

# SĂNĂTATEA REPRODUCERII ÎN ROMANIA -STAREA ACTUALĂ.

Marius CIUTAN<sup>1</sup>  
Silvia Gabriela SCINTEE<sup>1</sup>,  
Michaela NANU<sup>2</sup>,  
Ecaterina STATIVA<sup>2</sup>,  
Cristian VLĂDESCU<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Școala Națională de Sănătate Publică,  
Management și Dezvoltare Profesională București

<sup>2</sup> Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și  
Copilului "Alessandrescu-Rusescu"

## 1. CONTEXT

Sănătatea este o condiție esențială pentru asigurarea unei dezvoltări globale durabile. Sănătatea reproducerii (cu ambele dimensiuni: femeii și copiii) sunt componente importante de sănătate care asigură progresul societății.

În acest context, este necesar să se monitorizeze inegalitățile în accesul la servicii de sănătate de calitate pentru a găsi soluții pentru reducerea acestor inegalități și pentru a crește gradul de conștientizare că sănătatea reproductivă ar trebui să fie un domeniu de interes pentru factorii de decizie și este nevoie de sprijinirea deciziilor în acest domeniu.

În România, nu există o strategie națională specifică de monitorizare a inegalităților în sănătate axată pe sănătatea reproducerii. Statistica de rutină existentă la nivel național, poate oferi informații despre foarte puține variabile: ex. gradientul rural/urban, sexul, vârsta și diferențele geografice în domeniul sănătății și al utilizării serviciilor de sănătate. Informații mai detaliate despre inegalitățile în materie de sănătate au fost obținute, în principal, prin sondaje special concepute. Un exemplu de astfel de studiu este *Studiul asupra sănătății reproducerii*, realizat în 1993, 1999, 2004, 2016 și care ar putea oferi detalii privind nivelul de acoperire a populației cu servicii specifice de sănătate a reproducerii.

În prezent, la nivel național, două acțiuni reprezentative ar putea furniza informații pentru susținerea elaborării de politici în domeniul sănătății reproducerii, iar aceste două acțiuni de sănătate publică au fost analizate: Studiul privind sănătatea reproducerii în România (RHS) și Programul național de sănătate "Sănătatea mamei și copilului" (PNS-SMC).

### **Studiul privind sănătatea reproducerii în România-SSR.**

După trei runde anterioare (în anii 1993,1999 și 2004), în anul 2016 a fost planificată a patra rundă a Studiului privind sănătatea reproducerii în România având ca obiective principale: identificarea inegalităților în domeniul planificării familiale asociate cu locul de reședință, nivelul de educație, nivelul socio-economic, vârsta, etnia, religia, starea civilă (indicatori

*În prezent, la nivel național, două acțiuni reprezentative ar putea furniza informații pentru sprijinirea elaborării politicilor în domeniul sănătății reproducerii, iar aceste două acțiuni de sănătate publică necesită îmbunătățiri în anumite aspecte: Studiul privind sănătatea reproducerii în România (SSR-Ro) și Programul național de sănătate pentru sănătatea mamei și copilului (PNS-SMC). După decenii de educație sexuală și intervenții de planificare familială, sănătatea reproducerii în România este încă un motiv de îngrijorare. Imaginea actuală a acestui domeniu, în România, este dificil de configurat precis având puține elemente și date în acest sens. Principalii indicatori disponibili evidențiază o utilizare scăzută a contracepției, o rată ridicată a avortului și o rată ridicată a natalității în rândul adolescenților.*

*Punerea în aplicare a unei acțiuni complexe în vederea dezvoltării unui sistem de monitorizare a inegalităților în sănătate ar fi de o mare importanță și este favorizată de: conștientizarea politică sporită pe această temă după aderarea la UE, necesitatea reducerii inegalităților în sănătate așa cum s-a menționat prin Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, existența structurilor necesare dezvoltării unui sistem de monitorizare, a inegalității în sănătate și a voinei politice declarate. Monitorizarea inegalităților în materie de sănătatea reproducerii ar oferi informații cu privire la acțiunile necesare care trebuie puse în aplicare pentru a atinge un nivel mai bun al sănătății reproducerii și ar servi și ca instrument de evaluare a implementării acțiunilor.*

*O atenție specială ar trebui acordată grupurilor vulnerabile: populația tânără din comunitățile rurale, cu statut socio-economic și educațional scăzut și persoanele cu dizabilități mintale.*

**Cuvinte cheie:** *sănătate reproducerii, monitorizare, inegalități, România*

relevanți); să furnizeze informații despre evoluția metodelor de planificare familială utilizate între 2004 și 2016, pe baza analizei indicatorilor relevanți (precum prevalența utilizării oricărei metode, metode moderne vs. metode tradiționale) în domeniul planificării familiale [1].

**Programul național de sănătate "Sănătatea mamei și copilului".** Elaborarea programelor naționale de sănătate este o modalitate comună, care a devenit omniprezentă, în domeniul implementării politicilor de priorizare a problemelor de sănătate din România. Preocuparea Ministerului Sănătății în abordarea domeniului sănătății reproducerii ca problemă prioritară a sănătății este veche și a fost transpusă în practică prin implementarea Programului Național de Sănătate pentru Sănătatea Mamei și Copilului, în cadrul politicilor anuale de sănătate, la nivel național.

În anul 2019, domeniile Programului național de sănătate pentru sănătatea mamei și copilului [2] includeau:

1. profilaxia distrofiei la copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 12 luni, care nu beneficiază de lapte matern prin administrarea de lapte praf; 2. profilaxia malnutriției la copii cu greutate mică la naștere; 3. prevenirea fenilcetonuriei și a hipotiroidismului congenital prin screening neonatal, confirmarea diagnosticului de fenilcetonurie și monitorizarea evoluției bolii; 4. tratamentul dietetic al copiilor cu fenilcetonurie și alte boli metabolice congenitale; 5. prevenirea deficiențelor de auz prin screeningul auditiv la nou-născuți; 6. prevenirea retinopatiei premature și a complicațiilor acesteia, prin screening neonatal,

terapie cu laser și monitorizarea evoluției bolii; 7. prevenirea morbidității și complicațiilor asociate, diagnosticul precoce, precum și monitorizarea bolilor cronice la copii; 8. prevenirea complicațiilor, prin diagnosticarea precoce și monitorizarea epilepsiei și a manifestărilor paroxistice neepileptice la copii; 9. analiza inegalităților în sănătatea copiilor.

