

2. Gagauz O. Îmbătrânirea populației: probleme și perspective. În: Valorificarea rezultatelor științifice – baza dezvoltării a economiei naționale. Chișinău, 2004. pp.261-262.
3. P.B., Keady J., Cert H. Alzheimer's Care Quarterly Harris. April/May/June. 2004. Volume 5, Issue 2, pp.111-122.
4. Popescu C.D. Îmbătrânirea creierului și a sistemului său arterial. Iași, 1997, pp.123-145.
5. Mereuță I., Ingrijirea vârstnicilor la domiciliu. Chișinău, 2001, pp.230-290.
6. Oprea N., Nacu A., Oprea V. Psihiatrie. Chișinău, 2007, pp.263-274.
7. Prelipceanu D. Psihiatria clinică. București, 2013, pp.699-733.
8. Tibs M., Kingsley J. Social Work and Dementia. 2001, pp.233-245.

## **SĂNĂTATEA MATERNĂ – UN DREPT UMAN GARANTAT DE STAT ȘI RISCURILE AFERENTE NERESPECTĂRII ACESTUIA: SINTEZĂ NARATIVĂ**

**Rodica Scutelnic**, doctorand,  
Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”,  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,  
Chișinău, R.Moldova  
rchimirciuc@yahoo.com

### *MATERNAL HEALTH – A HUMAN RIGHT GUARANTEED BY THE STATE AND THE RISKS ASSOCIATED WITH ITS FAILURE: A NARRATIVE SYNTHESIS*

*Evidence-based data suggests that most maternal deaths are preventable. A significant proportion of these deaths is not solely a biological occurrence; they result from the denial of women's rights, including lack of freedom and respect. Accessibility and availability of quality family planning and abortion services are key determinants of maternal mortality in low-income countries. We conducted a narrative synthesis study analyzing publications from 1990 to 2021 concerning women's reproductive rights and their impact on maternal mortality. The initial search returned 103 articles, from which 76 eligible papers were selected. The mere availability of medical services in states does not guarantee access by women if these*

*services lack physical, economic, cultural accessibility or are unacceptable to women or their families within national health systems. Consequently, this inability to access services hinders the reduction of maternal morbidity and mortality. Despite states' efforts to organize health systems and improve the performance of medical services, the Millennium Development Goals were not achieved. This failure can be attributed, in part, to women's lack of access to services due to human rights violations. Ensuring respect for human rights is a key intervention in reducing maternal mortality and enhancing maternal health. The growing international and regional concern about maternal mortality and morbidity highlights the need to recognize that reducing maternal mortality and morbidity depends not only on the development of health systems but also on the realization of human rights, particularly in maternal health. Acknowledging this reality will lead to the development of new measures to reduce maternal mortality and improve maternal health.*

## **Întroducere**

Abordarea sănătății materne prin prisma drepturilor omului pentru o mai bună înțelegerea determinantelor acesteia se referă în primul rând la contextul legal, cultural și social a accesibilității și prestării serviciilor medicale. Acest aspect a devenit sensibil datorită faptului că conform datelor bazate pe dovezi majoritatea deceselor materne sînt evitabile și, divergențelor mari dintre riscul mortalității materne pe parcursul vieții fertile în țările cu venituri mari și țările cu venituri mici, precum și între femeile bogate și sărace [1]. Majoritatea deceselor materne nu este un simplu fenomen biologic, acestea fiind determinate de lipsa libertății și drepturilor cu care s-au confruntat femeile și prestatorii de servicii, precum și de lipsa răspunderii prestatorilor, sistemelor de sănătate, și țărilor față de femei și familiile acestora [1, 2]. Conceptul libertății se referă la dreptul femeii de a-și controla corpul său, inclusiv opțiunile de reproducere, și la accesibilitatea la servicii de planificare familială acceptabile și efective, inclusiv avortul în siguranță. Accesibilitatea și disponibilitatea serviciilor calitative de planificare familială și avortului legal sînt determinantele cheie a mortalității materne în țările cu venituri mici.

Consiliul Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului de asemenea consideră ratele înalte ale mortalității și morbidității materne inacceptabile și drept violare a drepturilor omului. În rezoluția sa este accentuat că morta-

litatea maternă este un subiect ce ține de manifestarea diverselor forme ale discriminării împotriva femeilor [3].

Drepturile umane reprezintă garanțiile legale universale care protejază indivizii și grupurile de indivizi împotriva acțiunilor care afectează libertățile fundamentale și demnitatea umană [1]. Pornind de la idea că aproape toate decesele maternale sînt evitabile, mortalitatea maternă, deasemenea reprezintă și un subiect al respectării drepturilor umane. Drept urmare, în prezent mortalitatea maternă este abordată ca subiect ce ține de drepturile omului.

