

Ala Curteanu  
INTERVENȚIILE PENTRU ASIGURAREA SUPRAVIEȚUIRII NOU-NĂSCUTULUI ȘI  
COPILULUI DE-A LUNGUL CONTINUITĂȚII ÎNGRIJIRILOR

IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

SUMMARY

INTERVENTIONS TO ENSURE SURVIVAL OF NEWBORNS AND CHILDREN ACROSS THE CONTINUUM OF CARE

**The purpose of the study** was to analyze the coverage and equity of clinical interventions provided to mothers and children across the continuum of care based on national survey data of the Republic of Moldova.

**Material and methods.** The data for calculating the Composite Coverage Index (CCA) [1] to measure coverage with interventions across the continuum of maternal and neonatal care from household-based national surveys [10,11,12,13] have been extracted. The CCA is a weighted average of eight interventions: satisfactory family planning, at least one antenatal care visit, skilled attendant at delivery, three immunization indicators for a child aged 1 year, oral rehydration therapy for diarrhea and care-seeking for pneumonia.

**Results.** We obtained the Composite Coverage Index of 84,59% in 2005 and 84,43% in 2012. The analysis shows a decrease of the total potential contraceptive need from 91,1% to 86,3%, a decrease in unsatisfied demand for family planning: 23% for all women and 29% for women in unions (1997), 7% (2005) and 9,5% (2012). The rate of the use of oral rehydration therapy with salts has negative dynamics: 61% in 2005 compared to 41,5% in 2012. Other interventions are increasing over time or are with a minor decrease. Calculating CCI for poorest and richest quintiles of mothers and children, we determined the increase of the coverage with interventions for the lower quintile from 75,22 (2005) to 79,73 (2012).

**Conclusions.** The uneven collection of indicators in different national surveys allowed calculating CCI only for the period between 2005 and 2012. The analysis highlighted the lack of any dynamics of interventions coverage, as well as the decrease of the unequal coverage with reproductive, maternal, newborn and child health interventions.

РЕЗЮМЕ

ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И  
ДЕТЕЙ ЧЕРЕЗ НЕПРЕРЫВНОСТЬ УХОДА

**Цель исследования** состояла в анализе охвата и справедливости охвата клиническими вмешательствами, предоставляемыми матерям и детям через непрерывность процесса непрерывного ухода на основе данных национальных исследований, проведенных в Республике Молдова.

**Материал и методы.** Из национальных опросов домашних хозяйств [10,11,12,13] были извлечены данные для расчета Композитного Индекса Охвата (КИО) [1] для измерения охвата вмешательствами в процессе непрерывного ухода матери и ухода за детьми. КИО представляет собой средневзвешенное из восьми вмешательств: удовлетворенный спрос на планирование семьи, по крайней мере, один визит по дородовой помощи, наличие квалифицированного персонала при родах, три показателя вакцинации детей в возрасте до 1 года, оральная регидратация при диарее у детей и уход при пневмонии.

**Результаты.** КИО в 2005 году составил 84,59%, а в 2012 году - 84,43%. Анализ показал снижение общей потенциальной нужды в контрацепции от 91,1% до 86,3%, снижение неудовлетворенного спроса на планирование семьи: 23% для всех женщин и 29% для замужних женщин (1997), 7% (2005) и 9,5% (2012). Коэффициент использования лечения диарее солями пероральной регидратации имеет отрицательную динамику: 61% в 2005 году, по сравнению с 41,5% в 2012 году. Другие вмешательства имеют динамику роста или уменьшились незначительно. Подсчет КИО для самых бедных и богатых квинтилей населения установил рост охвата вмешательствами для бедных квинтилей от 75,22 (2005) до 79,73 (2012).

**Выводы.** Неравномерный сбор показателей в различных национальных исследованиях позволило рассчитать КИО только в 2005 г. и в 2012 г. Анализ показал отсутствие какого-либо прогресса по охвату вмешательствами, но обнаружил уменьшение неравенства охвата репродуктивными, материнскими, неонатальными и др. вмешательствами.

Intervenția se definește ca un complex de măsuri, ce include metode, proceduri, echipament și alte mijloace, utilizate în mod sistematizat pentru soluționarea unei probleme concrete. Alegerea și implementarea intervenției pentru rezolvarea problemelor sănătății mamei și copilului depind de următoarele cinci condiții pentru selectarea corectă a intervenției – *disponibilitate, accesibilitate, acceptabilitate, acces financiar și acces geografic*.