**SCOP.** Obiectivul principal este de a oferi o imagine actuală asupra sectorului sănătății reproducerii din România și de a identifica nevoile din aceste domenii care ar putea sprijini procesul decizional.

**OBIECTIVE.** Prezentarea situației actuale în domeniul sănătății reproducerii în România și identificarea inegalităților legate de furnizarea de servicii specifice de sănătate a reproducerii.

**METODĂ.** Prezentul articol sumarizează, pe scurt, rezultatele unei revizii a principalelor documente (cadru juridic, politic, științific) și rezultatele unei analize a celor mai recente date disponibile în domeniul sănătății reproducerii în România. În acest sens, au fost revizuite trei documente principale și au fost extrase informațiile relevante pentru identificarea punctelor tari și a punctelor slabe ale sistemului de monitorizare a sănătății în sectorul sănătății reproductive din România: Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, Programul Național de Sănătate pentru Sănătatea Mamei și Copilului, Studiul sănătății reproducerii în România.

## REZULTATE

### A. Situația actuală în domeniul sănătății reproducerii, în România

În România, chiar dacă sănătatea reproducerii este recunoscută ca o prioritate în domeniul sănătății, nu există o strategie națională specifică de monitorizare a inegalităților în sănătate care să permită implementarea unui sistem de monitorizare a inegalităților în sănătate, care ar putea sprijini deciziile în acest domeniu.

În prezent, există mai multe sisteme de colectare a datelor fără legături între bazele de date, ceea ce duce la dificultăți în comparația datelor. De asemenea, nu există o colectare sistematică de date cu privire la factorii determinanți ai sănătății și factorii de risc ai bolii, puținele date colectate sunt agregate la nivel de județ, iar frecvent apar modificări de software. Nu există o structură cu responsabilități clare în monitorizarea sănătății populației la nivel național și nu există un set standard de indicatori pentru măsurarea și monitorizarea stării de sănătate a populației, la nivel național. Dezvoltarea unui sistem de monitorizare a inegalității în sănătate și, în special, implementarea acestuia, ar putea fi, în continuare, periclitată de unii factori precum: lipsa resurselor umane și financiare, colaborarea slabă între diferite sectoare care ar putea împiedica o legătură eficientă între diferite baze de date naționale, -procesul ultim de luare a deciziilor și lipsa stabilității politice pentru a sprijini implementarea în totalitate a unei astfel de acțiuni. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 [3] recunoaște că există inegalități în starea de sănătate, factorii determinanți ai sănătății și

sistemul de sănătate, dar nu există obiective sau activități specifice care se referă direct la sistemul de monitorizare a inegalităților în sănătate. Două programe naționale de sănătate aprobate anual printr-o hotărâre a Guvernului monitorizează starea de sănătate a populației generale (programul de evaluare a stării de sănătate și promovarea sănătății și educație) și pentru unele grupuri vulnerabile (programul pentru sănătatea mamei și copilului), dar acestea nu sunt axate, în mod special, pe inegalități.

Analizând acțiunile, structurile și procesele relevante puse în aplicare pentru monitorizarea stării de sănătate a populației în ceea ce privește sănătatea reproducerii, se poate concluziona că, chiar dacă, în domeniul sănătății reproducerii se desfășoară anual un program specific de sănătate (Programul de sănătate pentru sănătatea mamei și copilului), scopul strategic nu este pentru o monitorizare sistematică a stării de sănătate a populației prin indicatori specifici, ci mai degrabă pentru acoperirea unei nevoi anterioare în dezvoltarea sectorului planificării familiale și asigurarea serviciilor de bază pentru sănătatea reproducerii.

Chiar dacă sunt colectate unele date, indicatorii calculați din aceste date nu permit construirea și actualizarea unei imagini a sănătății reproducerii în România, astfel încât să ofere factorilor de decizie dovezi valide și exhaustive pentru elaborarea politicilor în acest domeniu. Imaginea actuală este caracterizată de lipsa multor elemente, iar altele au nevoie de îmbunătățiri (figura 1 și figura 2).

### B. Inegalități în domeniul sănătății reproducerii

Principalele dovezi disponibile cu privire la disparitățile în sănătatea reproducerii sunt derivate din revizuirea aprofundată a studiilor anterioare privind sănătatea reproducerii din România, cu accent special pe studiul efectuat în 2016 (ultimul cu rezultate disponibile).

Principalele dimensiuni pentru măsurarea inegalității în domeniul sănătății reproducerii, în România, sunt reprezentate de patru caracteristici evaluate în studiile privind sănătatea reproducerii, precum: educația \*, locul de reședință \*\*, nivelul socio-economic \*\*\* al familiei, etnie \*\*\*\*.

Unde: \* Educația a fost distribuită pe trei niveluri: 1. fără școală, primar, învățământ general, 2. învățământ secundar superior, 3. învățământ terțiar. \*\* Locul de reședință este distribuit pe două niveluri: urban și rural. \*\*\* Nivelul socio-economic a fost distribuit pe trei niveluri calitative: scăzut, mediu și ridicat. \*\*\*\* Etnia este distribuită pe trei niveluri: română, romă, altele.

Potrivit rezultatelor finale ale studiilor de sănătate a reproducerii din 2016 din România, pot fi subliniate unele inegalități clare cu privire la aspectele legate de sănătatea reproducerii în România:

-*Nivelul de educație al femeilor* influențează atât utilizarea metodelor contraceptive în general, cât și a metodelor moderne de contracepție. Așa cum se poate vedea în tabelul de mai jos, ponderea utilizatorilor de metode moderne este mai mare la femeile cu educație terțiară comparativ cu celelalte categorii cu 5-8%.