**Scopul** acestui subiect constă în elucidarea importanței realizării drepturilor femeii la viață, sănătate, demnitate, educație, informație, acces la progresul științific în reducerea morbidității și mortalității maternale

**Materiale și metode.** A fost realizat un studiu de sinteză narativă. S-a efectuat analiza publicațiilor între 1990-2021 referitor la respectarea drepturilor femeii la sănătate reproductivă și influența nerespectării acestora asupra nivelului mortalității maternale prin utilizarea termenilor „mortalitate maternă”, „sănătatea reproductivă”, „dreptul la sănătate”, „Obiective de Dezvoltare a Mileniului”, „Obiective de Dezvoltare Durabilă”, „avortul în siguranță”, „drepturile omului”. Căutarea inițială a rezultat cu 103 de articole, din care au fost selectate 93 de lucrări eligibile. După excluderea înregistrărilor care nu au legătură cu studiul și revizuirea rezumatelor au rămas 76 de lucrări eligibile ce reflectă impactul nerespectării drepturilor femeii asupra mortalității maternale și sănătății maternale. Am analizat drepturile omului care influențează mortalitatea maternă și sănătatea maternă. Nu au fost stabilite limite de limbă, dar au fost prioritizate articolele în limba engleză publicate după anul 2010.

### **Rezultate și discuții.**

La începutul anilor 1980, majoritatea eforturilor orientate spre îmbunătățirea sănătății femeilor și reducerea morbidității și mortalității maternale au fost intensificate. A fost atins un consensus mondial privind reducerea nivelului înalt al morbidității și mortalității maternale prin îmbunătățirea serviciilor medicale acordate femeilor și copiilor [4, 5]. Începînd cu mijlocul anilor 1990, în lume a fost înregistrată o reducere substanțială a mortalității maternale [6]. Cu toate acestea, o cotă esențială a mortalității maternale este considerată prevenibilă, ceea ce indică faptul că îmbunătățirea în continuare este posibilă [7, 8, 9].

Dr. Martin Luther King, Jr la 25 March 1966 în cea de-a Doua Convenție

Națională a Comitetului Medical pentru Drepturile Omului, Chicago, Illinois a menționat că „Din toate formele de inegalitate, in justiția în sănătate este cea mai șocantă și inumană”. Decesele și prejudiciile materne sînt o reamintire puternică a riscurilor cînd autoritățile sînt inapte să asigure organizarea unui sistem care respectă, protejează și satisface dreptul omului la sănătate fără discriminare.

Ținînd cont de faptul că determinantele sociale și organizarea sistemului de sănătate joacă un rol important în mortalitatea maternă [10], acest fapt este important nu doar prin numărul de vieți salvate în această perioadă, dar și prin progresul esențial atins în domeniul dezvoltării și egalității gender înregistrat în lume. Mortalitatea maternă este o tragedie, progresul atins motivînd comunitatea internațională să depună eforturi pentru eliminarea deceselor materne prevenibile [11].

Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare care a avut loc în Cairo în anul 1994 pentru prima dată a abordat sănătatea reproducerii într-un mod holistic, inclusiv prin prisma drepturilor omului. În cadrul conferinței 179 de țări au adoptat Programul de Acțiuni privind Populația și Dezvoltarea, care mutual consolidează legătura dintre populație și dezvoltare și susține necesitatea unei strategii noi bazate pe drepturi și focalizată pe satisfacerea necesităților fiecărei femei și bărbat și nu pe atingerea obiectivelor demografice.

Prin Declarația de la Beijing și Platforma pentru Acțiuni în anul 1995, statele au hotărît să fortifice și să reorienteze serviciile de sănătate spre asigurarea accesului universal al femeilor și fetelor la servicii de sănătate calitative, îmbunătățirea sănătății, reducerea morbidității materne și atingerea la nivel mondial a consensului privind reducerea mortalității materne către anul 2000 cu cel puțin 50% din nivelul anului 1990, și în continuare cu 50% către anul 2015. Angajamentele au fost asumate pentru a asigura disponibilitatea serviciilor necesare la toate nivelele sistemului de sănătate, accesibilitatea serviciilor reproductive tuturor persoanelor de vîrstă adecvată prin intermediul asistenței medicale primare.

Declarația Mileniului din septembrie 2000 a marcat reconfirmarea angajamentului, aspirațiilor și viziunii asumate de Programul de Acțiuni al Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare. Printre opt Obiective de Dezvoltare a Mileniului, Obiectivul 5 era „Îmbunătățirea sănătății materne” și ținta ODM 5.A era Reducerea cu  $\frac{3}{4}$  între anii 1990-2015 a ratei mortalității materne [12].

Este de menționat faptul că aceste obiective nu au fost atinse, inclusiv și de multe țări industrializate [13, 14, 15]. Mai mult ca atât, în unele țări a fost înregistrată creșterea mortalității materne. De exemplu în Statele Unite ale Americii a fost înregistrată o creștere a maternității materne de la 12 la 100 000 nou născuți vii în 1990 la 14 la 100 000 nou născuți vii în 2015 [15, 16, 17, 18]. Printre cauzele creșterii au fost enumerate îmbunătățirea raportării cazurilor de mortalitate maternă, în special celor prin cauze obstetricale indirecte și decesele care au avut loc după 42 zile după naștere [19], și creșterea morbidității prin boli cronice printre femeile gravide.

