moldova: provocări și perspective (monografie). Chișinău, 2017.
17. Dondiu I., Darii D., Cazacu Z. Nașterile în Republica Moldova: situația actuală și tendințele pentru următoarele decenii. În: Buletin de perinatologie. Chișinău, nr. 1 (69), 2016, p. 58-65.

18. Dondiu I., Ușanlî A., Guțu E. Evaluarea mortalității materne în Republica Moldova în anul 2015. În: Buletin de perinatologie. Chișinău, nr. 4 (72), 2016, p. 16-22.
19. Done I. Salariul și motivația muncii. București: Expert, 2000.
20. Evaluare la mijloc de termen a implementării Strategiei Naționale a Sănătății Reprodusei 2006-2015. Chișinău, 2011.
21. Friptu V. et al. Ancheta Confidențială a Mortalității Materne: Primul raport de analiză confidențială a mortalității materne în Republica Moldova, 2006-2008. Chișinău, 2010, 28 p.
22. Friptu V. Mortalitatea maternă în Republica Moldova. În: Buletin de perinatologie, nr. 4 (40), 2008, p. 12-15.
23. Friptu V., Railean L. Mortalitatea maternă în Republica Moldova la început de mileniu. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, nr. 2 (11) 2007, p. 134-139.
24. Gagauz O. Profilul sociodemografic al Republicii Moldova la 20 de ani după adoptarea Programului de Acțiune de la Cairo. Chișinău, 2014.
25. Gagauz O. Tendințele principale în evoluția populației Republicii Moldova: un semnal de alarmă pentru autoritățile publice. Conferința Internațională Științifico-Practică „Creșterea economică în condițiile globalizării”. Sesiunea științifică „Dinamica populației și calitatea potențialului uman”. Ediția a X-a. Chișinău, 15-16 octombrie, 2015.
26. Galbur O. Raport cu privire la evaluarea demografică a populației în republică (după vârstă, gender, mediu, tendințele pentru următorii 10 ani) și analiza morbidității în Republica Moldova, țările învecinate și Uniunea Europeană, tendințele și schimbările în ultimii 7 ani. Chișinău, 2010.
http://www.ms.gov.md/sites/default/files/proiecte_desfasurare/raport_cu_privire_la_evaluarea_demografica_0.pdf
27. Gardescu M. J. et al. Mortalitatea maternă în țările dezvoltate din Europa de Vest. În: Revista Medicală Română, vol. LXII, nr. 3, 2015.
28. Grozav A. Evoluția conceptului de tranziție demografică. În: Evoluția demografică a Republicii Moldova. Coordonatori: Matei C., Hachi M. Chișinău, 2014, 210 p., p. 139-143.
29. Grozav A. Evoluția tranziției demografice în Republica Moldova. În: Evoluția demografică a Republicii Moldova. Coordonatori: Matei C., Hachi M. Chișinău, 2014, 210 p., p. 144-155.
30. Grozav A., Sochircă V. Considerații privind tranziția demografică în Republica Moldova. În: Studia Universitatis. Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2011, nr. 6 (46) p. 71-76.
31. Guvernul RM (cu asistența agențiilor ONU). Al doilea Raport cu privire la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, Republica Moldova. Chișinău, 2010.

32. Guvernul RM (cu asistența agențiilor ONU). Al treilea Raport cu privire la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, Republica Moldova. Chișinău, 2013.
33. Guvernul RM. Comisia pentru Populație și Dezvoltare. Moldova – în topul mortalității materne. Raportul Comisiei Naționale pentru Populație, 2016.
<http://demografie.md/index.php?pag=news&opa=view&id=540&tip=noutate&start=80&l>
34. Guvernul RM. Raport cu privire la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului: „Noi provocări – noi sarcini”. Chișinău, 2007. www.gov.md
35. Guvernul RM. Raport cu privire la realizarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului. Chișinău, 2009. www.rapc.gov.md/file/Raport_ODM_prefinal_ro.doc
36. Hachi M., Cocoș I. Evoluția și profilul migrațional al populației Republicii Moldova. În: Evoluția demografică a Republicii Moldova. Coordonatori: Matei C., Hachi M. Chișinău, 2014, 210 p., p. 123-127.
37. Hodorogea S., Buzdugan T., Bologan I. Raport de evaluare a calității implementării Auditului confidențial al cazurilor de proximitate maternă în Centre Perinatologice de nivel II și III din Republica Moldova. Chișinău, 2012, 14 p.
38. Hotărârea Guvernului RM nr. 1171 din 18.12.1997 „Cu privire la Programul Național de ameliorare a asistenței medicale perinatale pentru anii 1997-2002”.
39. Hotărârea Guvernului RM nr. 228 din 15.03.2005 „Cu privire la aprobarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului în Republica Moldova până în 2015 și a Primului Raport Național «Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului în Republica Moldova»”.
40. Institutul de Politici Publice. Raport asupra Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului. Republica Moldova, 2004. www.ipp.md
41. Institutul de Politici Publice. Raport preliminar: Obiectivele Dezvoltării la început de Mileniu, RM. 2003. www.ipp.md
42. Jelamschi N. Fortificarea managementului resurselor umane din sistemul sănătății – probleme și perspective. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, ed. a X-a, vol. 2. Probleme actuale de sănătate publică și management. Chișinău, 2009, p. 306-310.
43. Jelamschi N., Nichita S. Asigurarea populației Republicii Moldova cu medici de familie, 2012.
http://cnms.md/sites/default/files/Asigurarea%20populatiei%20RM%20cu%20medici%20de%20familie_0.pdf ;
44. Jelamschi N., Nichita S. Potențialul uman din sistemul sănătății implicat în acordarea asistenței medicale ftziopneumologice, 2013.
<http://cnms.md/sites/default/files/Poten%C8%9Bialul%20uman%20din%20sistemul%20s%C4%>

83n%C4%83t%C4%83%C8%9Bii%20implicat%20%C3%AEEn%20acordarea%20asisten%C8%9Bei%20medicale%20ftiziopneumologice.pdf ;

45. Lozan O., Galbur O., Jelamschi N. Politica resurselor umane din sănătate în Republica Moldova. În: Management în Sănătate, anul XII, nr. 1-2, 2008. Publicație a Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar. București, 2008, p. 34-40.
46. Lozan O., Jelamschi N. Fezabilitatea serviciului resurse umane din instituțiile medico-sanitare la etapa de tranziție a sistemului sănătății. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, ediția a XI-a, vol. 2. Probleme actuale de sănătate publică și management, 2010. Chișinău, 2010, p. 145-150.
47. Manolescu A. Managementul Resurselor Umane. București: Editura Economică, 2001.
48. Matei C. et al. Cartea verde a populației Republicii Moldova. Chișinău, 2009, 56 p.
49. Matei C. Evoluția mortalității populației Republicii Moldova. În: Evoluția demografică a Republicii Moldova. Coordonatori: Matei C., Hachi M. Chișinău, 2014, 210 p., p. 105-114.
50. Matei C. Managementul demografic și problemele securității demografice. În: Materialele Conferinței Științifice Internaționale “Evoluția demografică și politică a securității demografice”. Chișinău: ASEM, UNFPA, 2010, p. 24-33.
51. Matei C. Speranța de viață la naștere și mortalitatea după cauzele de deces. În: Evoluția demografică a Republicii Moldova. Coordonatori: Matei C., Hachi M. Chișinău, 2014, 210 p., p. 114-122.
52. Matei C., Hachi M. (coord.). Evoluția demografică a Republicii Moldova. Chișinău, 2014, 210 p.
53. Ministerul Muncii și Justiției Sociale din România. Viitorul demografic al Europei: realități și cifre.
[http://www.mmuncii.ro/pub/imagenanager/images/file/Statistica/Buletin%20statistic/2008/Statistica%20sociala%20europeana1\(61\).pdf](http://www.mmuncii.ro/pub/imagenanager/images/file/Statistica/Buletin%20statistic/2008/Statistica%20sociala%20europeana1(61).pdf) ;
54. Ministerul Sănătății al RM. Mortalitatea maternă în RM. [www://old.ms.md/](http://old.ms.md/);
55. Ministerul Sănătății al RM. Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului.
<http://old.ms.md/public/international/ONU/Obiective/Componente/Obiectivul5>
56. Ministerul Sănătății al RM. Raport de referire la analiza fenomenului de migrație a populației din Republica Moldova, inclusiv a cadrelor medicale. Chișinău, 2011. www.ms.gov.md
57. Notă informativă privind realizarea Hotărârii Guvernului nr. 741 din 29.06.2007 „Cu privire la situația demografică în Republica Moldova” (sem. II 2011). www.demografie.md

58. Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului. http://www.apd.ro/files/proiecte/Suport_de_curs-Lumea_mea_creste.pdf];
59. Ordinul Ministerului Sănătății din RM nr. 185 din 18.06.2003.
60. Ordinul Ministerului Sănătății din RM nr. 330 din 04.10.2005 „Cu privire la implementarea Anchetei Confidențiale de analiză a cazurilor de deces matern la nivel național și a cazurilor de proximitate de deces matern la nivel de instituție”.
61. Ordinul Ministerului Sănătății din RM nr. 343 din 12.10.2009.
62. Ordinul Ministerului Sănătății din RM nr. 327 din 04.10.2005.
63. Paladi Gh. Bazele obstetricii fiziologice. Vol. 1, capitolul, 19. Chișinău, 2006. http://library.usmf.md/old/downloads/ebooks/Paladi_Bazele_obstetricii_fiziologice_Vol_1_2006/Capitolul_19.pdf
64. Paladi Gh. et al. Transformări demografice, viață familială și sănătatea populației. Chișinău: Tipogr. “Totex-lux”, 2007.
65. Paladi Gh., Cernetchi O., Dondiu I. Pierderile reproductive – rezervă importantă în menținerea numerică a populației Republicii Moldova. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, nr. 1 (42). Chișinău, 2014, p. 41-48.
66. Paladi Gh., Dondiu I. Factorii determinanți ai proceselor demografice în Republica Moldova. În: Materialele Conferinței Internaționale Științifico-practice „Creșterea Economică în condițiile globalizării”. Ediția a X-a. Chișinău, 2015, p. 11-25.
67. Paladi Gh., Dondiu I., Penina O. Caracteristica fenomenului demografic și prognoza numărului și structurii de vârstă și sex a populației Republicii Moldova, 2014-2035. În: Evoluția demografică a Republicii Moldova. Chișinău: ASEM, 2014, 210 p., p. 179-195.
68. Paladi Gh., Dondiu I., Strătilă M. Impactul reformelor organizatorice asupra indicilor principali ai sănătății reproducerii și necesitatea restructurării continue a serviciului obstetrical. În: Materialele Conferinței a IV-a de Medicină Perinatală cu participare internațională. Buletin de Perinatologie, nr. 3 (51) – Nr. 4 (52). Chișinău, 2011, p. 33-38.
69. Paladi Gh., Gagauz O., Penina O. Îmbătrânirea populației în Republica Moldova: consecințe economice și sociale. Chișinău: Editura Policolor, 2009.
70. Paladi Gh., Penina O. Particularități specifice ale procesului de îmbătrânire demografică a populației în Republica Moldova, anii 1930-2004. În: Transformările demografice, viață familială și sănătatea populației. Resp. ed. Paladi, Gh. et al. Chișinău: Tipogr. “Totex-lux”, 2007.
71. Paladi Gh., Penina O., Dondiu I. Situația demografică în Republica Moldova: trecut, prezent, viitor. În: Revista Akademos, nr. 4 (39). Chișinău, 2015, p. 59-66.

72. Paladi Gh., Roșca P., Dondiu I. Rolul catedrelor de obstetrică și ginecologie ale USMF "Nicolae Testemițanu" în dezvoltarea științei obstetricale și ocrotirii sănătății Mamei și Copilului în Republica Moldova. În: Buletin de perinatologie, nr. 4 (48). Chișinău, 2010, p. 17-20.
73. Paladi Gh., Stratilă M. Indicatorii principali de sănătate reproductivă umană. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale, nr. 2/(21) 2009. Chișinău, 2009, p. 206-216.
74. Portalul de știri Point.md: Anchetele confidențiale ale medicilor scot la iveală adevăratele motive ale deceselor materne. <https://point.md/ru/novosti/obschestvo/anchetele-confidentiale>;
75. Politica Națională de Sănătate 2007-2021. În: Monitorul Oficial, nr. 127-130 din 17.08.2007, art. 931.
76. Politica Națională de Sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 886 din 06.08.2007.
77. Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale. Ghidul A Național de Perinatologie. Chișinău, 2006.
78. Raportul auditului performanței „Managementul resurselor umane al Ministerului Sănătății și procedurile implementate de instituțiile medico-sanitare publice contribuie la gestionarea eficientă și eficace a personalului medical?”, examinat în cadrul ședinței publice a Curții de Conturi a RM din 21 iulie 2014.
79. Roșca P., Gaidău E. Mortalitatea maternă cauzată de complicațiile septico-purulente în Republica Moldova în anii 1990-1999. În: Materialele Conferinței științifico-practice consacrate jubileului a 40 de ani de activitate a SCM nr. 1. Chișinău, 2001, p. 188-193.
80. Serviciul perinatologic – management, tehnologii, calitate.
<http://documents.tips/documents/serviciul-perinatologic.html>
81. Serviciul perinatologic regionalizat: niveluri și conținut. Ghidul B Național de Perinatologie. Ediția a doua. Chișinău, 2006.
82. Strategia Națională a sănătății reproducerii, aprobată prin Hotărârea Guvernului RM nr. 913 din 26.08.2005.
83. Strategie de dezvoltare a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” din RM în perioada 2011-2020. <https://www.usmf.md>
84. Stratulat P. et al. Experiența implementării proiectelor instituționale pilot de management al calității. În: Buletin de perinatologie, nr. 2. (50). Chișinău, 2011, p. 57-62.
85. Stratulat P. et al. Manual de indicatori naționali în asistența perinatală. Chișinău, 2005, 240 p.

86. Stratulat P. Situația actuală în asistența perinatală și problemele existente în asistența mamei și copilului. În: Buletin de perinatologie, nr. 4 (40), 2008, p. 3-11.
87. Stratulat P., Curteanu A. Fortificarea sistemului asistenței serviciilor perinatale de calitate. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, nr. 2 (11), 2007, p. 244-255.
88. Stratulat P., Curteanu A., Carauș T. Situația demografică în Republica Moldova și calitatea serviciilor perinatale. În: Buletinul Academiei de Științe, 2006, nr. 3 (7), p. 270-276.
89. Statistica Moldovei. Populația și procesele demografice. www.statbank.statistica.md
90. www.tradingeconomics.com/moldova/population
91. Бабынина Л.С. Управление персоналом. Доходы и заработная плата. Москва: Экзамен, 2003.
92. Башмакова Н.В. и др. Профилактика материнской смертности: мониторинг при беременности и в родах. В: Акушерство и гинекология, № 2. Москва, 2011, с. 86-92.
93. Богданова Е.В. и др. Пути улучшения качества медицинской помощи в акушерском стационаре. В: Главная медицинская сестра, № 6, 2010, с. 41–45.
94. Ветлужских Е. Мотивация и оплата труда. Инструменты. Методики. Практика. Москва: Альпина Бизнес Букс, 2007.
95. Гагауз О. Низкая рождаемость в Молдове. В: Demoscope weekly, № 457-458. Москва: Институт Демографии Университета Высшей Школы Экономики, 2011. <http://demoscope.ru/weekly/2011/0457/index.php>
96. Гридчик А.Л. Кадры родовспоможения – упущенные возможности модернизации здравоохранения. В: Материалы XV Всероссийского научного форума «Мать и дитя». Москва, 2014, с. 402–403.
97. Гусева Е.В., Филиппов О.С. Эффективность современных организационных технологий в профилактики и снижении материнской смертности в Российской Федерации. В: Российский вестник акушера-гинеколога, № 3, 2009, с. 4–8.
98. Денисенко М.Б., Калмыкова Н.М. Демография. Учебное пособие. Москва: ИНФРА-М, 2007, 423 с.
99. Дондюк Ю. Кадровый потенциал специалистов акушер-гинекологов родовспомогательных учреждений Республики Молдова. В: Материалы XV Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». Москва, 2014, с. 403-404.
100. Дондюк Ю. Цели развития тысячелетия. Оценка реализации задачи улучшения охраны материнского здоровья в Республике Молдова. В: Материалы XI Международного конгресса по репродуктивной медицине. Москва, 2017, с. 13-14.