-*Locul de reședință* influențează atât utilizarea oricărui metode, cât și utilizarea metodelor moderne. Procentul femeilor care folosesc metode moderne în zonele urbane este cu aproximativ 6 puncte procentuale mai mare decât în zonele rurale.

Figura 1. Sistemul de monitorizare a sănătății din România

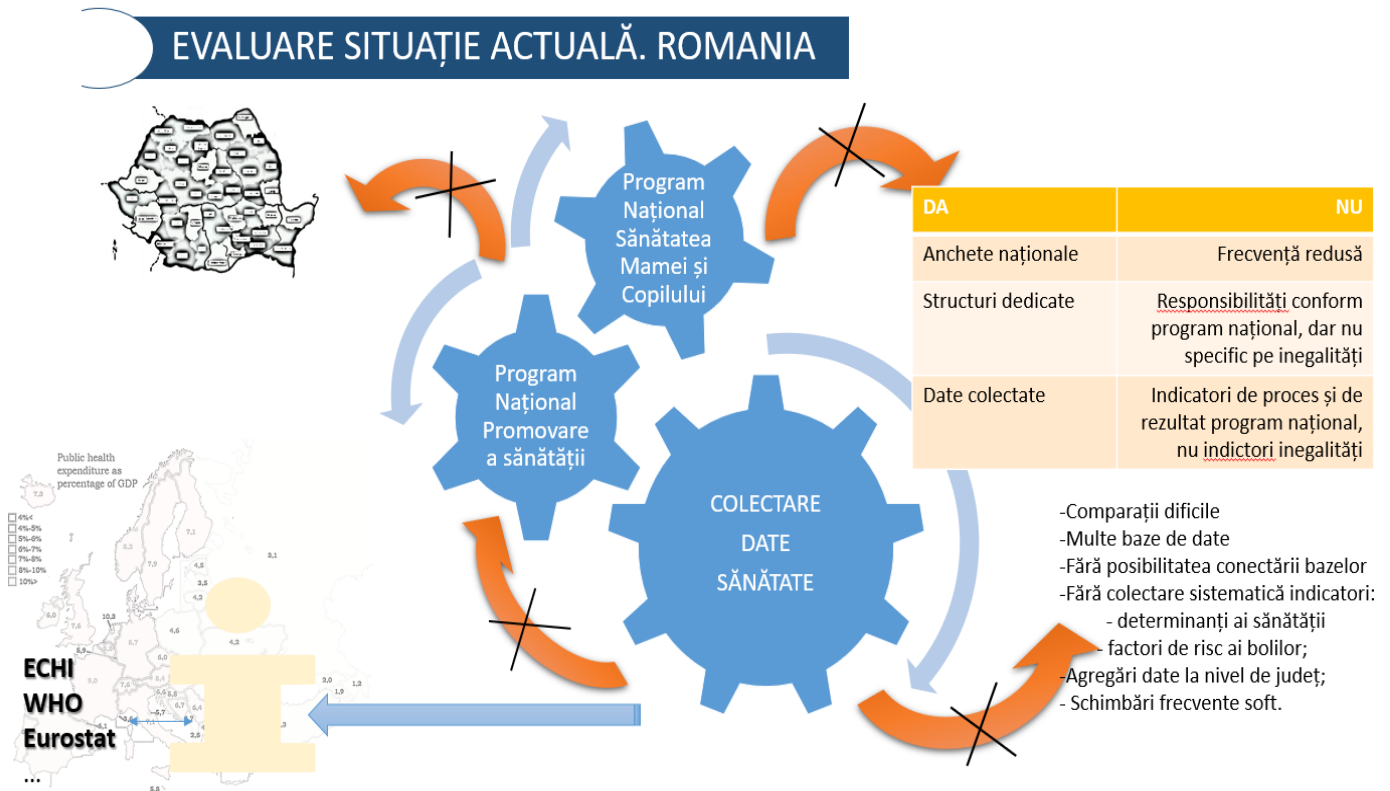
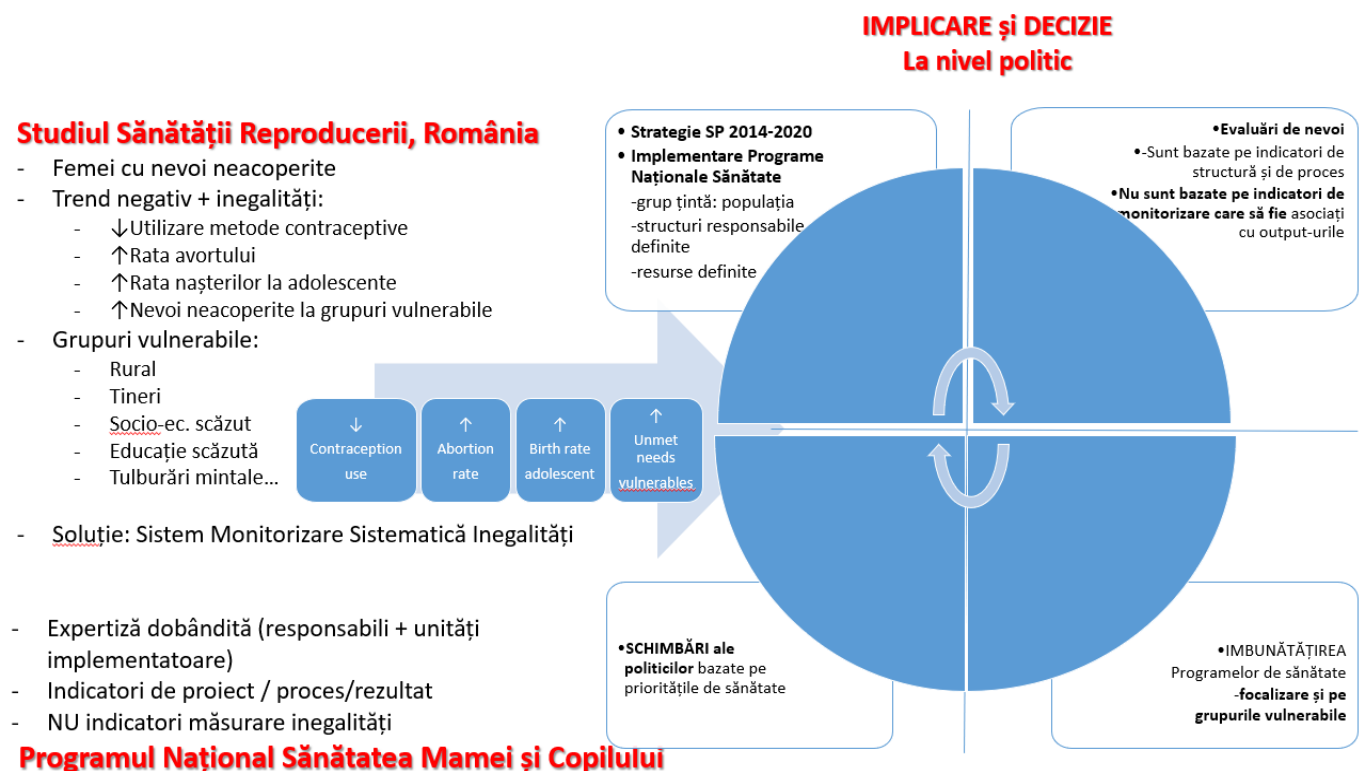