Acoperirea, echitabilitatea și calitatea intervențiilor sunt trei piloni importanți pe care le luăm în calcul, când analizăm progresul, dar și golurile, în vederea reducerii mortalității și morbidității materne, neonatale și infantile.

Acoperirea cu intervenții este strâns legată de supraviețuirea mamei, nou-născutului și copilului. Ur-

mărirea în timp a nivelului de acoperire cu intervenții, sau proporției populației care necesită o intervenție și o primește la moment, reprezintă un criteriu esențial pentru răspundere. Monitorizarea proporției femeilor și copiilor care au nevoie de aceste intervenții și care le primesc de fapt (așa-numita „acoperire cu intervenții”) arată atât progresul, cât și oportunitățile pierdute pentru a salva viețile populațiilor-țintă. [5,6] Indicatorul acoperirii cu intervenții oferă date despre starea de implementare de către țări a politicilor și programelor pentru îmbunătățirea sănătății mamei și copilului.

Raportul „Numărătoarea inversă” [1] reflectă un nivel scăzut de acoperire cu intervenții cu impact major asupra sănătății mamei și copilului în țările cu venit jos și mediu (figura 1).

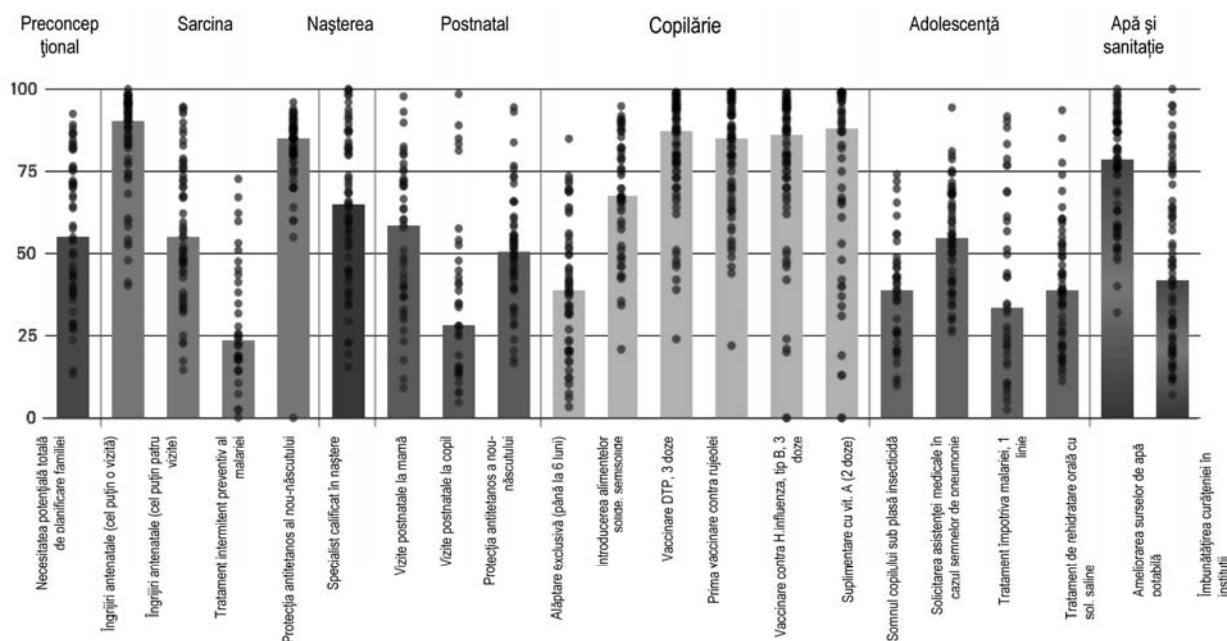


Figura 1. Acoperirea cu intervenții de-a lungul continuității îngrijirilor [1]