Drept urmare, statele membre ale Națiunilor Unite și-au extins angajamentul global asumat în anul 2000 prin Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, prin adoptarea pe 25 septembrie 2015 a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă. Obiectivele de Dezvoltare Durabilă au fost lansate pe 25 septembrie 2015 după adoptarea Rezoluției Adunării Generale Transformarea lumii noastre: Agenda 2030 pentru o Dezvoltare Durabilă [20] și au intrat în vigoare pe 1 ianuarie 2016 pentru o perioadă de 15 ani până la 31 decembrie 2030. Printre cele 17 obiective, țintele direct legate de sănătate se referă la ODD3: Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor la orice vârstă [21]. ODD, suplimentar la faptul că plasează accent direct asupra reducerii mortalității materne, de asemenea accentuează și importanța abordării bunăstării femeii după supraviețuire.

Decesele materne și ale nou născuților este un segment deosebit de sensibil al calității sistemului de sănătate, deoarece majoritatea deceselor rezultate din complicațiile nașterii pot fi evitate în cazul tratamentului corespunzător [22].

Conform OMS, UNICEF, Băncii Mondiale și altor organisme internaționale, majoritatea deceselor materne și cazurilor de dizabilitate pot fi prevenite prin asigurarea accesului la asistență antenatală și intranatală [23]. OMS estimează că 88-98% ale mortalității materne sînt prevenibile [24]. Deasemenea, UNICEF reafirmă că aproximativ 80% ale deceselor materne ar putea fi evitate prin asigurarea accesului la asistență medicală obstetrică și servicii de sănătate de bază [25].

Câteva studii din Europa și Statele Unite ale Americii au stabilit că fiecare de la 1 din 2 până la 2 din 3 mortalități materne sînt prevenibile [26, 27, 28, 29, 30, 31, 32]. Totodată, este estimat că cca 80% din mortalitatea maternă din Africa poate fi prevenită sau evitată prin acțiuni care s-au dovedit a fi efective și accesibile, chiar și pentru țări cu resurse limitate [33].

Aceste date sînt confirmate și printr-un studiu realizat de Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, et al [34] a scos în evidență că aproximativ 90% din cazurile de mortalitate maternă cauzate de hemoragie sau complicații ale bolilor cronice au fost prevenibile, cu excepția deceselor cauzate de accidentele cerebrovasculare, embolia cu lichid amniotic, sau sindromul hemolitic microangiopatic. Totodată, modalitățile de prevenire variau în dependență de cauza decesului. Cel mai important element în prevenirea deceselor cauzate de hemoragie și infecție a fost îmbunătățirea calității asistenței medicale. Totodată, posibil că înțelegerea de către femei a riscurilor sarcinii la femei de vîrstă reproductivă avansată ar putea constitui unul din factorii care ar determina femeia să ia decizii privind conceperea la o vîrstă mai tînră. De asemenea, asistența preconcepțională ar fi putut potențial preveni mai mult de jumătate din decesele cauzate de boli cronice. Similar, schimbările în acțiunile pacienților, determinate de recunoașterea factorilor de risc și responsabilitatea personală, ar fi putut preveni jumătate din decesele cauzate de hipertensiunea indusă de sarcină.

Estimările Băncii Mondiale, arată că 74% din decesele materne ar fi posibil de prevenit prin asigurarea asistării nașterilor de specialiști, în special prin asigurarea accesului la asistență medicală obstetricală, servicii de întrerupere a sarcinii în siguranță, efectuarea managementului activ în etapa a III a travaliului, și utilizarea anticonvulsivanelor în preeclampsie [35]. Doar 15% din sarcini și nașteri necesită asistență obstetricală de urgență datorită complicațiilor care sînt dificil prognozabile [23].

În anul 2001 un raport OMS a recunoscut că „eșecul soluționării problemei mortalității și dizabilității materne prevenibile reprezintă una din cele mai mari nedreptăți ale timpului nostru” și faptul că „riscurile legate de sănătatea reproducerii la femei nu sînt nenorociri simple și dezavantaje naturale inevitabile ale sarcinii, dar mai degrabă nedreptăți pe care societățile sînt apte și obligate să le remedieze” [36].

Consiliul pentru Drepturile Umane în rezoluția nr.11/8 (paragraful 2) identifică spectrul drepturilor umane direct legate de mortalitatea și morbiditatea maternă și anume „dreptul la viață, la demnitate, educație, la libertatea de a căuta, primi și împărtăși informația, a se bucura de rezultatele progresului științific, libertatea de discriminare, și dreptul de a se bucura de cele mai înalte standarde a sănătății fizice și mentale, inclusiv sănătatea sexuală și reproductivă”.

Comitetul privind Eliminarea Discriminării Femeilor (CEDAW), Co-

mitetul privind Drepturile Omului și Comitetul privind Drepturile Copilului au interpretat explicit că dreptul la viață include obligația de a preveni și reduce mortalitatea maternă [37, 38, 39].