Figura 2. Niveluri de intervenție în domeniul “Sistemului de monitorizare a sănătății reproducerii”, Romania



-Nivelul socio-economic influențează cel mai dramatic utilizarea metodelor moderne de contracepție. Procentul femeilor cu un nivel socio-economic ridicat care utilizează metode moderne de contracepție este cu 20 de puncte procentuale mai mare decât femeile cu un nivel socio-economic scăzut.

-Utilizarea metodelor contraceptive în general, precum și a metodelor moderne de contracepție este cu aproape 20 de puncte procentuale mai mică în populația de romi decât în alte grupuri etnice.

În plus, față de aceste dovezi clare, au fost măsurate numeroase aspecte specifice legate de elementele sănătății reproducerii, iar nivelul disparităților poate fi evidențiat în rezumatul detaliat de mai jos, care prezintă valorile indicatorilor relevanți, colectați și calculați, precum: Utilizarea contracepției la tineri (15-19 ani) și la cupluri; Utilizarea avortului; Îngrijirea prenatală; Numărul de consultații prenatale; Nașterea și tipul nașterii; Prevenirea cancerului de col uterin.

#### Utilizarea contracepției la tineri (15-19 ani), prima experiență sexuală

Comportamentul contraceptiv la prima experiență sexuală este un indicator important al riscului de sarcini nedorite, de boli cu transmitere sexuală, precum și un predictor pentru utilizarea ulterioară a contracepției de către femei.

Mai mult de jumătate (51,1%) dintre femeile tinere au declarat că au folosit o metodă de contracepție la prima experiență sexuală (graficul 1). Acest procent este ușor mai mic decât valoarea înregistrată în studiul anterior din 2004 privind HR în România.

Există diferențe foarte mari între urban și rural, cu o pondere dublă a utilizării unei metode de contracepție la femeile din mediul urban comparative cu femeile din mediul rural (graficul 1).

#### Utilizarea contracepției la cupluri

La nivel global, nivelul de utilizare a metodelor de contracepție a scăzut în comparație cu perioada precedentă (2016 vs. 2004), de la 70,3% la 55,6%, iar proporția a scăzut și pentru urban și rural; chiar dacă, pentru unele metode de contracepție, prevalența utilizării este satisfăcătoare, se pot întâlni unele diferențe în proporția cuplurilor care utilizează metode contraceptive diferite între cele două perioade de analiză, respectiv SSR-Ro în 2004 și în 2016 (tabelul 2).

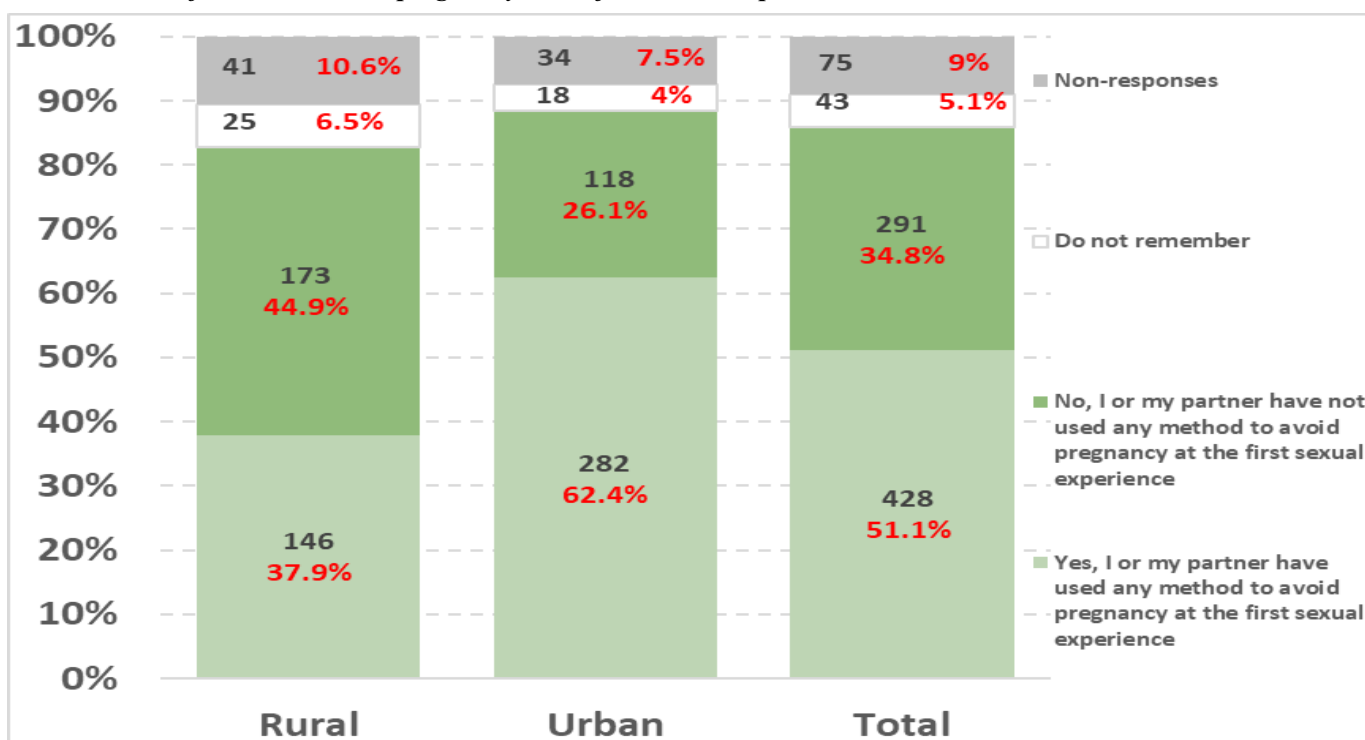
Utilizarea metodelor tradiționale a scăzut cu 20,2% (12% în 2016 față de 32,2% în 2004), în timp ce proporția de cupluri care utilizează metode moderne a crescut, dar într-un ritm mai mic, cu doar 5,4% (43,6% în 2016 față de 38,2% în 2004). Se poate observa o diferență urban-rural în scădere, în ceea ce privește comportamentul de utilizare a contraceptivelor: de la 9,2% în 2004 la 5,4% în 2016 (pentru metodele moderne), respectiv de la 13% în 2004 la 3,2% în 2016 (pentru metodele tradiționale) - tabelul 2.