În versiunea originală a ODM, noțiunea de echitate privind oferirea intervențiilor pentru populațiile-țintă nu a fost prezentă, dar s-a regăsit în raportul [1], fiind măsurată prin diferite determinante sociale ca nivelul de bunăstare, genderul, reședința și altele. Datele obținute arată stabil inegalități pentru practic toți indicatorii de acoperire cu intervenții între păturile înstărite și cele sărace. Decalajul pentru intervențiile oferite de instituția medicală sau asociate cu contactele repetate cu prestatorul de servicii medicale (exemplu, numărul de vizite antenatale) este mai mare, comparativ cu intervențiile oferite prin acțiuni de mobilizare comunitară (exemplu, imunizările). [3] Experiența arată că țările care au atins un progres rapid privitor la acoperirea cu intervenții au realizat strategii de succes pentru a aborda păturile vulnerabile. [14]

Calitatea îngrijirii are un cadru multidimensional,

fiind percepută în mod diferit de către furnizorii de servicii medicale, manageri sau pacienți și sistemul de sănătate; analiza se efectuează pe baza caracteristicilor calității, cum ar fi siguranța, eficacitatea, oportunitatea, eficiența, echitatea și centrarea pe pacient. [9]

**Scopul studiului** a fost de a analiza acoperirea și echitatea intervențiilor clinice oferite mamei și copilului de-a lungul continuității procesului de îngrijiri pe baza datelor sondajelor naționale din Republicii Moldova.

**Material și metode.** Pentru măsurarea acoperirii cu intervenții în raportul [1] este propus Indicele Compus de Acoperire cu intervenții care reprezintă o medie ponderată a 8 intervenții de-a lungul continuității îngrijirilor mamei și copilului, disponibile în majoritatea țărilor, evaluate în acest raport. Aceste intervenții includ: solicitarea satisfăcută pentru plani-

ficarea familiei (SPF), cel puțin o vizită de îngrijire antenatală (ÎA), prezența unui specialist calificat la naștere (SCN), trei indicatori de imunizare (DTP, tuberculoza și prima doză împotriva rujeolei), terapia de rehidratare orală (TRO) în diaree la copil și solicitarea îngrijirilor pentru pneumonie (ÎP)).

Indicele Compus de Acoperire (ICA) cu intervenții este calculat după formula:

$$ICA = 1/4 \left( \frac{SPF + \hat{I}A + SCN}{2} + \frac{2DTP + T + R}{4} + \frac{TRO + \hat{I}P}{2} \right)$$

Monitorizarea nivelului de acoperire cu intervenții pentru sănătatea maternă, neonatală și a copilului este esențială pentru a evalua progresul raportat la obiectivele naționale și internaționale din domeniul sănătății. Analiza schimbării ICA cu intervenții în toate părțile de populație este necesară pentru a monitoriza progresul accesului la servicii a diferitor grupuri în timp.

Indicele Compus de Acoperire cu intervenții apreciază sănătatea reproductivă, maternă și infantilă prin

prima intervențiilor preventive și curative. [1] Raportul „Numărătoarea inversă” presupune o analiză suplimentară a datelor din studiile gospodăriilor casnice pentru a crește utilizarea lor. [4]

Marea majoritate a datelor cu privire la acoperirea cu intervenții în țările cu venituri mici și medii a fost obținută prin intermediul Agenției SUA pentru Dezvoltare Internațională, care sprijină programul Studiul Demografic și de Sănătate (SDS), [7], și este extrasă din programul Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi (MICS), susținut de UNICEF [8], precum și din alte studii naționale care se bazează pe modelul acestor studii.

În scopul măsurării ICA cu intervenții pentru asigurarea unui nivel satisfăcător de sănătate reproductivă, maternă, neonatală și infantilă am selectat din rapoartele sondajelor naționale indicatorii de interes: Studiul Sănătății Reprodusei din Republica Moldova [10], Studiul Demografic și de Sănătate a Populației [11] și studiile de Indicatori Multipli în Cuiburi [12,13], tabelul 1.

Tabelul 1.

**Acoperirea cu intervenții de-a lungul continuității îngrijirilor, conform datelor studiilor gospodăriilor casnice desfășurate în Republica Moldova în perioada 1997-2012**