Conform art. 36 la Constituția Republicii Moldova, statul garantează populației dreptul la ocrotirea sănătății [40]. Prin urmare, când o femeie decedează în timpul sarcinii sau nașterii din cauza eșecului statului de a utiliza resursele disponibile pentru a întreprinde măsurile necesare pentru abordarea cauzelor prevenibile ale mortalității materne și asigurarea disponibilității, accesibilității, acceptabilității și calității satisfăcătoare a serviciilor medicale, responsabilitatea statului poate fi interpretată drept violare a dreptului femeii la viață. Decesele și leziunile materne prevenibile de asemenea reprezintă violarea dreptului femeii de a beneficia de cel mai înalt standard de sănătate fizică și mentală, inclusiv de sănătate reproductivă și sexuală, dreptului la egalitate și nondiscriminare și dreptului la informație, educație, și de a se bucura de beneficiile progresului științific. Aceste drepturi nu pot fi abordate ca absolut distincte, dar mai probabil „indivizibile, interdependente, interconectate, și de importanță egală pentru demnitatea umană” [41].

Tratatele internaționale privind drepturile omului recunosc că mortalitatea maternă implică un spectru mai larg al drepturilor umane și au recomandat ca statele părți să întreprindă măsuri efective pentru reducerea ratei mortalității materne și îmbunătățirea sănătății materne [42]. Realizarea dreptului la educație este esențial pentru dezvoltarea abilității femeii de a se bucura de întregul spectru de drepturi umane. Totodată înțelegerea comprehensivă a sănătății sexuale și reproductive sînt imperative pentru asigurarea capacității femeilor de a-și proteja sănătatea lor și de a lua decizii informate despre sexualitate și reproducere. Studiile existente au demonstrat contribuția majoră a nivelului scăzut de educație al femeilor asupra ratelor înalte de mortalitate maternă la nivel Mondial [43, 44, 45, 46]. Nivelul scăzut al educației influențează în mod negativ și alți indicatori de sănătate maternă, inclusiv rata fertilității, accesarea serviciilor de asistență antenatală, utilizarea metodelor de contracepție și vîrsta avansată la prima naștere. Nivelul redus al educației afectează sănătatea femeilor prin limitarea cunoștințelor despre nutriție, intervalul dintre sarcini, contracepție [47]. Și din contra, egalitatea gender și emanciparea joacă un rol cheie în prevenirea mortalității materne, deoarece acestea duc la o solicitare crescută de către femei a serviciilor de planificare a familiei, asistență antenatală și naștere în siguranță [48].

Dreptul la informație și beneficiile progresului științific reprezintă un alt drept fundamental al omului. Accesul la informație este o componentă necesară a abilității femeilor să ia o decizie informată privind viața sexuală și reproductivă și accesul la servicii medicale necesare pentru asigurarea sarcinii și nașterii sănătoase. În articolul 16, paragraful 1 (e) al Convenției privind Eliminarea tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor, este stabilit că Statele trebuie să asigure „accesul la informație, educație și instrumente” pentru a permite femeilor să decidă liber și responsabil despre numărul și intervalul dintre sarcini. Dreptul de a beneficia de progresul științific, conform art. 15 paragraful 1 la Acordul Internațional Privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale, este recunoscut dominant în contextul mortalității și morbidității materne, fiind considerat o intervenție de sănătate cu costuri joase, pe care femeile au dreptul să-l acceseze și care ar contribui esențial la reducerea mortalității și dizabilității materne [49].

Pentru asigurarea accesibilității serviciilor de sănătate reproductivă, bucurii și instituțiilor medicale conform Raportului Special privind dreptul fiecărei persoane de a se bucura de cel mai înalt standard de sănătate fizică și mentală acestea trebuie să fie: a) disponibile într-un număr suficient; b) accesibile fizic și economic; c) accesibile fără discriminare; și d) calitative [50]. Alte criterii cheie includ acceptabilitatea și accesibilitatea informației [48].

Două treimi din constituțiile naționale conțin prevederi privind asigurarea dreptului la sănătate. Aceste prevederi constituționale reprezintă angajamentul național privind promovarea sănătății, adesea însoțind intenția de asigurare sau facilitare a accesului întregii populații la servicii medicale [51].

De rând cu angajamentele asumate de State în multiplele conferințe și inițiative globale a fost elaborată Legea internațională privind drepturile omului care stabilește că toate ființele umane trebuie să fie apte să se bucure de drepturile sale umane, aplicate pe bază de egalitate între femei și bărbați [52, 53, 54, 55, 56], și liber de discriminare în baza criteriului de sex, rasă, culoare, limbă, religie, opinie politică sau alt tip, origine națională și socială, proprietate, naștere sau alt statut [52, 53, 56, 57, 58]. Printre alte lucruri, aceste cerințe legale fundamentale obligă statele să se abțină de la acțiuni discriminatorii [59], să întreprindă pași pozitivi proactivi pentru a garanta egalitatea [56, 59, 60] (nu doar în lege, dar în politică și practică) [56, 59, 60], să asigure că măsurile și abordarea aparent neutră nu are efect discriminatoriu în termeni reali [56, 59, 60], și în anumite contexte să recunoască



divergențele și să le ia în considerare [60]. Această lege obligă statele să a respecte și să protejeze drepturile omului privind sarcina și nașterea.