101. Кузнецова Т.В., Суханова Л.П., Глушченкова В.А. Эволюция акушерской патологии в России. В: Здоровоохранение Российской Федерации, № 4, 2008, с. 27–32.
102. Левина Н.Н. Проблемы, обусловленные современными тенденциями госпитализации беременных и рожениц в перинатальные центры разных уровней. В: Вопросы организации и информатизации здравоохранения. Рец. Аналит. Информбюр. Минск: БЕЛЩМТ, № 2, 2005, с. 41–43.
103. Либанова Е.М. Продолжительность жизни населения Украины: анализ прошлого, оценка настоящего и прогноз будущего. În: Materialele Conferinței Științifice Internaționale „Procesele sociodemografice în societatea contemporană: de la meditații la acțiuni”. Chișinău: AȘM, Institutul Integrare Europeană și Științe Politice, 2009, p. 29-40;
104. Магура М. Мотивация труда персонала и эффективность управления. В: Управление персоналом, № 6, 2003, с. 22.
105. Маев И.В. и др. Потребность Российской Федерации во врачебных кадрах. В: Менеджер Здравоохранения, № 10, 2013.
106. Мартыненко А.В., Воробцова Е.С. Мнение акушеров-гинекологов о роли специалистов социальной работы в охране репродуктивного здоровья и планирования семьи. В: Проблемы управления здравоохранением, № 6, 2010. с. 26-30.
107. Матей К., Прока В.Е., Хорев Б.С. География населения Молдавской ССР и демографические процессы. Кишинев: Штиинца, 1985, 118 с.
108. Медков В.М. Демография. Москва, 2004, 507 с.
109. Митковская Е.В. Региональные особенности акушерско-гинекологической помощи в России. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2014.
110. Никита С.В., Желамски Н.Д. Развитие кадрового потенциала систем здравоохранения, современная оценка ситуации и тенденций кадровых ресурсов. В: Аналитико-информационный бюллетень. Вопросы организации и информатизации здравоохранения, № 4, Минск, 2012 с. 21-26.
http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000798_39566_St3_Konference_4_2012.pdf
111. Никифоров С.А. Муниципальное Здравоохранение – пути повышения ресурсного потенциала. В: Здоровоохранение Российской Федерации, № 4, 2008, с. 19–21.
112. Никонов Е.Л. и др. Оценка качества медицинской помощи в учреждениях родовспоможения. В: Кремлевская медицина, № 1, 2009, с. 128–131.

113. Новиков Б.Н. и др. Анализ качества медицинской помощи при родовспоможении. В: Зам. Глав. Врача, № 11, 2008, с. 44–51.
114. Палади Г.А., Дондюк Ю.В. Социальные аспекты материнской смертности в Республике Молдова. В: Материалы XV Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». Москва, 2014, с. 424-425.
115. Палади Г., Гагауз О., Пенина О. Старение населения: региональный аспект. В: Demoscope weekly, 2011. Москва: Институт Демографии Университета Высшей Школы Экономики, Россия, 2011. <http://demoscope.ru/weekly/2011/0457/analit02.php>
116. Палади Г., Шахотико Л., Гагауз О. Основные вызовы демографической безопасности: сходства и различия в Молдове и Беларуси. Chişinău: Editura Ştiinţa, 2010, 294 с.
117. Пенина О., Меле Ф., Валлен Ж. Продолжительность жизни и причины смерти в Молдове. В: Demoscope weekly, № 455-456. Москва: Институт Демографии Университета Высшей Школы Экономики, 2011.
118. Радзинский Б.Ф. Акушерская агрессия. Москва, 2011.
119. Сакевич В. Материнская смертность в Восточной Европе и Центральной Азии. В: Demoscope Weekly, № 529-530, 2012. <http://eeca.unfra.org/public/lang/ru/pid/4087>
120. Старченко А.А. и др. Менеджмент качества медицинской помощи, классификация дефектов оказания помощи в акушерстве и гинекологии. В: Клиническая анестезиология и реаниматология. Научно-практический журнал, № 3, том 5, 2008, с. 66–72.
121. Стрючков В.В., Сапрыкина А.Г. Повышение доступности медицинской помощи сельским жителям. В: Здравоохранение, № 6, 2008, с. 47-50.
122. Суханова Л.П., Складар М.С., Уткина Г.Ю. Современные тенденции репродуктивного процесса и организации службы родовспоможения в России. В: Здравоохранение Российской Федерации, № 5, 2008, с. 37–42.
123. Сухих Г.Т. и др. Перспективы формирования национального законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья граждан РФ. В: Акушерство и гинекология, № 5, 2010, с. 3-5.
124. Токова З.З., Юсупова А.Н. 20 лет инициативе ВОЗ "Безопасное материнство" в России. В: Здравоохранение Российской Федерации, № 3, 2009, с. 25-30.
125. Филиппов О.С., Гусева Е.В. Многоуровневая система организации акушерской помощи и показатель материнской смертности. В: Здравоохранение, № 7, 2009, с. 29-37.
126. Фролова О.Г. и др. Аборт как причина материнской смертности. В: Вестник Российского университета дружбы народов, № 7, 2009, с. 146-148.

127. Чумакова О.В. и др. О совершенствовании оказания медицинской помощи матерям на современном этапе. В: Вопросы современной Педиатрии, № 5, 2008, с. 16-19.
128. Шувалова М.П. и др. Кадровое обеспечение врачами акушерами-гинекологами в России и регионах. В: Материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». Москва, 2012, с. 461–462.
129. Шувалова М.П. и др. Кадры акушерского профиля, состояние и перспективы. В: Акушерство и гинекология, № 4, 2013.
130. Cash R. et Ulmann P. Projet OCDE sur la Migration des Professionnels de Santé: Le Cas de la France. OECD Health Working Papers 36, 2008.
131. Chesnais J.-C. La transition demographique. Etapes, formes, implications économiques. In: Etude series temporelles relatives a 67 pays. Paris, 1986. 498 p.
132. Abou Zahr C. Safe Motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. In: British Medical Bulletin, 2003, nr. 67 (1), p. 13-25.
<https://academic.oup.com/bmb/article/67/1/13/330395/Safe-Motherhood-a-brief-history-of-the-global>
133. Abouchadi S. et al. Preventable maternal mortality in Morocco: the role of hospitals. In: Tropical Medicine and International Health, 2013, vol. 18, nr. 4, p. 444–450.
134. Adisasmita A. et al. Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia. In: BMC Pregnancy and Childbirth, 2008, nr. 8, p. 10. doi:10.1186/1471-2393-8-10
135. Alkema L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. In: Lancet. Published online, November, 2015. doi:10.1016/S0140- 6736(15)00838-7
136. Almerie Y. et al. Obstetric near-miss and maternal mortality in maternity university hospital, Damascus, Syria: a retrospective study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2010.
137. Araujo C. and Diniz A. The campaign in Brazil: From the technical to the political. In: Maternal Mortality and Morbidity: A Call to Women for Action. Amsterdam: Women's Global Network for Reproductive Rights and the Latin American & Caribbean Women's Health Network/ISIS International, 1990.
138. Armstrong M.A. Handbook of Employee Reward. 2nd edition, London: Kogan Page, 2007.

139. Ballard K.D. et al. Why do general practitioners from France choose to work in London practices? A qualitative study. În: British Journal of General Practice, 2004, nr. 55 (511), p. 147–148.
140. Barnard K., editor. The future of health – Health of the future. Fourth Consultation on Future Trends. – Published on behalf of the WHO Regional Office for Europe by the Nuffield Trust, 2003. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98312/E81516.pdf?ua=1
141. Benbow A., Maresh M. Reducing maternal mortality, reaudit of recommendation in reports of confidential enquiries into maternal deaths. În: Br. Med. J., 1998, nr. 317, p. 431-432.
142. Bergsj P., Bakketeig L., Langhoff-Roos J. The development of perinatal audit: 20 years' experience. În: Acta Obstet. Gynecol. Scand., 2003.
143. Billingsley S. Fertility Behavior in Armenia and Moldova: The Decline during the Post-Soviet Transition and Current Preferences. DHS Working Papers, nr. 45, 2008.
144. Billingsley S. The Post-Communist Fertility Puzzle. În: Popul. Res. Policy Rev., 2010, nr. 29(2), p. 193–231.
145. Blencowe H. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. În: Lancet Global Health, 2016, nr. 4 (2), p. e98-e108.
146. BMMS. Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey, 2001. NIPORT; MEASURE/DHS + ORC MACRO.
147. Bongaarts J. Human population growth and the demographic transition. Philos. În: Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci., 2009; nr. 364(1532), p. 2985–2990.
148. Bongaarts J., Rodolfo A. Bulatao. Completing the Demographic Transition. <https://pdfs.semanticscholar.org/2d74/15e6aae5e329544531a7e65bb975867acaa8.pdf>
149. Boundless. Demographic Transition Theory. Boundless Sociology. Boundless, Sep., 2016. <https://www.boundless.com/sociology/textbooks/boundless-sociology-textbook/population-and-urbanization-17/population-growth-122/demographic-transition-theory-690-10230/>
150. Brown D., Reward Strategies. From intent to impact. London: CIPD, 2001.
151. Buchan J. et al. Health Professional Mobility in a Changing Europe. În: Observatory Studies Series, nr. 32, 2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/248343/Health-Professional-Mobility-in-a-Changing-Europe.pdf?ua=1
152. Buchan J., Pefilieva G. Health worker migration in the European Union: country case studies and policy implications. In: Wiskow C. (ed.). Health worker migration flows in Europe. Geneva: International Labour Office (ILO Working Paper no. 245), 2006.