Pachete de intervenții	SSR, 1997	2000, MICS	2005, SDS	2012, MICS
<b>Preconcepțional</b>				
Necesitatea potențială totală în contraceptive (planificarea familiei) (NPT)*	93,3		91,1	86,3
<b>Antenatal</b>				
Cel puțin o vizită de îngrijire antenatală*			91	98,8
Cel puțin de 4 ori de către orice lucrător medical	9		88,8	95,4
Protecția împotriva tetanosului	-	-	69,9	-
<b>Intranatal</b>				
Asistență calificată la naștere*			99,9	99,2
<b>Postnatal</b>				
Vizite postnatale pentru mame	74		96	94,2
Vizite postnatale pentru copii	74			98,8
Inițierea precoce a alăptării			64,5	61
<b>Vârsta fragedă</b>				
Alimentația exclusivă la sân (6 luni)			46	36,4
Introducerea alimentelor solide, semisolide sau lichide în alimentație			58,7 (4-7) 84,8 (6-9)	28,7
Acoperire vaccinală împotriva tuberculozei*		98,1	99,7	97,8
Acoperire vaccinală împotriva DTP (3 doze)*		91,4	94,03	90,6
Acoperire vaccinală împotriva rujeolei, prima doză*		79	89,5	89,3
Suplimentarea cu vitamina A			73,4	25,7
<b>Copilărie</b>				
Tratament de rehidratare orală cu săruri (TRO)*		95	61	41,5
Tratament de rehidratare orală în paralel cu alimentare continuă		19	43	54,7
Solicitarea îngrijirilor pentru pneumonie (ÎP)*		78	54	79,2
<b>Apă și sanitație</b>				
Utilizarea surselor îmbunătățite de apă potabilă		91,6		86,4
Utilizarea sanitației îmbunătățite		98,7		69,7
<b>Indicele Compus de Acoperire cu intervenții</b>			<b>84,59</b>	<b>77,75</b>

NB: \* intervențiile ce sunt folosite pentru calcularea ICA.

Analiza indicatorilor pentru calculul ICA arată că, spre regret, nu toți acești indici au fost colectați în mod riguros în studiile desfășurate în republică. Astfel, raportul [11] nu conține date referitoare la indicatorii ce caracterizează apa și sanitația, dar include compartimente care lipsesc în celelalte studii (violența, migrația). Pe de altă parte, asemenea compartimente ca dezvoltarea copilului, alfabetizarea și educația, accesul la mass-media și tehnologiile informaționale și comunicare sunt prezente numai în studiile MICS.

Studiul Sănătății Reprodusei din Republica Moldova (SSRM) [10] a analizat profund situația sănătății reproductive a populației, dar fără a se referi la migrație, dezvoltarea copilului, alfabetizarea și educația și alte aspecte elucidate în studiile MICS. O altă mențiune referitoare la acest studiu este faptul că, din 1998, a început reformarea sistemului de ocrotire a sănătății mamei și copilului care a inclus modificări ale practicilor și intervențiilor curative și preventive. Astfel, SSRM include intervenții care au suferit schimbări radicale în perioada 1998-2002 (de exemplu numărul de vizite antenatale) și, spre regret, datele privind acești indicatori nu pot fi folosite pentru calculul ratelor medii de acoperire cu unele intervenții, dar și a indicatorului ICA.

În afară de aceasta, considerăm necesară oferirea unor explicații privitor la unele intervenții necesare pentru calculul ICAP.

Indicatorul *necesitatea potențială totală în contraceptive* (planificarea familiei) (SPF) include alți doi indicatori: necesitățile asigurate și necesitățile nesatisfăcute privind contracepția [10]. Femeile de vârstă fertilă care la moment sunt căsătorite și care invocă că doresc să renunțe la o sarcină viitoare (limitare) sau că doresc să amâne sarcina viitoare (spațiere), dar nu folosesc nici o metodă de contracepție, au necesități nesatisfăcute de contracepție (planificare familială). Pe când femeile (sau partenerii lor) care utilizează anumite metode de contracepție și nu mai vor copii reprezintă grupul celor cu necesități satisfăcute de contracepție (planificare familială). Componenta „necesități nesatisfăcute” în metodele de contracepție s-a dovedit a fi un indicator utilizat în toată lumea în strategiile de planning familial, alocări de resurse financiare și analiza rezultatelor programelor de planificare familială. Indicatorul mediu de necesitate potențială totală în contraceptive / planificarea familiei (SPF) alcătuiește 93,3.