În contextul mortalității și morbidității materne prevenibile, aceste obligații stabilesc ca Statele să: a) se abțină de la măsuri care ar împiedica accesul femeilor la servicii de sănătate necesare sau la determinanții de sănătate care stau la bază (obligația de a respecta), b) întreprindă măsuri pentru prevenirea deceselor materne (obligația de a proteja), c) întreprindă măsuri legislative, administrative și judiciare, inclusiv prin angajarea la maximum a resurselor disponibile pentru prevenirea mortalității și morbidității materne (obligația de a realiza). Prin urmare, obligația Statelor de a respecta drepturile umane include ambele abordări, cea negativă de a se abține de la acțiuni restrictive și cea pozitivă de a acționa afirmativ pentru a preveni mortalitatea și morbiditatea maternă, inclusiv prin întreprinderea acțiunilor pentru asigurarea accesului femeilor la servicii medicale și alte servicii relevante de sănătate sexuală și reproductivă.

Scăderea dimensiunii familiilor și deplasarea continuă către paternitate a transformat profilul nașterilor la o vîrstă reproductivă avansată. În trecut, puține femei nășteau primul sau al doilea copil la o vîrstă de 40 ani sau mai mult. Majoritatea „mamelor mai în vîrstă” nășteau al patrulea, al cincilea sau mai mult. În mijlocul anilor 1970, primul și al doilea copil au reprezentat tipic una din cinci nașteri la mame cu vârsta de peste 40 de ani. Astăzi majoritatea nașterilor la femei de vîrstă reproductivă avansată constituie primul și al doilea copil [61]. Pentru a asigura egalitatea gender și nediscriminarea în baza criteriului de sex, Statele sînt obligate să asigure că legile, politicile și practicile să sabordează în mod semnificativ necesitățile specifice ale femeilor datorită abilităților sale de a deveni gravide și a naște [53, 54, 62, 63]. Aceasta include, printre altele, obligația de a asigura accesul femeilor la servicii obstetricale de urgență și alte servicii de sănătate sexuală și reproductivă și informații, așa ca planificarea familială [62, 63].

Conform cercetărilor, mortalitatea și morbiditatea maternă prevenibilă este legată de lipsa prevederilor de prioritizare a asistenței medicale [64] de care au nevoie doar femeile datorită reproducției.

Un exemplu elocvent de realizare a dreptului la sănătate este accesul femeilor la servicii de întrerupere a sarcinii în condiții de siguranță. Organismele internaționale și-au exprimat îngrijorarea privind impactul mortalității și dizabilității materne legate de avortul nesigur nu doar asupra dreptului femeilor la viață dar și asupra dreptului la sănătate [65].

Modelele cantitative au sugerat că prevenirea sarcinilor prin contracepție are un rol mai important pentru reducerea mortalității materne comparativ cu inducerea avortului în sarcina neplanificată [66]. Mai multe studii au relevat episoade de tratament fără respect și abuz al femeilor gravide sau parturientelor [67, 68]. Lipsa tratamentului cu respect ar purtea însemna că femeia nu se va mai adresa după asistență medicală când va avea nevoie, sau nu se va adresa la timpul oportun, fapt ce poate duce la deces matern.

Criminalizarea avortului „este una din cele mai dăunătoare căi de instrumentalizare și politizare a corpurilor și vieților femeilor” [69], prin substituirea dreptului de decizie personală cu cel al statului [70]. Drepturile omului stabilesc că indivizii sînt liberi de a lua decizii fără interferență din partea statului, în special în viața lor sexuală și reproductive [71].

Un instrument de reducere a mortalității materne prin realizarea drepturilor umane este accesul la servicii de planificare familială. Planificarea familiei oferă femeii dreptul de a lua de sine stătător decizii argumentate privind sănătatea sa sexuală și reproductivă, fapt ce ar reduce nivelul mortalității materne cu cca 25-40% [72]. Necesitatea globală nesatisfăcută în servicii de planificare familială rămîne a fi o barieră esențială pentru atingerea obiectivelor legate de drepturile omului și dezvoltare, care contribuie substanțial la mortalitatea maternă, și este estimat că pentru fiecare caz de mortalitate maternă, 20-30 femei suferă de o patologie acută sau cronică legată de sarcină [73, 74]. Conform estimărilor OMS, 200 milioane de perechi în țările în curs de dezvoltare ar dori amînarea nașterii copiilor, dar nu folosesc nici o metodă de contracepție [75], din cauza accesului limitat la metode de contracepție, spectrul limitat de metode contraceptive, frica față de efecte adverse, refuzul din motive culturale sau religioase, nivelul jos al serviciilor prestate, și barierele gender.

Totodată trebuie de menționat că responsabilitatea se află în centrul exercitării tuturor drepturilor omului care are două componente majore: abordarea suferințelor trecute și corectarea eșecurilor de sistem pentru prevenirea daunelor în viitor. Responsabilitatea adesea este înțeleasă foarte îngust în termeni de blamare și sancționare, cu toate că este mai util a fi privit ca un proces pentru identificarea celor ce funcționează (și prin urmare poate fi repetat) și ce nu (și trebuie a fi ajustat) [76]. Fără monitorizarea eșecurilor sistemice de reducere a mortalității și morbidității materne, acestea nu pot și corectate.