153. Caldwell John C. Demographic Transition Theory, Chapter 5, nr. 10, 2006.
154. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and WHO. Epi Info 2002 – Database and statistics software for public health professionals. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 2002.
155. Clarke N. HRD and the challenges of assessing learning in the workplace. In: International Journal of Training and Development, 2004, nr. 8 (2), p. 140–156.
156. Cochet L., Pattinson R.C., MacDonald A.P. Severe acute maternal morbidity and maternal death audit – a rapid diagnostic tool for evaluating maternal care. In: S. Afr. Med. J., 2003.
157. Committee on Quality of Health Care in America: A New Health System for the 21st Century, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: Institute of Medicine, 2001.
158. Conde-Agudelo A., Belizan J.M., Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004, p. 342–349.
159. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Why mothers die 2000-2002 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, London, 2003.
160. Cook R. Advance safe motherhood through human rights. In: Starrs A. (ed) The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. New York: Family Care International, 1997.
161. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity (Protocol) 1 ©The Cochrane Collaboration, 2005.
162. Crombie I.K. et al (editors). The audit handbook. Improving health care through audit. New York: John Wiley & Sons, 1997.
163. Dal Poz MR. et al. Counting health workers: definitions, data, methods and global results. Geneva, WHO, 2006 [online]. <http://www.who.int/hrh/documents/en>
164. David E. et al. Maternal near miss and maternal deaths in Mozambique: a cross-sectional, region-wide study of 635 consecutive cases assisted in health facilities of Maputo province. BMC Pregnancy and Childbirth, 2014.
165. Davis K. The World Demographic Transition. In: Annals of the American Academy of Political and Social Science, 1945, 237 p.
166. Department of Health, Welsh Office, Scottish Office Department of Health, Department of Health, and Social Services, Northern Ireland. Why Mothers Die. Report on Confidential

Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, 1997-1999. London, England: The Stationery Office, 2001.

167. Dias de Souza J., Duarte G., Basile-Filho A. Near-miss maternal morbidity in developing countries. Letter. In: European Journal of obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology, 2002, nr. 104(1), p. 80.
168. Dondiu I., Ushanly A. Young obstetrics and gynecology doctors – a valuable potential in overcoming the deficiency of specialists and decreasing of the maternal mortality rate in the districts of the Republic of Moldova. In: Curierul Medical. Chişinău, vol. 59, nr. 1, 2016, p. 7-13.
169. Drife J.O. Perinatal audit in low- and high-income countries. In: Semin. Fetal. Neonatal Med., 2006, nr. 11, p. 29-36.
170. Dubois C.-A., McKee M., Nolte E., eds. Human resources for health in Europe. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
171. Dumont J.-C., et al. International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities. In: OECD Health Working Papers 40, Organization for Economic Co-operation and Development & WHO, 2007.
172. Dussault G. et al. Migration of health personnel in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/95689/E93039.pdf
173. Eguchi N. Do We Have Enough Obstetricians? A survey by the Japan Medical Association in 15 countries. In: JMAJ, 2009, nr. 52(3), p. 150–157.
174. European Health for all Database . HFA-DB, WHO – Europe, July 2016.
https://gateway.euro.who.int/ru/visualisations/line-charts/hfa_90-maternal-deaths-per-100-000-live-births/
175. Eurostat – Population. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data>
176. Farquhar C., Sadler L., Masson V., et al. Beyond the numbers: classifying contributory factors and potentially avoidable maternal deaths in New Zealand, 2006–2009. In: Am. J. Obstet. Gynecol., 2011, p.1-8.
177. Fathalla M. From Obstetrics and Gynaecology to Women's Health: The Road Ahead. New York, London: Parthenon Publishing, 1997.

178. Fifty-fifth session of the United Nations General Assembly, item 40 of the provisional agenda. Follow-up to the outcome of the Millennium Summit. Road Map Towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration. Report of the Secretary-General (A/56/326). September, 2001.
179. Filippi V. et al. Maternity wards or emergency obstetric rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals. In: *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, 2005, p. 11-16.
180. Flottorp S.A. et al. Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
181. Fondren L.K., Ricketts T.C. The North Carolina Obstetrics access and professional liability study: a rural-urban analysis. In: *J. Rural Health*, 1993, p. 129–137.
182. Galan A. Health worker migration in selected CEE countries: Romania. In: Wiskow C (ed.). *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected CEE*. Geneva: International Labour Office (ILO Working Paper No. 245), 2006.
183. Galbur O., Jelamschi N. The migration phenomenon of health professionals in the Republic of Moldova. *Scientific Annals, Thirteenth Edition, 2nd Volume*. In: *Social Medicine, University Days*, 17-19 October, 2012. Chisinau, 2012, p. 272-281.
184. Gei G., Hankins G. Amniotic fluid embolism: An update. In: *Contemporary OB/GYN*, 2000, p. 53–62.
185. Gheorghită V., Bădescu (Pădurețu) A. Discussion on Demography and Human Development: An Examination of Natality and Mortality in Post-Communist Romania. In: *RSP*, no. 48, 2015, p. 151-168.
186. Girasek E. et al. Analysis of a survey on young doctors' willingness to work in rural Hungary. In: *Human Resources for Health*, 2010, nr. 8, p. 13.
187. Griner P. The workforce for health response. In: *2020 vision: health in the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press for the Institute of Medicine, 1996, p. 102–107.
188. Hamilton K. & Yau J. *The Global Tug-of-War for Health Care Workers*. Washington, DC: Migration Policy Institute, 2001.
<http://www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=271>
189. Harrison R. *Employee Development*. 2nd edition, London: IPM, 2000.
190. Harrison R. *Learning and Development*. 4th edition, London: CIPD, 2005.
191. Hern M. J. et al. Creating an international nursing practice and education workplace. In: *Journal of Pediatric Nursing*, 2005, p. 34–44.

192. Hernandez P. et al. Measuring expenditure for the health workforce: challenges and evidence. Geneva: WHO, 2006. <http://www.who.int/hrh/documents/en>
193. Herzberg F.I. One more time: How do you motivate employees? In: Harvard Business Review, 1987, Sep./Oct. 1987, vol. 65, issue 5, p. 109-120.
194. Holman H., Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership as a prerequisite for effective and efficient health care. In: BMJ, 2000, nr. 320, p. 525-527.
195. Howe A. et al. New perspectives – approaches to medical education at four new UK medical schools. In: British Medical Journal, 2004, p. 327-331.
196. Huczynski A.A., Buchanan D.A. Organizational Behaviour. 6th edition. Harlow: FT Prentice Hall, 2007.
197. Hyde R. Germany plans to lure doctors back from west to east. In: Lancet, 2005.
198. International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo, Egypt, 1994. <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>
199. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. In: Support of Millennium Development Goals. Activities of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. <https://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/health-mdgs-en.pdf>
200. Ivancevich J., Konopaske R., Matteson M. Organizational Behavior and Management. Boston: McGraw-Hill/Irwin, 2008.
201. Jabir M., Abdul-Salam I., Suheil D. Maternal near miss and quality of maternal health care in Baghdad, Iraq. BMC Pregnancy Childbirth, 2013.
202. Jamison D. T. et al. Global health 2035: a world converging within a generation. In: Lancet, 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)
203. Jamshidi H.R., Cook D.A. Some thoughts on medical education in the twenty-first century. In: Medical Teaching, 2003, p. 229–238.
204. Jayaratnam S. et al. Maternal 'near miss' at Royal Darwin Hospital – an analysis of severe maternal morbidity at an Australian regional tertiary maternity unit. In: Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol., 2016; nr. 5. doi: 10.1111/ajo.12436
205. Jelamschi N. Particularities of Functioning of the Health System in the Republic of Moldova under Migration of Medical Staff. In: Migration and Development in the Moldovan Health System. Chisinau–Leipzig, 2012, p. 98-107, 236-245.
206. JHPIEGO: Monitoring birth preparedness and complication readiness: tools and indicators for maternal and newborn health. Baltimore, 2004.