Ca o tendință generală, se poate evidenția că utilizarea metodelor moderne de contracepție a crescut între cele două perioade de analiză (2004 și 2016) pentru toate categoriile analizate, în timp ce metodele tradiționale au devenit din ce în ce mai puțin utilizate în rândul populației (tabelul 2, unde săgeata semnalează sensul tendinței).

#### Experimentarea/utilizarea avortului

Datele din studiul sănătății reproducerii din România, din anul 2016, arată că avortul este utilizat mai frecvent de către femeile din zonele urbane, cu studii superioare și cu statut socio-economic ridicat. Această situație poate fi explicată prin faptul că accesul la avort (deși este nedorit) este limitat la persoanele defavorizate din punct de vedere socio-economic, cel mai probabil datorită costului avortului (tabelul 3). Constatarea este întărită de faptul că femeile romo folosesc cel mai puțin avortul în comparație cu alte grupuri etnice.

Chart 1. Use of method to avoid pregnancy at the first sexual experience, Romania, 2004-2016





Tabel 2. Utilizarea metodelor de evitare a sarcinii, în cuplu, situație comparativă SSR 2004-SSR 2016

		SSR2004				SSR2016			
		Nr. re-spondenți	Orice metodă %	Metode moderne %	Metode tradiționale %	Nr. re-spondenți	Orice metodă %	Metode moderne %	Metode tradiționale %
<b>ROMANIA</b>	<b>Total</b>	<b>3113</b>	<b>70.3</b>	<b>38.2</b>	<b>32.2</b>	<b>3540</b>	<b>55.6↓</b>	<b>43.6↑</b>	<b>12↓</b>
Mediu de rezidență	Rural	1551	70.2	33	28	1657	54.3↓	40.6↑	13.8↓
	Urban	1562	70.5	42.2	37.5	1883	56.8↓	46.2↑	10.6↓
<b>DIFERENȚE între categorii</b>			<b>0.3</b>	<b>9.2</b>	<b>13</b>		<b>2.5</b>	<b>5.40↓</b>	<b>3.2↓</b>
Regiune	B_IF	274	69.4	50.8	18.6	374	55.6↓	49.2↓↑	7.2↓
	Centru	370	69	37.4	31.7	410	47.8↓	38.3↑	9.5↓
	NE	514	72.7	33.4	39.3	612	46.1↓	37.4↑	9.2↓
	NV	338	74.7	46.5	28.3	440	49.5↓	36.6↑	13.6↓
	SE	400	70.1	36.8	33.2	472	61.2↓	45.6↑	16.1↓
	SUD-M	548	69.1	36.8	32.4	523	61.2↓	44.6↑	17.8↓
	SV-O	402	65.8	31.1	34.7	419	59.7↓	44.9↑	15.5↓
	VEST	267	71.8	38.6	33.2	290	49.7↓	40↑	13.4↓
<b>DIFERENȚE între categorii</b>			<b>8.9</b>	<b>20</b>	<b>21</b>		<b>5.1↓</b>	<b>12.6↓</b>	<b>10.6↓</b>
Vârsta	15-24 ani	300	64.3	39.4	24.9	372	40.9↓	29.6↓	11.3↓
	25-34 ani	1477	73.4	42.8	30.6	1389	55.2↓	43.2↑	12↓
	35-44 ani	1336	68.9	32.7	36.2	1779	57↓	44.8↑	13.3↓
			9.1	10.1	11.3		16.1↑	15.2↑	2↓
Educație	Înv.terțiar	344	74.9	54.5	20.5	1243	62.3↓	52.3↓	9.9↓
	Înv.sec. sup.	1029	62	28.4	33.5	1261	57.5↓	44.5↑	13↓
	Înv.P/G/ Fără	1740	74.3	40.5	33.8	1036	57.2↓	47.4↑	9.8↓
<b>DIFERENȚE între categorii</b>			<b>13</b>	<b>26</b>	<b>13</b>		<b>14.3↑</b>	<b>19.1↓</b>	<b>5.2↓</b>
Etnie	Română	2846	71.1	38.3	32.8	3121	55↑	43.1↑	12.7↑
	Rommă	176	43.8	16.5	27.2	247	36.8↑	24.3↑	13.4↑
	Alte	68	69.5	48.1	21.4	172	58.7↑	44.8↑	15.1↑
<b>DIFERENȚE între categorii</b>			<b>27</b>	<b>32</b>	<b>11</b>		<b>21.9↓</b>	<b>20.5↓</b>	<b>2.4↓</b>