## Concluzii

Dreptul la sănătate nu se limitează la accesul la asistență medicală, mortalitatea și morbiditatea maternă fiind afectată și de determinanții de sănătate sociali, economici, culturali, politici și bariere structurale.

Responsabilizarea statelor privind reducerea barierelor legate de determinanții de sănătate sociali, economici, culturali, politici și bariere structurale care denotă implicarea multiplelor drepturi umane va contribui la îmbunătățirea sănătății materne și va reduce mortalitatea maternă.

Prioritizarea serviciilor medicale legate de sănătatea reproducerii ar contribui la reducerea mortalității materne evitabile influențate de determinanțele de sănătate sociali, economici, culturali, politici și bariere structurale.

Creșterea accesului la informație ar crește probabilitatea conștientizării de către femei a importanței serviciilor de planificare a familiei și riscurilor legate de sarcini nedorite precum și sarcini la femei de vârstă reproductivă avansată, ce ar putea constitui unul din factorii care ar determina femeia să ia decizii privind conceperea la o vârstă mai tânără.

## Referințe bibliografice

1. Freedman, L.P. Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001,75 (1): 51–60.
2. PMNCH. Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Human Rights and Accountability. Knowledge Summaries 23: Women's and Children's Health. Geneva: PMNCH, 2013.
3. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. Report of the Human Rights Council on its eleventh session. HRC resolution 11/8. Geneva: United Nations Human Rights Council, 2009. In: ([www.who.int/pmnch/events/2010/A\\_HRC\\_RES\\_11\\_8.pdf](http://www.who.int/pmnch/events/2010/A_HRC_RES_11_8.pdf)).
4. WHO. Monitoring emergency obstetric care. In: [www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html)
5. Khan KS, Wojdyla D., Say L., Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006, 367(9516):1066–74.
6. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. In: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf).

7. Panting-Kemp A., Geller SE, Nguyen T., Simonson L., Nuwayhid B., Castro L. Maternal deaths in an urban perinatal network, 1992–1998. In: *Am J Obstet Gynecol*, 2000,183:1207–12.
8. Callaghan WM, Berg CJ. Maternal mortality surveillance in the United States: moving into the twenty-first century. In: *J Am Med Womens Assoc*, 2002, 57:131– 4.
9. Why mothers die 1997–1999: the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London (UK): Stationary Office, 2001.
10. UNDP. A social determinants approach to maternal health. In: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/Discussion%20Paper%20MaternalHealth.pdf>.
11. Bustreo F., Say L., Koblinsky M., Pullum TW, Temmerman M., Pablos-Mendez A. Ending preventable maternal deaths: the time is now. In: *Lancet Glob Health*,2013, 1:e176–7.
12. Goal 5: Improve maternal health. In: United Nations [website]. undated <https://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>.
13. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A., Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C., Heuton KR, 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. In: *Lancet*, 2014, 384:980–1004. doi: [org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6)
14. World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund, World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization, 2014. In: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>.
15. World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund, World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization, 2015. In: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>.
16. Creanga AA, Berg CJ, Syverson C, Seed K, Bruce FC, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2006–2010. In: *Obstet Gynecol*, 2015, 125:5–12. In: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000564>
17. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG statement on maternal mortality. Washington (District of Columbia): American Congress of Obstetricians and Gynecologists; 2015 May 4. In: <http://www.acog.org>.

org/About-ACOG/News-Room/Statements/2015/ACOGStatement-on-Maternal-Mortality.

18. Chescheir N. Enough already. In: *Obstet Gynecol*, 2015, 125:1–4
19. Joseph KS, Lisonkova S., Muraca GM, Razaz N., Sabr Y., Mehrabadi A., et al. Contribution of improved surveillance to temporal increases in maternal mortality in the United States. In: *Obstet Gynecol*, 2017, 129(1):91–100.
20. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development 2015. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. United Nations General Assembly, Seventieth session. New York (NY): United Nations, 2015 In: (A/RES/70/1; [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1)).
21. Sustainable Development Goal 3. In: Sustainable Development Goals Knowledge Platform [website]. New York (NY): United Nations, 2019. In: (<https://sustainabledevelopment.un.org/SDG3>).
22. Ronsmans C., Graham WJ. And the Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. In: *Lancet*, 2006, 368:1189–200.
23. Goal: Improve maternal health. In: [www.unicef.org/mdg/maternal.html](http://www.unicef.org/mdg/maternal.html)
24. WHO. Maternal mortality: helping women off the road to death. In: *WHO Chronicle*, 1986, vol. 40, pp. 175–183.
25. UNICEF. The State of the World’s Children 2009: Maternal and Newborn Health. In: United Nations publication, Sales No. E.09.XX.1, p.2.
26. Mertz KJ, Parker AL, Halpin GJ. Pregnancy-related mortality in New Jersey, 1975 to 1989. In: *Am J Public Health*, 1992, 82:1085–8.
27. Hogberg U., Innala E., Sandstrom A. Maternal mortality in Sweden, 1980–1988. In: *Obstet Gynecol*, 1994, 84:240–4.
28. Schuitemaker NW, Gravenhorst JB, Van Geijn HP, Dekker GA, Van Dongen PW. Maternal mortality and its prevention. In: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1991, 42:S31–5.
29. Bouvier-Colle MH, Varnoux N., Breart G. Maternal deaths and substandard care: the results of a confidential survey in France: Medical Expert Committee. In: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1995, 58:3–7.
30. Lewis G., Drise J., Botting B., Carson C., Cooper G., Hall M., et al. *Why Mothers Die: Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, 1997–1999*. London (UK): Department of Health on behalf of the Controller of Her Majesty’s Stationery Office, 2001.
31. Kilpatrick SJ, Crabtree KE, Kemp A., Geller S. Preventability of maternal deaths: comparison between Zambian and American referral hospitals. In: *Obstet Gynecol*, 2002, 100:321–6.