207. Jinks C. et al. Mobile medics? The mobility of doctors in the European Economic Area. In: *Health Policy*, 2000, p. 45–64.
208. Jones R. B. et al. The clinician's role in meeting patient information needs: suggested learning outcomes. In: *Medical Education*, 2001.
209. Jones R. et al. Changing face of medical curricula. In: *Lancet*, 2001, p. 699–703.
210. Joseph K. et al. Investigation of an increase in postpartum hemorrhage in Canada. Presented at the 19th Annual Meeting of the Society for Pediatric and Perinatal Epidemiologic Research, Seattle, June 20–21, 2006.
211. Kachur D.K., Krajic K. Structures and trends in health profession education in Europe. In: Dubois C.-A., McKee M., Nolte E., eds. *Human resources for health in Europe*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2005, p. 79-97.
212. Kassebaum J. et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60696-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60696-6/abstract)
213. Kaye D., Kakaire O., Osinde M. Systematic review of the magnitude and case fatality ratio for severe maternal morbidity in sub-Saharan Africa between 1995 and 2010. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2011.
214. Knight M. Amniotic fluid embolism: active surveillance versus retrospective database review. In: *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2008.
215. Knight M. Eclampsia in the United Kingdom, 2005. In: *BJOG*, 2007.
216. Kongnyuy E., van den Broek N. The difficulties of conducting maternal death reviews in Malawi. *BMC, Pregnancy Childbirth*, 2008.
217. Kusiako T., Ronsmans C., van der Paal L. Perinatal mortality attributable to complications of childbirth in Matlab, Bangladesh. In: *Bull.WHO*, 2000, nr. 78(5), p. 621-627.
218. Lawn J. et al. Two million intrapartum-related stillbirths and deaths: Where, why, and what can be done? In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, nr. 107, 2009, p. S5–S19.
219. Leśniowska J. Migration patterns of Polish doctors within the EU. In: *Eurohealth*, 2007.
220. Liese B., Blanchet N., Dussault G. The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa. Washington, DC: World Bank, 2003.
221. Litvak E. et al. Improving Patient Flow and Throughput in California Hospitals Operating Room Services. Boston University Program for Management of Variability in Health Care Delivery.

- Guidance document prepared for the California Healthcare Foundation (CHCF), 2007.
<http://www.ihoptimize.org/knowledge-center-publications.htm>
222. Litvak E. Institute for Healthcare optimisation. <https://www.hsph.harvard.edu/eugene-litvak/institute-for-healthcare-optimization-wwwihoptimizeorg/>
 223. Litvak E. Managing Patient Flow in Hospitals: Strategies and Solutions. Second Edition. <http://www.jointcommissioninternational.org/managing-patient-flow-in-hospitals-strategies-and-solutions-second-edition/>
 224. Litvak E. Population health requires healthcare optimization. In: Population Health News, vol. 1, issue 6, September, 2014. <http://www.ihoptimize.org/Collateral/Documents/English-US/9.15.14%20Population%20Health%20News.pdf>
 225. Lotufo F. et al. Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit. In: Clinics (Sao Paulo), 2012, p. 225–230.
 226. Luexay Ph. et al. Maternal near-miss and mortality in Sayaboury Province, Lao PDR. BMC Public Health, 2014.
 227. Lupușor A. et al. Republic of Moldova 2016. State of the country Report. Chișinău, 2016.
 228. Mahler H. Address to the Nairobi Safe Motherhood Conference. Geneva: World Health Organization, 1987.
 229. Mancey-Jones M., Brugha R. Using perinatal audit to promote change: a review. Health Policy Plan, 1997.
 230. Mantel G. et al. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition of a near miss. In: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1998.
 231. Mareckova M. Exodus of Czech doctors leaves gaps in health care. In: Lancet, 2006, nr. 363(9419), p. 1443–1446.
 232. Marsh D.R. et al. Advancing newborn health and survival in developing countries: a conceptual framework. In: J. Perinatol., 2002, nr. 22(7), p. 572-576.
 233. Maslow A.H. A Theory of Human Motivation. In: Psychological Review, nr. 50, 1943, p. 370-396.
 234. Maternal Mortality and Morbidity: A Call to Women for Action. Amsterdam: Women's Global Network for Reproductive Rights and the Latin American & Caribbean Women's Health Network/ISIS International, 1990.
 235. McLachlan J.C. Outreach is better than selection for increasing diversity. In: Medical Education, 2005, p. 872–875.

236. Merali H. et al. Audit-identified avoidable factors in maternal and perinatal deaths in low resource settings: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/280>
237. Minkauskiene M. et al. Systematic review on the incidence and prevalence of severe maternal morbidity. In: *Medicina (Kaunas)*, 2004, p. 299-309.
238. Mkandawire C. Near miss maternal morbidity at the University Teaching Hospital, Lusaka – a descriptive study. Dissertation for the degree of master of medicine in obstetrics and gynecology. The University of Zambia, School of Medicine, 2010.
239. Mohammadi S. et al. Maternal near-miss at university hospitals with cesarean overuse: an incident case-control study. In: *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2016, p. 777-786.
240. Montgomery K. Demographic transition. <http://pages.uwc.edu/keith.montgomery/Demotrans/demtran.htm>
241. Mulholland G., Özbilgin M. and Worman D. *Managing Diversity: Linking theory and practice to business performance*. London: CIPD, 2005.
242. Mustafa R., Hashmi H. Near-Miss Obstetrical Events and Maternal Deaths. In: *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 2009, p. 781-785.
243. Nyamtema A. et al. Factors for change in maternal and perinatal audit systems in Dar es Salaam hospitals, Tanzania. In: *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2010, nr. 10, p. 29.
244. OECD. Gynaecologists and obstetricians, and midwives. In *Health at a Glance, 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-24-en
245. OECD. *International migration outlook 2007*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
246. OECD. *International migration outlook 2010*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
247. OECD. *The looming crisis in the health workforce. How can OECD countries respond?* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008.
248. Okong P. et al. Audit of severe maternal morbidity in Uganda – implications for quality of care. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 2006, p. 797-804.
249. Oladapo O. et al. "Near-miss" obstetric events and maternal deaths in Sagamu, Nigeria: a retrospective study. In: *Reprod. Health*, 2005.
250. Palmer D. *Human resources for health care study: Malawi's emergency human resources programme*. DFID Malawi, December 2004.

251. Pattinson R. et al. on behalf of the WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. In: Bulletin of the WHO, 2009, p. 734-734.
252. Pattinson R. et al. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. In: Cochrane Database Syst. Rev., 2005.
253. Patton G.C. et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. In: Lancet, 2009, p. 881–892.
254. Penina O., Grigoriev P., Jdanov D. Producing reliable mortality estimates in the context of distorted population statistics: the case of Moldova. Rostock: Max Planck Institute for Demographic Research, 2015.
255. Penina O., Meslé F., Vallin J. Correcting for Under-Estimation of Infant Mortality in Moldova. In: Population – E. 2010, vol. 65, nr. 3, p. 499-514.
256. Perfilieva G. Human Resources for Health Data: Technical Meeting of SEE HN NFPs in HRH. <https://docs.google.com/file/d/0B0kqEUMFhB5CRVR6TU4yMDNYa2M/edit> Chisinau, 2012
257. Philipov D., Spéder Z., Billari F. Soon, later or ever? The impact of anomie and social capital on fertility intentions in Bulgaria (2002) and Hungary (2001). In: Population Studies, 2006; nr. 60(3), p. 289–308. doi: 10.1080/00324720600896080
258. PLoS Medicine editors. Improving health by investing in medical education. In: PLoS Medicine, 2005.
259. Preston H.S., Heuveline P., Guillot M. Demography: Measuring and Modelling Population Processes. In: Blackwell Publishers Ltd., 2001, p. 291.
260. Pruitt S.D., Epping-Jordan J.E. Preparing the 21st century global healthcare workforce. In: BMJ, 2005, nr. 330, p. 637-639.
261. Rabinowitz H.K. et al. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. In: Journal of the American Medical Association, 2001, vol. 286, no. 9, p.1041-1048.
262. Rayburn W.F. et al. Distribution of American Congress of Obstetricians and Gynecologists fellows and junior fellows in practice in the United States. In: Obstet. Gynecol., nr. 119(5), 2012.
263. Rechel B., Dubois C.-A., McKee M. The Health Care Workforce in Europe – Learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/91475/E89156.pdf?ua=1
264. Reynolds, J. Helping People Learn. London. CIPD, 2004.