Un indicator important care reflectă conținutul asistenței antenatale este *numărul de consultații prenatale*. Deoarece standardul privitor la acest indicator a suferit schimbări în timp, ținem să menționăm, că, în corespundere cu datele SSRM, 45,6% din femeile care au avut nașteri în ultimii cinci ani până la studiu au beneficiat de un număr adecvat pentru acea perioadă de vizite (12 și mai multe), în timp ce 9% femei au beneficiat de numai 1-5 vizite [10]. Indicatorii din pa-

chetul antenatal de intervenții (tab. 1) reflectă standardul recomandat de OMS implementat și în republică.

Indicatorul ce caracterizează *asistenta calificată la naștere* se referă la nașterile asistate medical. Acest indicator reprezintă ținta a doua a Obiectivului de Dezvoltare a Mileniului (ODM) 5 sau ameliorarea sănătății materne. În Raportul 3 cu privire la ODM [2] este menționat nivelul înalt al acestui indicator (media 99,4% pentru deceniul 2002-2011). Deși viziunea OMS asupra indicatorului în cauză este mai complexă, decât felul în care acest indicator se estimează în Republica Moldova, el incluzând prezența moașei calificate, existența unor lucrători profesioniști, a condițiilor necesare, inclusiv acces la remedii medicamentoase, mijloace de transport, la serviciile obstetricale de urgență, asistența nou-născutului [2]. Date despre această intervenție nu au fost colectate în studiile SSRM și MICS, 2000.

*Vizitele postnatale pentru mame și vizitele postnatale pentru copii* sunt definite ca vizite la domiciliu ale mamei și a nou-născutului în prima săptămână de viață după naștere de un lucrător medical instruit. În SSRM indicatorul a fost definit ca „asistență postnatală” pentru mame și copii și alcătuiește 74% [10].

Conform datelor SSRM, din numărul copiilor alăptați, numai 8% *nou-născuți au fost alăptați precoce* sau în prima oră de viață, majoritatea copiilor fiind alăptați în prima sau a doua zi de viață (56% și 17% respectiv), iar a cincea parte din copii au început să fie alăptați numai după 48 de ore. SSRM nu a estimat alăptarea exclusivă, dar a estimat durata acestei intervenții, subliniind că durata medie a alăptării complete (exclusivă sau aproape exclusivă) a fost de 3,6 luni [10].

*Imunizarea contra tetanosului* reprezintă o metodă înalt efectivă de protecție împotriva acestei maladii. Conform cerințelor Programului de Imunizări aprobat în republică, se consideră că persoana este protejată împotriva tetanosului atunci când primește patru doze de vaccin: prima doză până la vârsta de 2 ani, fiind urmată de o vaccinare la vârsta de copilărie, adolescență și de adult. Atunci când femeia gravidă este vaccinată conform acestui program, vaccinarea în timpul sarcinii se consideră inutilă. Această intervenție a fost apreciată numai în raportul DHS la 69,9% femei care au primit cel puțin o injecție [11].

Copiii cu vârsta 6-23 de luni sunt considerați *alimentați corespunzător*, dacă sunt alăptați și primesc ca hrană alimente de diversificare solide, semisolide și lichide. Conform MICS, 2012 ponderea copiilor alimentați conform vârstei este de 29% la 6-23 luni. Indicatorii din sondajul [11] nu sunt complet comparabili cu cei din MICS, din cauza diferențelor de raportare a vârstei (până la 4 luni, 4-7 luni, 8-11, 12-35 luni sau până la 6 luni și 6-9 luni). De aceea pentru calculul ICA din DHS am luat indicatorul 6-9 luni [11].

Date privitoare la *suplimentarea cu vit.A* există în

rapoartele [11,13]. OMS recomandă suplimentarea cu vit. A copiilor predispuși către această deficiență de la vârsta de 9 luni, iar raportul MICS, 2012 – copiii cu vârsta 6-59 luni. Pentru a cerceta acest aspect în studiul DHS, desfășurat pe timp de vară, colectând informația despre consumul fructelor și legumelor bogate în vit. A de către copiii cu vârsta sub 3 ani. Conform studiului [11], 73 la sută din copiii cu această vârstă consumă alimente bogate în vit. A și cel puțin 90 la sută din copiii de 12-35 luni, alăptați sau nu la sân, au o dietă bogată în această vitamină. Raportul [13] subliniază, însă, că suplimentarea copiilor cu doze înalte de vit. A în capsule pe parcursul anului este o strategie eficientă de eliminare a deficienței de vit. A. Se recomandă și utilizarea de către mame a acestei vitamine pe parcursul sarcinii. Conform acestui studiu, 26% din copiii cu vârsta cuprinsă între 6-59 de luni au primit supliment de vit. A.