32. Jacob S., Bloebaum L., Shah G., Varner MW. Maternal mortality in Utah. In: *Obstet Gynecol*, 1998, 91:187–91.
33. World Health Organization Regional Office for Africa. *Reducing Maternal Deaths: The Challenge of the New Millennium in the Africa Region*. Brazzaville, Congo. WHO. Regional Office for Africa, 2002.
34. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, et al. Preventability of pregnancy-related deaths: results of a state-wide review. In: *Obstet Gynecol*, 2005, 106(6):1228–1234. doi:10.1097/01.AOG.0000187894.71913.e8
35. Wagstaff A. and Claeson M. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges* Washington: DC, World Bank, 2004, pp. xi, 6, 51 and 52.
36. Cook R.J., Dickens B.M. and others. *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*. Geneva: WHO, 2001.
37. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Belize, para. 56, A/54/38/Rev.1; 1999.
38. Human Rights Committee. Concluding observations: Mali, para. 14, UN Doc. CCPR/CO/77/MLI; 2003.
39. Committee on the Rights of the Child. Concluding observations: Democratic Republic of Congo, UN Doc. CRC/C/COD/CO/2, parag. 33–34; 2009.
40. Constituția Republicii Moldova nr. 1 din 29.07.1994. [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=111918&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=111918&lang=ro)
41. Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights (1997), para. 4. See also: Universal Declaration of Human Rights. Vienna Declaration and Programme of Action (1993), para. 5.
42. Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women: For a comprehensive review of concluding observations and general comments and recommendations of treaty bodies on maternal mortality see: Center for Reproductive Rights, “Bringing rights to bear: preventing maternal mortality and ensuring safe pregnancy”, 2008.
43. Gerds C., Vohra D., Ahern J., Baradaran HR. Measuring Unsafe Abortion-Related Mortality: A Systematic Review of the Existing Methods. *PLoS One*. 2013;8:e53346. doi: 10.1371/journal.pone.0053346.
44. Adegoke AA, Campbell M., Ogundeji MO, Lawoyin T., Thomson AM. Place of birth or place of death: an evaluation of 1139 maternal deaths in Nigeria. In: *Midwifery*, 2013, 29:115–121. doi: 10.1016/j.midw.2012.11.018.
45. Yang S., Zhang B., Zhao J., Wang J., Flick L., Qian .Z, et al. Progress on the Maternal Mortality Ratio Reduction in Wuhan, China in 2001–2012. *PLoS One*. 2014;9:e89510. doi: 10.1371/journal.pone.0089510.
46. Halim A., Utz B., Biswas A., Rahman F., van den Broek N. Cause of and contributing factors to maternal deaths; a cross-sectional study using verbal

- autopsy in four districts in Bangladesh. *BJOG*. 2014;121:86–94. doi: 10.1111/1471-0528.13010.
47. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. Report of the Human Rights Council on its eleventh session. HRC resolution 11/8. Geneva: United Nations Human Rights Council, 2009. In: [www.who.int/pmnch/events/2010/A\\_HRC\\_RES\\_11\\_8.pdf](http://www.who.int/pmnch/events/2010/A_HRC_RES_11_8.pdf)
  48. Hunt and Bueno de Mesquita, Reducing Maternal Mortality: The Contribution of the Right to the Highest Attainable Standard of Health (University of Essex, n.d.), p. 6, 7. In: <http://repository.essex.ac.uk/9719/1/reducing-maternal-mortality-contribution-right-highest-attainable-standard-health.pdf>
  49. Resolution 11/8, Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. In: [https://ap.ohchr.org/documents/E/HRC/resolutions/A\\_HRC\\_RES\\_11\\_8.pdf](https://ap.ohchr.org/documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf)
  50. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/61/338. Geneva: United Nations. In: <https://hivlanguagecompendium.org/pdf/2006-A-61-338%20Report%20Special%20Rapporteur%20on%20the%20Right%20to%20Health.pdf>
  51. Kinney E., Clark B. Provisions for health and health care in the constitutions of the countries of the world. In: *Cornell Int Law J.*, 2004, 37:285–356.
  52. International Covenant on Civil and Political Rights. In: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
  53. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. In: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
  54. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, arts. 1 and 2. In: [https://legal.un.org/avl/pdf/ha/cedaw/cedaw\\_e.pdf](https://legal.un.org/avl/pdf/ha/cedaw/cedaw_e.pdf)
  55. Human Rights Committee, general comment No. 28. The equality of rights between men and women (article 3) (2000). In: [https://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/b\\_General\\_Comment\\_No28\\_Theequality\\_of\\_rights\\_between\\_men\\_and\\_women\\_\(article3\)\(2000\).aspx](https://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/b_General_Comment_No28_Theequality_of_rights_between_men_and_women_(article3)(2000).aspx)
  56. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). (2009). In: <https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>
  57. Convention on the Rights of the Child, art. 2, para. 1. In: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
  58. Human Rights Committee, general comment No. 18: Non-discrimination (1989). In: <https://www.refworld.org/docid/453883fa8.html>
  59. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 16: The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social