265. Riise A. Optimisation in Health Care. <http://www.sintef.no/en/information-and-communication-technology-ict/applied-mathematics/optimization/health-care-optimization/#/>
266. Ritchie J., Power C., Hughes J. Using Individual Patients' Needs for Nursing Human Resources Planning. Canadian Health Services Foundation, 2003.
267. Ronsmans C. What is the evidence for the role of audits to improve the quality of Obstetric care. In: Studies in HSO&P, 2001, p. 207-227.
268. Ronsmans C., Filippi V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors from life-threatening complications. In: Beyond the Numbers: Reviewing Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva: WHO, 2004, p. 103-124.
269. Ronsmans C., Filippi V. Improving obstetric care through near miss audit. In: Child Health Dialogue, 2000.
270. Roopa P. et al. "Near Miss" Obstetric Events and Maternal Deaths in a Tertiary Care Hospital: An Audit. In: Journal of Pregnancy, vol. 2013, 2013, Article ID 393758, 5 p.
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/393758>
271. Rosenfield A., Maine D. Maternal mortality – a neglected tragedy. Where is the M in MCH? In: Lancet, 1985, nr. 2, p. 83–85.
272. Rozina M., Haleema H. Near-Miss Obstetrical Events and Maternal Deaths. In: Journal of the College of Physicians and Surgeons. Pakistan, 2009, vol. 19 (12), p. 781-785.
273. Rudra A. et al. Amniotic fluid embolism. In: Indian J. Crit. Care. Med., 2009, p. 129–135.
274. Say L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. In: The Lancet Global Health, 2014, vol. 2, issue 6, p. e323-e333.
[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)
275. Say L., Pattinson R., Gülmezoglu A. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: The prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health, 2004.
276. Say L., Souza, J. P., Pattinson R. C. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. In: Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, nr. 23, 2009, p. 287-296.
277. Sayeba A. Presentation of workshop on facility based maternal death review at Dhaka Medical College Hospital. Dhaka, 2005.
278. Shrestha N., Saha R., Karki C. Near miss maternal morbidity and maternal mortality at Kathmandu Medical College Teaching Hospital. In: Kathmandu University Medical Journal, 2010, vol. 8, no. 2, issue 30, p. 222-226.

279. Sîrbu O. Economic and social aspects of the demographic ageing process in the Republic of Moldova. In: Scientific Papers Series Management, Economic Engineering in Agriculture and Rural Development, vol. 13, issue 1, 2013, p. 353-360.
280. Sobotka T., Skirbekk V., Philipov D. Economic recession and fertility in the developed world. A literature review. European Commission Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities" Unit E1 – Social and Demographic Analysis. February, 2010.
281. Souza J. et al. Appropriate criteria for identification of near-miss maternal morbidity in tertiary care facilities: a cross sectional study. In: BMC Pregnancy Childbirth, 2007, nr. 7, p. 20-30.
282. Souza J. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. In: BMC Medicine, 2010.
283. Souza J. et al. Maternal morbidity and near miss in the community: findings from the 2006 Brazilian demographic health survey. In: BJOG, 2010, nr. 117, p. 1586-1592.
284. Souza J. et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. In: Bull. WHO, 2010, nr. 88, p. 113-119.
285. Souza J., et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. In: BJOG, 2014, nr. 121 (suppl. 1), p. 1-4.
286. Speybroeck N. et al. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Geneva: WHO, 2006.
[http:// www.who.int/hrh/documents/reassessing_relationship.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/reassessing_relationship.pdf)
287. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva: WHO, 2015.
http://www.everywomaneverychild.org/images/EPMM_final_report_2015.pdf
288. Supratikto G. et al. A district based audit of the causes and circumstances of maternal deaths in South Kalimantan, Indonesia. In: Bull. WHO, 2002, p. 228-234.
289. Statista: The Statistics Portal. Moldova: Fertility rate from 2005 to 2015.
<https://www.statista.com/statistics/513285/fertility-rate-in-moldova/>
290. Taly A., Gupta Sh., Jain N. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. In: J. Obstet. Gynecol. Ind., 2004, vol. 54, no 5, p. 478-482.
291. The First World Congress on Maternal Mortality: Marrakesh (Morocco), March 8-14, 1997.
https://books.google.md/books/about/The_First_World_Congress_on_Maternal_Mor.html?id=J8DeAAAACAAJ&redir_esc=y
292. The Joint Learning Initiative. Human resources for health. Overcoming the crisis. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2004.

293. The Pew Health Professions Commission. Critical challenges: revitalizing the health professions for the twenty-first century – The third report of the PEW Health Professions Commission. San Francisco, CA: The Pew Health Professions Commission, 1995.
<https://healthforce.ucsf.edu/publications/critical-challenges-revitalizing-health-professions-twenty-first-century>
294. The Safe Motherhood Initiative. Report on the safe motherhood technical consultation (18–23 October 1997, Colombo, Sri Lanka). Final report on the program to mark the tenth anniversary of the Safe Motherhood Initiative. Safe Motherhood Inter-Agency Group, New York: Family Care International, 1999.
295. Save the Children Organisation. The Urban Disadvantage. State of World`s Mothers 2015. Save the Children Federation, 2015. http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_EXECUTIVE_SUMMARY.PDF
296. Thompson M. High Performance Work Organization in UK Aerospace. London: The Society of British Aerospace Companies, 2002.
297. Thompson P. Total Rewards: From Strategy to Implementation. World at Work. London, Scottsdale, AZ, 2002.
298. Tunçalp O. et al. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. In: BJOG, 2012, nr. 119(6), p. 653-661. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03294.x
299. Tunçalp O., Souza J. Maternal near-miss audits to improve quality of care. In: BJOG, 2014, nr. 121 (4), p. 102–104.
300. Umbeli T. et al. Maternal mortality and near miss at Omdurman maternity hospital (OMH), Sudan 2013. In: Merit Research Journal of Medicine and Medical Sciences (ISSN: 2354-3238), vol. 2(12), December, 2014, p. 297-301.
301. UNFPA. Maternal mortality. www.unfpa.org/mothers/morbidity.htm
302. UNFPA. Safe motherhood evaluation. Evaluation Findings. Office of Oversight and Evaluation, Evaluation Findings. Issue 10. New York:UNFPA, 1999.
303. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), 1979. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>
304. United Nations Millennium Declaration 55/2 [online]. New York, 2000.
<http://www.un.org/millennium/>
305. United Nations Millennium Development Goals. <http://www.un.org/millenniumgoals/>

306. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. New York: United Nations.
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/factsheets/index.shtml>
307. United Nations. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York: United Nations, 2015.
308. Vallin J., Meslé F. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. In: Demographic Research (Special Collection 2. Determinants of Diverging Trends in Mortality), 2004, p. 12-43.
309. Van Lerberghe W. et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. In: Lancet, 2014, nr. 384 (9949), p. 1215–1225.
310. Vandecruys H. et al. Severe acute maternal morbidity and mortality in the Pretoria Academic Complex: changing patterns over four years. In: Eur. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol., 2002, p. 6-10.
311. Vidyasagar D. A global view of advancing neonatal health and survival. In: J. Perinatol., 2002, p. 513–515.
312. Waterstone M., Bewley S., Wolfw Ch. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. Commentary: Obstetric morbidity data and the need to evaluate thromboembolic disease. In: BMJ, 2001.
313. Weil O., Fernandez H. Is safe motherhood an orphan initiative? In: Lancet, 1999, nr. 354, p. 940–943.
314. Werner D, Saunders D. Questioning the Solution: the Politics of Primary Health Care and Child Survival. Palo Alto, CA: HealthWrights, 1997.
315. WFME Global Standards for Quality Improvement in Medical Education, European Specifications. WFME/AMSE International Task Force, Kandrup, Bortrikkert, 2007.
316. WHO. Bulletin of the World Health Organization, 2011, nr. 89, p. 779-779A.
317. WHO. Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: the WHO Near-Miss Approach for Maternal Health. Geneva, Switzerland: WHO, 2011.
318. WHO. European Health for All Database. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.
<http://data.euro.who.int/hfad>
319. WHO. European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health, 2007. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/.../E90771.pdf