### Nevoia satisfăcută de servicii de planificare familială pentru femei. Îngrijirea prenatală.

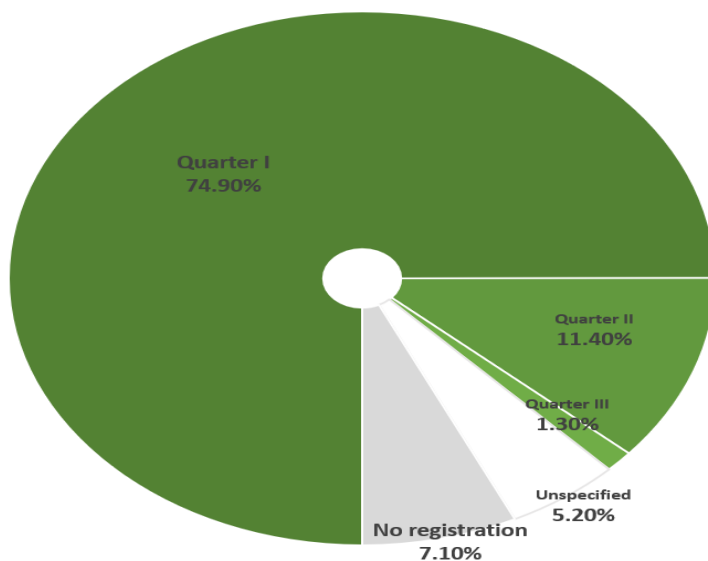
Diferența este, de asemenea, ridicată, în ceea ce privește nevoia potențială de servicii de planificare familială, apreciată ca: Utilizator actual al unei metode moderne de contracepție, 15,4; -Utilizator actual al unei metode contraceptive tradiționale, 8,2%.

Înregistrarea femeii pentru monitorizarea sarcinii în primul trimestru de sarcină și efectuarea numărului de vizite prenatale stabilite pentru sarcina cu risc scăzut reprezintă una dintre condițiile prealabile pentru îngrijirea de calitate din timpul sarcinii. Aproape două treimi dintre femeii au fost diagnosticate în primul trimestru de sarcină. Celelalte femeii au fost observate în al doilea trimestru (11,4%) și al treilea trimestru (1,3%) sau nu au folosit niciodată îngrijire prenatală (Figura 3).

Tabel 3. Utilizarea avortului

Dimension	Caracteristica	Persoane căsătorite			
		Avort spontan	Avort provocat	Înterupere sarcină	Fără înterupere sarcină
Mediul de rezidență	Rural	23,5	18,7	30,4	69,6
Nivelul educației	Terțiar	30,2	20,5	38,0	62,0
	Secundar (studii superioare)	19,1	11,7	21,7	78,3
	Primar/General/Fără	22,6	18,9	30,1	69,9
Etnia	Română	29,9	27,0	41,2	58,8
	Romă	23,0	18,0	29,6	70,4
	Alta	29,1	28,7	42,1	57,9
Nivelul socio-economic	Scăzut	29,2	29,0	42,0	58,0
	Mediu	24,8	20,2	32,7	67,3
	Ridicat	19,6	13,1	23,3	76,7
<b>Total</b>		<b>832</b>	<b>663</b>	<b>1077</b>	<b>2463</b>

Fig. 3. Înregistrarea femeii pentru monitorizarea sarcinii (momentul primei înregistrări în timpul sarcinii)



Tabel 4. Nevoia satisfăcută de servicii de planificare familială, pentru femei, în funcție de starea civilă

	Total	Căsătorită	Divorțată/ Văduvă	Ne-căsătorită
<b>Nr. femei (respondente)</b>	<b>5051</b>	<b>3540</b>	<b>296</b>	<b>1215</b>
<b>Femei ce nu au nevoie de servicii de planificare familială în acest moment</b>	<b>35</b>	<b>25</b>	<b>55</b>	<b>60</b>
-niciodată nu a făcut sex	9	0	0	36
-nu este activ sexual în acest moment	12	6	52,4	20,6
-încercarea de a rămâne însărcinată	7	9	2,0	2
-sarcina sau postpartum	6	8	0,6	0,8
-subfertilitate	1	2	0,0	0,2
<b>Nevoie potențială de servicii de planificare familială</b>	<b>65</b>	<b>75</b>	<b>45</b>	<b>40</b>
-Utilizator actual al unei metode moderne de contracepție	38,7	43,6	25	28,2
-Utilizator actual al unei metode tradiționale de contracepție	9,7	12	4	3,8
<b>Nevoie acoperită printr-o metodă contraceptivă</b>	<b>48,4</b>	<b>55,6</b>	<b>29</b>	<b>32</b>
-Non-utilizator la risc de sarcină nedorită	16,7	19,3	16	8
<b>Nevoie acoperită printr-o metodă modern contraceptivă</b>	<b>26,3</b>	<b>31,4</b>	<b>20</b>	<b>11,8</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Over 90 percent of the women interrogated used specialized prenatal services, both in rural and urban areas, with some preponderance in rural areas - almost 2 percent. (table 5) It is observed that about 93% of respondents benefited by specialized medical services for prenatal control, the proportion being approximately equal between rural and urban areas with a difference of 1.9% in favor of rural areas (93.9 vs 92%) (table 5).

The level of education reflects faithfully and directly proportional, the attitude towards access to prenatal services, respondents with higher education using these services in proportion of 99%, while those with lack or minimum education only in 84.5% of cases.

If the accessibility to prenatal services for the Romanian population is 95.6%, for the Roma population a little over three quarters of the interviewed women presented to prenatal checks (75.9%). (table 5)

The socio-economic level is in direct correlation with the level of accessing the prenatal care services. Thus, access to prenatal controls is 76.4% for those with low socio-economic level, and rises to 97.6% for those with high socio-economic level (table 5).