- and cultural rights (art. 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) (2005). In: <https://www.refworld.org/docid/43f3067ae.html>
60. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation No. 25: Temporary special measures (2004). In: <https://www.refworld.org/docid/453882a7e0.html>
  61. Beaujouan E., Sobotka T. Population & Societies no.562, INED, January 2019. In: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/28820/562.ang.web\\_1.en.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/28820/562.ang.web_1.en.pdf)
  62. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), (2000). In: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>
  63. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation No. 24: Article 12 of the Convention. Women and Health, 1999. In: <https://www.refworld.org/docid/453882a73.html>
  64. UNICEF. State of the World's Children, 2009, p.2. In: <https://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf>
  65. Committee on the Elimination of Discrimination against Women concluding observations: Cameroon (CEDAW/C/CMR/CO/3), para. 40; CESCR concluding observations: Kenya (E/C.12/KEN/CO/1), para. 33; Trinidad and Tobago (E/C.12/1/Add.80), 2002, para. 23; CRC concluding observations: Democratic People's Republic of Korea (CRC/C/15/Add.239), para. 50; Ukraine (CRC/C/15/Add.151), para. 57.
  66. Darroch J. & Singh S. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing In Family Planning and Maternal and Newborn Health Estimation Methodology, 2009.
  67. Hassan-Bitar A., and L. Wick. Evoking the Guardian Angel: Childbirth Care in a Palestinian Hospital. In: *Reproductive Health Matters*, 2007, 15 (30): 103–13.
  68. Silal S.P., L. Penn-Kekana, B. Harris, S. Birch, and D. McIntyre. 2012. Exploring Inequalities in Access to and Use of Maternal Health Services in South Africa. *BMC Health Services Research* 12: 120.
  69. Report of the working group on the issue of discrimination against women in law and in practice. A/HRC/32/44. Geneva: United Nations.
  70. The Report of the Special Rapporteur on the Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/66/254. Geneva: United Nations.
  71. Brüggemann and Scheuten v. Federal Republic of Germany, Application No. 6959/75. In: <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/10/Bruggemann-v.-Germany.pdf>
  72. World Bank. Population issues in the 21st century: the role of the World



- Bank, Health, Nutrition and Population. Washington, D.C., 2007, April.
73. Nanda G., Switlick K., Lule E. Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches (health, nutrition and population discussion paper). Washington DC: World Bank, 2005. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13702>
74. Ashford L. Hidden suffering: disabilities from pregnancy and childbirth in less developed countries (policy brief). Washington DC: Population Reference Bureau, 2002. In: <http://www.prb.org/pdf/hiddensufferingeng.pdf>.
75. WHO. Family Planning, Fact sheet No. 351, 2011, April.
76. Report of the Special Rapporteur on the right to health (A/HRC/4/28), para. 46.

## INSTRUMENTE DE MĂSURARE A CALITĂȚII VIEȚII ÎN SĂNĂTATE

**Tudor Grejdean**, dr. hab. șt. med., prof.univ.

**Rodica Scutelnic**, drd.

**Victoria Voloceai**, dr. în șt. med., asist. univ.

**Ludmila Goma**, dr. în economie, conf. univ.

Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”,  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,  
Chișinău, R.Moldova

[fiodor.grejdean@usmf.md](mailto:fiodor.grejdean@usmf.md)

### *HEALTH QUALITY MEASUREMENT INSTRUMENTS*

*In this article are defined some notions of quality of life towards health. The council of life quality is an indicator of health in population, and in governments, and it applies the realization of some favorable ways of life, has whole developments, which include „happiness – salve spacious”, „social adaptation and, satisfaction of life”. The problem of quality of life, leads to hard-to-control areas in terms of quantification. Which does not mean that, at least in part, it cannot be subjected to conceptualization and modeling, precisely to modify the strictly medical-clinical optics.*

**Actualitatea temei.** Organizația Mondială a Sănătății (OMS) propune următoarea definiție: „Calitatea vieții este percepția de către oameni „peo-