320. WHO: Global Atlas of the Health Workforce. <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>
321. WHO. Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly, May 2010.
322. WHO: Global Health Observatory Data Repository, 2013. <http://apps.who.int/ghodata/>
323. WHO: Global Health Observatory (GHO) Data. Maternal Mortality – Situation by country. http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/
324. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. In: Global Policy Recommendation. WHO, 2010, 72 p.
325. WHO: Make every mother and child count, World Health Report 2005. Geneva: WHO, 2005.
326. WHO: Maternal mortality in 1990-2015. Fact sheet N 348. Updated November, 2015. http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/mda.pdf
327. WHO. Millennium Development Goals (MDGs). Fact sheet N 290. Updated May, 2015.
328. WHO. Prevention of Maternal Mortality: Report of the WHO Interregional Meeting, November 1985. WHO/FHE/86.1. Geneva: WHO, 1986.
329. WHO. South Asian regional consultation on monitoring and evaluation of maternal and neonatal health. Guidelines for investigating maternal mortality. 8-11 July, 2002, Bangkok.
330. WHO: The World Health Report 2005 – Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005, p. 200-203;
331. WHO. Women's Groups, NGOs and Safe Motherhood (doc.WHO/FHE/MSM/92.3). Geneva: WHO, 1992.
332. WHO. Working together for health. The WHO Report 2006. Geneva: WHO, 2006, 209 p.
333. WHO, Regional Office for Europe. Maternal and newborn health in the WHO European Region: the challenges and the way forward. Copenhagen, Denmark, 2005. <http://www.euro.who.int/document/Mediacentre/fs0305e.pdf>
334. WHO, Regional Office for Europe. European Mortality Database. <http://data.euro.who.int/dmdb/>
335. WHO, UNFPA, UNICEF, AMDD: Monitoring emergency obstetric care: a hand book. Geneva: WHO, 2009.
336. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank Statement. Geneva: WHO, 1999.
337. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and UNDP. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. © WHO, 2014.

338. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and UNDP. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO, 2015.
339. Wildman K., Bouviercolle M.H., the MOMS group. Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe. In: BJOG, 2004, nr. 111, p. 164-169.
340. Willekens F. Demographic transitions in Europe and the world. MPIDR Working paper WP 2014-004 MARCH 2014.
341. Wismar M. et al. Health Professional Mobility and Health Systems – Evidence from 17 European countries. In: Observatory Studies Series, nr. 23, 2011.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/152324/Health-Professional-Mobility-Health-Systems.pdf?ua=1
342. World Bank. Maternal Mortality. <http://OurWorldInData.org/maternal-mortality/>
343. World Bank. The Demographic Transition in Eastern Europe and the Former Soviet Union.
http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/publications/454763-1181939083693/chaw_045-072_ch01.pdf
344. World Bank. World Development Report 2013.
<http://siteresources.worldbank.org/INTMOLDOVA/Resources/ConsolidareaLegaturiiDintreMigratieDezvoltare.pdf>
345. Wright S. et al. An international program in nursing and midwifery: building capacity for the new millennium. In: International Nursing Review, 2005, p. 18–23.
346. Zurn P. et al., Imbalance in the health workforce. In: Human Resources for Health, 2004, nr. 2(13), p. 198.
347. Zurn P., Dolea C., Stilwell B. Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce. Issue Paper 4. Geneva: International Council of Nurses, 2005.

DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnatul, declar pe propria răspundere că materialele prezentate în teza de doctor habilitat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Iurie Dondiuc

Semnătura

Data:

CURRICULUM VITAE

DONDIUC IURIE, d.ș.m., conf. universitar

Data și locul nașterii: 18 aprilie 1961,
s. Colicăuți, r-ul Briceni

Cetățenia: Republica Moldova

Studii:

2005 – 2009 Universitatea de Studii Europene
din Moldova, facultatea de drept, licențiat în drept;

1986 – 1989 Doctorantura: obstetrică și ginecologie,
Institutul de Stat de Medicină din Chișinău;

1984 – 1986 Secundariat clinic: obstetrică și ginecologie,
Institutul de Stat de Medicină din Chișinău;

1978 – 1984 Institutul de Stat de Medicină din Chișinău, facultatea medicină generală;

1968 – 1978 Școala medie Nr.1, or. Briceni;

Teza de doctor în științe medicale: Susținerea tezei de doctor în științe medicale în Institutul de Cercetări Științifice în Pediatrie, Obstetrică și Ginecologie cu tema:
„Влияние операции кесарева сечения на механизмы адаптации матери и плода в условиях родового стресса” – or. Kiev, 1990.

Activitatea profesională:

2016 – prezent Președintele Asociației de Colposcopie și Patologie Cervicală;

2015 – 2018 Director IMSP Spitalul Clinic Municipal Nr.1;

2015 - prezent Membru al Consiliului de experți al MSMPS;

2014 – 2018 Președintele comisiei de specialitate în obstetrică-ginecologie a MSMPS;

2014 – 2018 Vice-președintele comisiei de atestare a medicilor obstetricieni-ginecologi a MSMPS;

2010 – prezent Specialist principal în obstetrică-ginecologie al MSMPS ;

2007 – prezent Conferențiar, Catedra de Obstetrică și Ginecologie,
USMF ”Nicolae Testemițanu”;

1999 – 2015 Vice-director SCM Nr.1, mun. Chișinău, Director Centrul Perinatologic
Municipal Chișinău;

1994 – 1999 Medic-șef adjunct, IMSP SCM Nr.1, mun. Chișinău;



- 1989 – 1994** Asistent, Catedra de Obstetrică și Ginecologie,
Institutul de Stat de Medicină din Chișinău;
- 1986 - 1989** Aspirant, Catedra de Obstetrică și Ginecologie,
Institutul de Stat de Medicină din Chișinău;
- 1984 - 1986** Ordinador clinic, Catedra de Obstetrică și Ginecologie,
Institutul de Stat de Medicină din Chișinău;
- 1984 – 1986** Vice-președinte al Comitetului Sindical Studențesc,
Institutul de Stat de Medicină din Chișinău;
- 1983 – 1984** Contabil superior, Comitetul Sindical Studențesc,
Institutul de Stat de Medicină, Chișinău;
- 1982 – 1983** Asistent medical, secția pulmonologie, SCM Nr. 2, Chișinău.

Stagieri și perfecționări profesionale:

- 1999** – Project Management Training. Școala Managementului în Sănătate, Bratislava;
- 2001** – Organization of hospital and clinical work at the Paediatric Neurological clinic, Astrid Lidgrens Children's Hospital, Karolinska Hospital in Stockholm;
- 2001** – Workshop „Performance assesement of hospital services network” – Ministry of Health of the Republic of Moldova and Health Services Organization and Management Programme of the WHO Regional Office for Europe;
- 2002** – Training programme in Health Strategy Management arranged by Swedish Health Care AB/ Lund University, Sweden;
- 2002** – Workshop: „TQM applied to Maternal and Perinatal Health Care Surveillance System in Moldova”. WHO, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health;
- 2002** – International Manual Vacuum Aspiration technique Training. National Abortion Federation, Chișinău;
- 2003** – Prevention of the mother-to-child transmission of HIV training for policy makers. The American International Health Alliance Inc., Odessa Oblast Clinical Hospital;
- 2004** – Regional workshop on „Beyond the Numbers” in the framework of Making Pregnancy Safer. WHO, Regional Office for Europe, Making Pregnancy Safer Initiative, Issyk-Kul;
- 2004** – Cursul de instruire „Dincolo de cifre. Maternitate fără risc”. OMS, Biroul regional pentru Europa, Chișinău;