Date privitor la *managementul diareei* există doar în studiile [12,13], care constată că 4,2% și 7% copii sub 5 ani au avut diaree în perioada de două săptămâni precedente studiilor din anii 2000 și 2012, respectiv. Tratamentul de rehidratare orală în paralel cu alimenta-

re continuă manifestă o creștere în dinamică: 19 și 46% în ambele studii. Programul ”O lume demnă pentru copii” solicită o reducere a incidenței diareei cu 25 la sută.

Apa potabilă sigură și accesibilă constituie o condiție esențială pentru sănătate. Scopul ODM (7C) a fost de a reduce la jumătate, între anii 1990 și 2015, numărul de oameni fără acces durabil la apă potabilă sigură și canalizare de bază. Din aceste considerente printre intervențiile ce caracterizează continuitatea îngrijirilor sunt incluși și indicatorii ce caracterizează apa și sanitația, ca *utilizarea surselor îmbunătățite de apă potabilă și utilizarea sanitației îmbunătățite*. Populația care utilizează surse îmbunătățite de apă potabilă include persoane care folosesc oricare dintre următoarele: apă curentă, tub/foraj, bine protejate, izvor protejat și colectarea apei de ploaie. Astfel, compararea datelor studiilor [12,13] arată o reducere a utilizării surselor îmbunătățite de apă potabilă de la 91,6% la 86,4%, la fel și utilizarea sanitației îmbunătățite de la 98,7% la 69,7%.

**Rezultate.** Tabelul 2 include indicatorii necesari pentru calculul Indicelui Complex de Acoperire cu intervenții pe baza studiilor [11,13].

Tabelul 2.

**Indicatori folosiți pentru calculul Indicelui Complex de Acoperire cu intervenții**

Pachete de intervenții	SDS [11]	MICS [13]
<b>Preconcepțional</b>		
Necesitatea potențială totală în contraceptive (planificarea familiei) (NPT)	91,1	86,3
<b>Antenatal</b>		
Cel puțin o vizită de îngrijire antenatală	91	98,8
<b>Intranatal</b>		
Asistență calificată la naștere	99,9	99,2
<b>Vârstă fragedă</b>		
Acoperire vaccinală contra tuberculozei	99,7	97,8
Acoperire vaccinală contra DTP (3 doze)	94,03	90,6
Acoperire vaccinală contra rujeolei, prima doză	89,5	89,3
<b>Copilărie</b>		
Tratament de rehidratare orală cu săruri (TRO)	61	41,5
Solicitarea îngrijirilor pentru pneumonie (ÎP)	54	79,2
<b>Indicele Compus de Acoperire cu intervenții</b>	<b>84,59</b>	<b>84,43</b>

Astfel conform calculelor noastre, substituind în formulă datele pentru fiecare intervenție, am obținut un indicator de acoperire cu intervenții de 84,59% în 2005 și de 84,43% în anul 2012. Analiza efectuată arată că acoperirea cu intervenții de-a lungul continuității îngrijirilor mamei și copilului într-o perioadă de 6 ani, care separă studiile, a rămas neschimbată. Spre regret, lipsa datelor disponibile pentru unele intervenții din sondajele [10,12] nu a permis să analizăm trendul de acoperire cu intervenții pentru o perioadă mai îndelungată de timp.

Indicatorii analizați aveau valori înalte în anul 2005, de aceea potențialul de creștere al lor nu a fost mare. Analiza comparativă a aceluiași indicatori în aspect de

timp arată o descreștere a necesității potențiale totale în contraceptive (planificarea familiei) de la 91,1% la 86,3%. Cu toate acestea, se observă o scădere a cererii nesatisfăcute în planificarea familială: 23% pentru toate femeile și 29% pentru femeile în uniuni (1997), 7% (2005) și 9,5% (2012). De asemenea, rata de utilizare a tratamentului de rehidratare orală cu săruri este cu o dinamică negativă: 61% în 2005, comparativ cu 41,5% în 2012, posibil pe seama faptului necunoașterii de către mame a semnelor diareei și a măsurilor care trebuie efectuate în cazul acestora. Celelalte intervenții sunt cu creștere în timp sau cu scădere infimă.