#### Number of prenatal consultations

The level of knowledge was a serious reason for understanding the need to present at prenatal consultations, about 2/3 of three respondents having over 3-4 consultations and 44.3% +10 consultations; only 1% of respondents had no consultation, unlike those who have graduated at most primary education, where 15.8% were not at any consultation, while only 13% had over 10 prenatal consultations.

There is an interested evidence regarding the proportion of women answering with "I do not remember how many prenatal consultations"; about 31.4% of tertiary education graduates and only 17.7% of primary school graduates or without school answered with Do not remember their number (table 6).

Regarding the ethnicity, it can be noticed that almost a quarter (about 25%) of the respondents of Roma ethnicity did not attend any prenatal consultation, compared to the Romanian population (4.4%); for the category over 10 prenatal consultation, the Romanian and other nationalities answered in a somewhat equal percentage (33.3 or 34.6), while the Roma only 10.3% (table 6).

Regarding the residence place, the number of women from urban areas who had at least seven prenatal consultations is higher than those from rural areas (table 6).

#### Birth and type of birth

Most of respondent women gave birth in public hospitals (87.5%), while only a tenth (10.9%) in private maternity hospitals.

It is noted that the share of women who gave birth in private maternity hospitals in urban areas is four times higher than those who gave birth in rural areas (table 7).

Also, women with residence in urban areas gave birth much more frequently by cesarean section than those from rural areas (table 8).

#### Preventing cervical cancer

Cervical cancer is the leading cause of death in women in Romania.

Periodic performance of the Babes-Papanicolau test is essential for early detection and treatment of the disease.

Tabel 5. Utilizarea consultațiilor prenatale, în funcție de caracteristici socio-demografice, pe lună, SSR Ro 2016

Dimensiune	Caracteristică	Nr.	Niciodată	Luna 1	Luna 2	Luna 3	Luna 4	Luna 5	Luna 6	Luna 7-9	Nu știu
Mediu rezidență	Rural	246	6,1%	21,1%	33,3%	17,1%	11,8%	2,4%	1,2%	2,0%	4,9%
	Urban	288	8,0%	21,5%	44,8%	11,5%	5,9%	1,7%	0,3%	0,7%	5,6%
Nivel educație	Tertiar	194	1,0%	26,3%	57,2%	9,3%	2,6%	1,0%	0,0%	0,0%	2,6%
	Secundar (studii superioare)	131	2,3%	25,2%	38,9%	15,3%	10,7%	1,5%	0,8%	1,5%	3,8%
	Primar/General/Fără	209	15,8%	14,4%	23,4%	17,7%	12,9%	3,3%	1,4%	2,4%	8,6%
Etnie	Român	450	4,4%	22,7%	42,9%	14,4%	8,0%	1,6%	0,7%	1,3%	4,0%
	Rom	58	24,1%	10,3%	13,8%	17,2%	10,3%	5,2%	1,7%	1,7%	15,5%
	Maghiar sau alta	26	15,4%	23,1%	38,5%	0,0%	15,4%	3,8%	0,0%	0,0%	3,8%
Nivel socio-ec.	Scăzut	106	23,6%	10,4%	13,2%	15,1%	15,1%	5,7%	3,8%	2,8%	10,4%
	Mediu	261	3,4%	22,6%	41,0%	16,5%	9,2%	1,9%	0,0%	1,5%	3,8%
	Ridicat	167	2,4%	26,3%	53,9%	9,6%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%
<b>Total</b>	Număr	534	38	114	211	75	46	11	4	7	28
<b>Total</b>	Procent	534	7,1%	21,3%	39,5%	14,0%	8,6%	2,1%	0,7%	1,3%	5,2%



Tabel 6. Utilizarea consultațiilor prenatale, în funcție de caracteristici socio-demografice, SSR Ro 2016

Dimensiune	Caracteristică	No.	0 vizite	1-3 vizite	4-6 vizite	7-9 vizite	>=10 vizite	Nu îmi amintesc
Mediu rezidență	Rural	246	6,1%	10,6%	21,5%	14,2%	27,2%	20,3%
	Urban	288	8,0%	5,6%	9,0%	17,0%	34,0%	26,4%
Nivel educație	Tertiar	194	1,0%	1,0%	6,2%	16,0%	44,3%	31,4%
	Secundar (studii superioare)	131	2,3%	6,1%	16,0%	15,3%	38,9%	21,4%
	Primar/General/Fără	209	15,8%	15,3%	22,0%	15,8%	13,4%	17,7%
Etnie	Român	450	4,4%	7,3%	15,1%	15,1%	33,3%	24,7%
	Rom	58	24,1%	12,1%	19,0%	19,0%	10,3%	15,5%
	Maghiar sau alta	26	15,4%	7,7%	0,0%	19,2%	34,6%	23,1%
<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>534</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>79</b>	<b>84</b>	<b>165</b>	<b>126</b>
<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>534</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,9%</b>	<b>14,8%</b>	<b>15,7%</b>	<b>30,9%</b>	<b>23,6%</b>

Tabel 7. Utilizarea consultațiilor prenatale, în funcție de caracteristici socio-demografice, pe medii de rezidență, SSR Ro 2016

Locul nașterii	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Maternitate publică	229	238	467	93,1	82,6	87,5
Maternitate privată	10	48	58	4,1	16,7	10,9
Acasă	1	0	1	0,4	0,0	0,2
Alt loc	1	0	1	0,4	0,0	0,2
Nonrăspuns	5	2	7	2,0	0,7	1,3
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>288</b>	<b>534</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabel 8. Modalitatea nașterii, pe medii de rezidență

Modalitatea nașterii	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Pe cale vaginală	166	164	330	67,5	56,9	61,8
Prin cezariană	76	122	198	30,9	42,4	37,1
Nonrăspuns	4	2	6	1,6	0,7	1,1
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>288</b>	<b>534</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

În ceea ce privește frecvența examinărilor ginecologice efectuate în afara sarcinii, 50,5% dintre respondenții din mediul rural au declarat că nu au fost niciodată în control, în timp ce în mediul urban, doar 37,3% au dat același răspuns. Dintre cei care au fost verificați cel puțin o dată pe an, diferența dintre rural și urban este de aproximativ 9% în favoarea celor din mediul urban (18,9% din mediul rural față de 28,1% din mediul urban).