- 2004** – Cursul „Instruirea de evaluare și planificare a inițiativei gravidității fără risc”.
OMS, Biroul regional pentru Europa, Chișinău;
- 2005** – Cursul de instruire „Dincolo de cifre. Analiza cazurilor de proximitate de deces”.
MS al RM, OMS Biroul regional pentru Europa;
- 2005** – Seminarul Național „Dincolo de cifre. Analiza morbidității și mortalității materne și perinatale”. OMS Biroul regional pentru Europa, UNICEF Moldova, MS al RM, Chișinău;
- 2006** – Cursul de instruire „Dincolo de cifre”. MS al RM, OMS, Biroul regional pentru Europa, Chișinău;
- 2006** – Seminarul „Îngrijiri esențiale în perinatologie” – OMS Biroul Regional pentru Europa, MS și PS al RM, Chișinău;
- 2007** – Atelierul de monitorizare și suport tutorial „Îngrijiri esențiale în perinatologie” – OMS Biroul Regional pentru Europa, MS al RM, Chișinău;
- 2008** – Absolvent al Programului „Lumea Deschisă”, Centrul de Liderism „Open World”, SUA;
- 2008** – Training course „Mechanisms and instruments for health care quality insurance on basis of clinical protocols”, approved by the Ministry of Health of the Republic of Moldova, in cooperation with Moldova Governance Threshold Country Program, Chișinău;
- 2009** – Educational program on health quality assurance – approved by the Ministry of Health of the Republic of Moldova, in cooperation with the Federal Ministry of Health of Germany, Berlin;
- 2009** – Training in Obstetrical Cardiography at Maternity of the University Hospital of Basel, Swiss Tropical Institute, Swiss Centre for International Health;
- 2010** – Curs de Instruire „Calitatea în sănătatea perinatală”. Ministerul Sănătății al RM, Swiss Tropical and Public Health Institute;
- 2010** – Training Course on Continuous Quality Improvement in Quality Management – Swiss Tropical and Public Health Institute and CRED Foundation, Târgu-Mureș;
- 2010** – Study visit, Italo-Moldavian Collaboration. Management of Health Services: Ministry of Health and National Institute of Health;
- 2011** – Seminar on HIV/AIDS Research Ethics: Principles Underlying Ethics in Research with Humans: Special Considerations in HIV/AIDS Research Principles and Practical Aspects of Informed Consent, Warsaw;

- 2012** – Curs avansat de instruire în Managementul Calității, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, MS al RM, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate;
- 2012** – Seminarul „Auditor intern pentru sistemul de management al calității”, cu cerințele SR EN ISO 9001:2008 și standardul SR EN ISO 19011:2003. BFK Management Consulting, Timișoara;
- 2013** – Seminarul instructiv-practic „Activități în benchmarking – cele mai bune practici în asistența mamei și nou-născutului” – Asociația de Medicină Perinatală din Republica Moldova;
- 2014** – Training on „Gynecology”, at Ankara Women`s Health Training and Research Hospital;
- 2017** – Cursul de instruire OMS „Managementul programelor în domeniul sănătății mamei și a copilului”.

Domeniile de activitate științifică: Mortalitatea maternă, sănătatea reproductivă, proximitatea de deces matern, serviciul de asistență medicală perinatală, managementul calității în asistența medicală perinatală, îngrijirea perinatală, auditul medical, operația cezariană, infecțiile cu transmitere sexuală, resursele umane în sănătate, demografia.

Participări la foruri științifice internaționale și naționale:

- 2000** – First Congress of the Federation of National European Menopause Societies, Prague;
- 2003** – Congresul Național de Obstetrică-Ginecologie – Societatea Română de Obstetrică-Ginecologie, București;
- 2004** – Congresul Național de Obstetrică-Ginecologie, Pediatrie și Neonatologie – Asociația Obstetrică-Ginecologie, Asociația Pediatrie, Asociația Perinatologie, Chișinău;
- 2006** – the X-th International Scientific and Education Symposium: „Progress in Neonatal and Pediatric Intensive Care” – The Commission PMU of Polish-Swiss Program „Mother and Child”, Katowice;
- 2006** – Conferința Internațională Moldo-Italiană „Noutăți în Nutriția Total Parentală” – IMSP Centrul de Chirurgie a Inimii RM, Clinica de Chirurgie Cardiovasculară din Bergamo, Italia, Chișinău;
- 2007** – Al III-lea Congres Național de Ginecologie Endocrinologică, cu participare internațională, Brașov;
- 2009** – Al IV-lea Congres al Societății Române de Ginecologie Endocrinologică, Sinaia;
- 2010** – Al 5-lea Congres de Obstetrică și Ginecologie, cu participare internațională: Actualități și controverse în obstetrică și ginecologie, Chișinău;

- 2010** – Conferința Internațională cu participare internațională: „Calitatea în Sănătatea Perinatală” – MS al RM, Swiss Tropical and Public Institute, Chișinău;
- 2011** – The 14-th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility. Paris;
- 2011** – the 4-th Congress of the South-East European Society of Perinatal Medicine, Bucharest;
- 2011** – Speaker la Conferința a IV-a de Medicină Perinatală cu participare internațională. Ministerul Sănătății al RM, Asociația de Medicină Perinatală, Asociația Medicilor Obstetricieni-Ginecologi, Asociația Moașelor, Chișinău;
- 2011** – Conferința cu participare internațională „Zilele Neonatologiei Moldave: Managementul calității în secțiile de obstetrică și neonatologie”, Slănic Moldova;
- 2012** – the 15-th World Congress of Gynecological Endocrinology, Firenze;
- 2013** – the 18-th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI), Vienna;
- 2013** – 11th World Congress of Perinatal Medicine, Moscow;
- 2013** – 11-th World Congress of Perinatal Medicine, Moscow;
- 2013** – the 4-th Pan-Hellenic Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Thessaloniki;
- 2013** – the 5-th South East European Congress of Perinatal Medicine, Thessaloniki;
- 2014** – Contribuție specială în desfășurarea celui de-al 2-lea Congres al Societății Române de Ultrasonografie în Obstetrică și Ginecologie – Societatea Obstetrică și Ginecologie din România, Iași;
- 2014** – Speaker invitat de onoare, Contribuție specială în desfășurarea celei de a 12-a Ediții a Conferinței Naționale Zilele Medicale „Vasile Dobrovici”, și Zilelor Franco-Române în Medicina Materno-Fetală – Societatea Obstetrică și Ginecologie din România, Iași;
- 2014** - XV Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и Дитя», Москва;
- 2014** – the 13-th Congress of the European Society of Contraception and Reproductive Health, Lisbon;
- 2015** – 12th World Congress of Perinatal Medicine, Madrid;
- 2016** – Conferința științifico-practică cu participare internațională: „Sănătatea reproductivă a femeii – sarcina de bază a obstetrician-ginecologului”, Chișinău;
- 2017** – Al XI-lea Congres Internațional în Medicina Reproductivă, Moscova;
- 2017** – XVIII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и Дитя - 2017», Москва;

2017 – 1st Eastern European Summit of Obstetrics and Gynecologists, Moscow;

Publicații: 113 lucrări științifice, dintre care: monografie monoautor – 1, monografie colectivă – 1, articole în reviste științifice internaționale cotate ISI Thomson și SCOPUS – 2, articole în reviste din străinătate recunoscute – 5, articole în reviste din Registrul național al revistelor de profil – 24, articole în culegeri științifice naționale – 21, articole și teze în materialele congreselor, conferințelor, simpozioanelor științifice internaționale (peste hotare) – 18, articole și teze în materialele congreselor, conferințelor, simpozioanelor științifice internaționale în republică – 8, teze în materialele congreselor, conferințelor și simpozioanelor naționale – 10, ghiduri didactice/ metodologice – 10, protocoale clinice – 9, alte materiale instructiv-metodice – 4. Publicații fără coautori – 19, inclusiv articole în reviste – 8.

Mențiuni:

- Scrisoare de mulțumire, Primăria Mun. Chișinău (2002);
- Diplomă de Excelență. Asociația de Medicină Perinatală din RM (2011);
- Diplomă de Onoare pentru activitatea desfășurată în cadrul sistemului municipal de sănătate, pentru merite deosebite, competență și profesionalism, cu ocazia Zilei Lucrătorului Medical. Primăria mun. Chișinău, 2016;
- Diplomă de Excelență, or. Seini, jud. Maramureș, (2016);
- Diplomă de gradul II acordată de Guvernului RM, pentru activitate și rezultate în domeniul ocrotirii sănătății (2016);
- Diplomă de Onoare pentru rezultate performante în activitate, cu prilejul Zilei Lucrătorului Medical. Primăria mun. Chișinău, 2017.

Limbi posedate: Româna, Rusa, Engleza - la nivel de conversație;

Date de contact:

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”,

Catedra Obstetrică și Ginecologie

Chișinău, bul. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165

Tel. (+373) 69 123 185

e-mail: iurie_dondiuc@yahoo.com