ICA poate fi calculat nu numai pentru nivelele naționale, dar și pentru păturile sărace și bogate de

mame și copii. În pofida decalajului dintre populațiile mamelor și ale copiilor din chintilele bogate și sărace, se observă o reducere a lui, îndeosebi pentru cele opt intervenții pe seama cărora este calculat ICA.

Fiind interesați de a studia acoperirea echitabilă cu intervenții prestate de furnizorii de servicii de sănătate

mamelor și copiilor la nivel național, am calculat ICA pentru chintilele săracă și bogată ale populației (tab. 3), datele fiind extrase din Studiul Demografic al Sănătății Populației [11] și din Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi [13].

Tabelul 3.

**Indicatorii folosiți pentru calculul Indicelui Compus de Acoperire cu intervenții în Republica Moldova pentru chintilele săracă și bogată ale populației mamelor și copiilor, conform datelor studiilor gospodăriilor casnice desfășurate în anii 2005 și 2012**

Studiile bazate pe gospodăriile casnice	SDS [11]		MICS [13]	
	inferioară	superioară	inferioară	superioară
<b>Chintilele de bunăstare</b>				
<b>Preconcepțional</b>				
Necesitatea potențială totală în contraceptive (planificarea familiei) (NPT)	73,4	76,5	83,5	86,5
<b>Antenatal</b>				
Cel puțin o vizită de îngrijire antenatală	96	99	89	99
<b>Intranatal</b>				
Asistență calificată la naștere	99,2	99,7	97,7	98,6
<b>Vârsta fragedă</b>				
Acoperire vaccinală contra tuberculozei	(100)	98,6	(100)	95,1
Acoperire vaccinală contra DTP (3 doze)	94,07	95,7	88,1	98,7
Acoperire vaccinală contra rujeolei, prima doză	90,8	91	86,2	98,7
<b>Copilărie</b>				
Tratament de rehidratare orală cu săruri (TRO)	45	78,2	26	28,6
Solicitarea îngrijirilor pentru pneumonie (ÎP)	31	66,7	77	79,2
<b>Indicele Compus de Acoperire cu intervenții</b>				
Indicele Compus de Acoperire cu intervenții	<b>75,93</b>	<b>85,88</b>	<b>79,73</b>	<b>84,25</b>

Notă: () datele prezentate în paranteze se bazează pe 25-49 cazuri neponderate

\*date pentru mai puțin de 25 de cazuri neponderate

Analiza echității este deopotrivă de importantă cu cea de acoperire cu intervenții și trebuie asigurată constant prin măsurări unificate ale asemenea straturi ca: bunăstarea, genderul, locul de trai pentru identificarea grupurilor vulnerabile de populație. Estimările făcute permit de a trage concluzia că pentru populațiile de femei și copii din chintila superioară de bunăstare acoperirea cu intervenții a scăzut neînsemnat din

2005 (85,88) până în 2012 (84,25), pe când pentru chintila inferioară acoperirea cu intervenții a crescut de la 75,22 (2005) la 79,73 (2012). Astfel, decalajul de acoperire cu servicii de sănătate pentru mame și copii s-a redus pentru chintila inferioară de bunăstare (figura 2).

Analiza ICA pe toate chintilele de bunăstare arată că politicile din sectorul de sănătate, din 2005 până

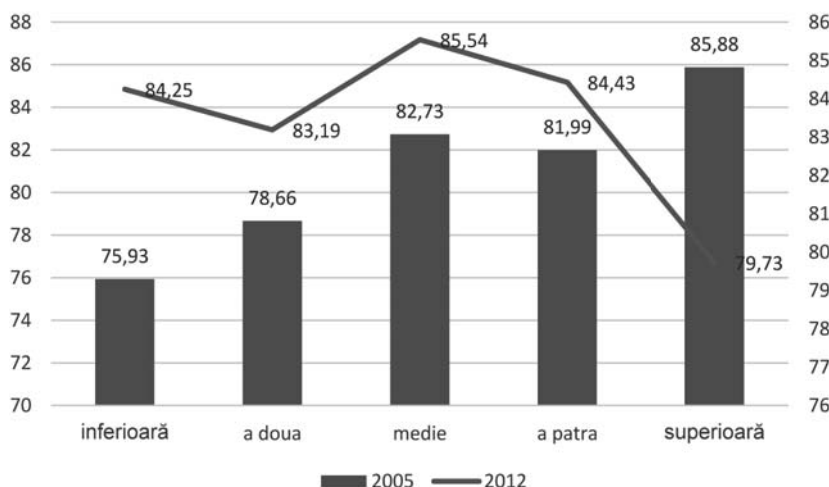


Fig. 2. Reducerea inegalităților în acoperirea cu intervenții de sănătate reproductivă, maternă, neonatală și infantilă, conform ICA, calculați în baza datelor SDS și MICS, în cele cinci chintile de bunăstare (perioada 2005-2012)