Procentul rămâne mai mic pentru zona rurală comparativ cu zona urbană și în ceea ce privește controalele la fiecare 1-2 ani și la 3-5 ani, dar cu o scădere a diferenței dintre acestea (12,1% față de 17,8% pentru controalele 1-2 ani și 7,8% față de 7,9% pentru controale la 3-5 ani).

Proporția se schimbă atunci când vine vorba de frecvența „peste 5 ani” sau „o dată” 4,6% rural comparativ cu 3,8% urban, respectiv 6,2% rural versus 5,0% urban.

Nivelul de cunoștințe a fost un factor favorabil pentru procentul de efectuare a testului Babes-Papanicolau, rata de promovare a testului începând de la 22,4% în ultimii 3 ani pentru cei cu studii minime sau deloc, până la 69,7% pentru cei cu studii superioare nivel de educație.

Performanța testului Babes-Papanicolau a fost direct proporțională cu nivelul socio-economic al participanților la studiu. Etnia este direct asociată cu frecvența controalelor. Ponderea femeilor rome care nu au făcut niciodată testul Babes-Papanicolau este aproape dublă în comparație cu alte etnii (tabelul 9).



Tabel 9. Frecvența efectuării testului Babeș-Papnicolau

Dimensiune	Caracteristică	Nr.	Ultimul an	1-2 ani	2-3 ani	>3 ani	Nu îmi amintesc	Nici-odată
Mediu rezidență	Rural	2146	16,6%	17,1%	4,2%	5,9%	5,8%	50,3%
	Urban	2905	25,1%	23,6%	3,5%	5,4%	5,0%	37,3%
Nivel educație	Tertiar	1672	36,0%	30,0%	3,7%	5,3%	4,2%	20,8%
	Secundar (studii superioare)	1799	19,6%	21,0%	4,7%	6,8%	6,0%	42,0%
	Primar/General/Fără	1580	8,4%	11,1%	2,9%	4,6%	5,8%	67,2%
Etnie	Român	4490	22,0%	22,2%	3,8%	5,8%	5,3%	40,7%
	Rom	315	8,3%	5,7%	3,2%	3,2%	6,7%	73,0%
	Maghiar sau alta	246	28,5%	15,0%	4,5%	5,3%	4,1%	42,7%
Nivel socio-ec.	Scăzut	599	6,5%	9,2%	2,3%	4,7%	8,2%	69,1%
	Mediu	2544	17,0%	21,1%	4,8%	6,7%	6,0%	44,5%
	Ridicat	1908	32,2%	24,3%	3,0%	4,5%	3,6%	32,4%
<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>5051</b>	<b>21,5%</b>	<b>20,9%</b>	<b>3,8%</b>	<b>5,6%</b>	<b>5,3%</b>	<b>42,8%</b>

**CONCLUZII ȘI DISCUȚII.**

După decenii de educație sexuală și intervenții de planificare familială, sănătatea reproducerii în România este încă un motiv de îngrijorare. Imaginea actuală a acestui domeniu, în România, este dificil de configurat precis având puține elemente și date în acest sens. Principalii indicatori disponibili evidențiază o utilizare scăzută a contracepției, o rată ridicată a avortului și o rată ridicată a natalității în rândul adolescenților.

Punerea în aplicare a unei acțiuni complexe în vederea dezvoltării unui sistem de monitorizare a inegalităților în sănătate ar fi de o mare importanță pentru obținerea de informații în timp util cu privire la acest subiect și este favorizată de: conștientizarea politică sporită pe această temă după aderarea la UE, necesitatea reducerii inegalităților așa cum s-a menționat prin Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, existența structurilor necesare dezvoltării unui sistem de monitorizare a inegalității în sănătate și a voinței politice declarate. Dezvoltarea unui sistem de monitorizare a inegalității în sănătate și, în special, implementarea acestuia, ar putea fi în continuare periclitată de unii factori precum: lipsa

resurselor umane și financiare, slaba colaborare între diferite sectoare care ar putea împiedica o legătură eficace între diferite baze de date naționale, durată de viață procesul decizional și lipsa stabilității politice pentru a sprijini implementarea în totalitate a unei astfel de acțiuni. În acest context, pare necesară elaborarea și implementarea unui sistem sectorial de monitorizare a inegalității în sănătate, în domeniul sănătății reproducerii. Pe de o parte, acesta este un domeniu în care au fost identificate mai multe probleme de sănătate publică și inegalități în materie de sănătate și, pe de altă parte, ar fi mai ușor de implementat, deoarece există câteva premise și condiții prealabile deja organizate și implementate, cum ar fi: Studiile de sănătate a reproducerii (una la 6-12 ani) și Programul Național de Sănătate pentru Sănătatea Mamei și Copilului (anual/multianual). O atenție specială ar trebui acordată grupurilor vulnerabile: populației tinere din comunitățile rurale, cu statut socio-economic și educațional scăzut și persoanelor cu dizabilități mintale. Monitorizarea inegalităților în materie de sănătatea reproducerii ar oferi informații cu privire la acțiunile necesare care trebuie puse în aplicare pentru a atinge un nivel mai bun al sănătății reproducerii mai bună și ar servi și ca instrument de evaluare a implementării acțiunilor.

**Bibliografie**

1. SUCIU, Nicolae, NANU Michaela, STATIVA Ecaterina, NOVAK Cornelia, MIHAILESCU Gheorghe, Studiul Sănătății Reproducerii în România 2016, Ed. Oscar Print, 2019
2. National Health Programme for Mother and Child Health, available at the link: <https://insmc.ro/Programe-de-sanatate/Programe-de-sanatate-finantate-de-MS/Programul-National-de-Sanatate-a-femeii-si-copilului/103>
3. National Health Strategy 2014-2020, developed by the Romanian Ministry of Health, available at the link: <http://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>