în 2012, au favorizat chintila săracă și, ca rezultat, au redus inegalitățile. Ca urmare, golul de acoperire cu intervenții, conform ICA, s-a redus cel mai mult pentru chintila săracă (cu 8,32), fiind urmat de chintila a doua (cu 4,53) și celelalte două chintile – medie (cu 2,81) și a patra (cu 2,44).

În concluzie putem menționa că sondajele naționale oferă indicatori importanți privind acoperirea și echitabilitatea acoperirii cu intervenții preventive și curative de-a lungul continuității îngrijirilor mamei și copilului.

Totodată, colectarea neuniformă a indicatorilor în diferite sondaje naționale bazate pe gospodării, inclusiv în studiile [12,13], nu a permis de a calcula ICA pentru o perioadă mai lungă de timp. Analiza ICA din 2005 până în 2012 scoate în evidență lipsa vreunei dinamici a indicatorului, pe când analiza de acoperire echitabilă cu intervenții denotă o îmbunătățire pentru păturile sărace de mame și copii.

Analiza comparativă a ICA prezintă o privire de ansamblu și integrată a evoluției accesului la serviciile medicale materne și infantile la nivel populațional, incluzând perioadele preconcepțională, antenatală, în naștere, neonatală și infantilă, și măsoară progresul în atingerea obiectivelor naționale.

#### **Bibliografie:**

1. A Decade of Tracking Progress for Maternal, Newborn and Child Survival. The 2015 Report. Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child survival. UNICEF and World Health Organization, 2015, 221 pages.
2. Al treilea Raport cu privire la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului. Republica Moldova, Chisinau, 2013
3. Barros, A.J., C. Ronsmans, H. Axelson, and others. 2012. "Equity in Maternal, Newborn, and Child Health Interventions in Countdown to 2015: *Lancet* 379(9822): 1225–33
4. Bryce J, Arnold F, Blanc A, Hancioglu A, Newby H, Requejo J, et al. (2013) Measuring Coverage in

MNCH: New Findings, New Strategies, and Recommendations for Action. *PLoS Med* 10(5): e1001423. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001423>

5. Requejo J, Bryce J, Victora C, the Countdown to 2015 Report Writing Team (2012) Building a future for women and children: the 2012 report. Geneva: WHO.

6. Requejo, J., Bryce, J., Victoria, C., Countdown to 2015 Writing Team. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. UNICEF and WHO, Geneva (Switzerland); 2014:1–229.

7. MEASURE DHS: Demographic and Health Surveys. <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/dhs/about>

8. UNICEF. Statistics and Monitoring: Multiple Indicator Cluster Survey. [https://www.unicef.org/statistics/index\\_24302.html](https://www.unicef.org/statistics/index_24302.html)

9. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities, WHO, 2016, 73 p.

10. Studiul Sănătății Reprodusei în Moldova, UNICEF, USAID, 1998. 278 pag

11. Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova. Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale, Chișinău, Republica Moldova, ORC Macro Calverton, Maryland, SUA Septembrie 2006, 257 p.

12. Studiu de indicatori multipli în cuiburi (MICS). Republica Moldova 2000. UNICEF, Chișinău, 2000

13. Studiu de Indicatori Multipli în Cuiburi (MICS): Republica Moldova: Raport final / Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Centrul Naț. de Sănătate Publ., Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, Org. Mondială a Sănătății, Unicef – Chișinău : S. n., 2015 (Tipogr. "Elan Poligraf"). ISBN 978-9975-66-441-7. ... 2012. – 2015. – 324 p

14. Victora, C.G., A.J. Barros, H. Axelson, and others. 2012. How Changes in Coverage Affect Equity in Maternal and Child Health Interventions in 35 Countdown to 2015 Countries: *Lancet* 380(9848): 1149–56