

(în descreștere): vârsta ( $R=0,49$ ), creatinina sanguină ( $R=0,48$ ), TA medie ( $R=0,45$ ), indicele masei corporale (IMC) ( $R=0,42$ ) și filtrația glomerulară ( $R= -0,35$ ) (toate sunt statistic veridice).

Hipertensiunea arterială reprezintă una dintre manifestările principale ale tulburărilor hemodinamice. În lotul studiat (108 persoane) HTA lipsea la 29 (26,9%) de persoane, HTA gr. I a fost depistată la 23 (21,3%) de pacienți, HTA gr. II – la 30 (27,8%) de bolnavi și HTA gr. III – la 26 (24,1%) de pacienți (Figura 7). TA medie la pacienții cu BCR st. I a fost  $106,22 \pm 20,9$  mm Hg, cu BCR st. II –  $112,42 \pm 17,83$  mm Hg, cu BCR st. III –  $111,29 \pm 22,32$  mm Hg, cu BCR st. IV –  $103,67 \pm 13,47$  mm Hg, cu BCR st. V –  $125,0 \pm 18,68$  mm Hg. Studiul a demonstrat incidența crescută a TA sporite la pacienții cu HTA mai avansată. Analiza prin metoda Spearman a determinat următoarele corelații ale TA sistolice și diastolice: directe cu indicele masei corporale (IMC) și nivelul proteinuriei ( $p < 0,005$ ), creatininemiei și ureei ( $p < 0,01$ ), schimbări patologice în patul microcirculator retinian (Figura 8); inverse – cu reabsorbția apei ( $p < 0,05$ ) și varietatea nictimerală a densității urinare în proba Zimnițki ( $p < 0,01$ ).

Se observă, că simultan cu creșterea gradului HTA progresează afectarea cardiacă (crește indicele masei miocardului

ventriculului stâng (IMMVS) (Figura 9) – ca semn al hipertrofiei ventriculului stâng și PSVD (Figura 10) – ca un simptom de bază al disfuncției diastolice a ventriculului stâng pe fond de FE și FS normale.

### Concluzii

Studiul comparativ al influenței insuficienței renale cronice și hipertensiunii arteriale a confirmat încă o dată rolul independent al avansării insuficienței renale cronice în dezvoltarea schimbărilor patologice în sistemul circulator, precum și caracterul generalizat al afectării cardiovasculare. A fost confirmat rolul sistemului renină-angiotensină-aldosteron în dezvoltarea HTA, ICC, edemelor periferice și a disfuncției diastolice. PTH-ul a corelat cu dezvoltarea disfuncției diastolice a ventriculului stâng. Gravitatea astfel de modificări clinice ca insuficiența cardiacă congestivă și hipertensiunea arterială corelează cu stadiul bolii cronice de rinichi. Studiul efectuat a demonstrat contribuția simultană a reducerii filtrației glomerulare și creșterii tensiunii arteriale medii la avansarea insuficienței cardiace congestive.

### Bibliografie

1. PAOLETTI E., BELLINO D., AMIDONE M., ROLLA D., CANNELLA G., Relationship between arterial hypertension and renal damage in chronic kidney disease: insights from ABPM // *J. Nephrol.*, 2006 Nov-Dec;19(6):778-82.
2. DHINGRA R., GAZIANO J., DJOUSSÉ L., Chronic kidney disease and the risk of heart failure in men // *Circ. Heart Fail.*, 2011 Mar 1;4(2):138-44.
3. ASLAM F., HAQUE A., HAQUE J., JOSEPH J., Heart failure in subjects with chronic kidney disease: Best management practices // *World J. Cardiol.*, 2010 May 26;2(5):112-7.
4. SHIBA N., SHIMOKAWA H., Chronic kidney disease and heart failure – Bidirectional close link and common therapeutic goal // *J. Cardiol.*, 2011 Jan;57(1):8-17.
5. IWANAGA Y., MIYAZAKI S., Heart failure, chronic kidney disease, and biomarkers – an integrated viewpoint // *Circ. J.*, 2010 Jul;74(7):1274-82.
6. ABDO A., BASU A., GERACI S., Managing chronic heart failure patient in chronic kidney disease // *Am J. Med.*, 2011 Jan;124(1):26-8.
7. JENKINS K., KIRK M., Heart failure and chronic kidney disease: an integrated care approach // *J. Ren. Care*, 2010 May; 36 Suppl 1:127-35.

## CONCEPTUL EUROPEAN DE SĂNĂTATE ȘI CLASIFICAREA STRATEGIILOR DE SĂNĂTATE

### EUROPEAN HEALTH CARE CONCEPT AND HEALTH CARE STRATEGIES CLASSIFICATION

**Petru Cepoida**

*Centrul Dializă și Transplant Renal, IMSP Spitalul Clinic Republican*

### Summary

Logical link „health care strategy – strategy objective – health indicator” and EUPHID health model, accepted by the European Union, offered the possibility of elaboration of health care strategies classification. Therefore, health strategies can be divided in sanogenic strategies (oriented to the increase of health resources and amelioration of positive health and well being) and those based on the pathogenetic approach (reduction of risk factors as well as diagnosis and treatment of different diseases).

### Introducere

Problema clasificării strategiilor în domeniul sănătății este una dificilă datorită complexității noțiunii de sănătate, precum și datorită unui număr extrem de mare de factori care o influențează. Astfel, la moment nu există o clasificare unanim acceptată a strategiilor în domeniul sănătății, majoritatea autorilor le numesc de obicei un set de strategii, care sunt sugerate pentru soluționarea problemelor existente de sănătate. Însă, conform definiției, orice strategie trebuie să conțină cel puțin un obiectiv concret, care poate fi realizat prin anumite acțiuni (sau politici concrete). Succesul sau nereușita realizării strategiei în această ordine de idei poate fi apreciată prin apropiere spre sau deplasare de la obiectiv. Apropierea sau distanțarea de la obiectiv poate fi evaluată prin modificările indicatorilor sănătății. Valoarea indicatorului sănătății reprezintă markerul gradului de realizare a obiectivului propus și – indirect – al strategiei implementate. Această corelație dintre strategia implementată și indicatorii sănătății, aplicați pentru evaluarea eficienței ei fundamentează posibilitatea clasificării strategiilor de sănătate, care va fi bazată pe indicatorii sănătății.

### Obiectiv

Elaborarea clasificării strategiilor de sănătate în baza modelului EUPHID al sănătății.

### Rezultate

În majoritatea lucrărilor în domeniul pentru evaluarea stării sănătății publice se utilizează indicatorii, care au origine epidemiologică (ex. mortalitate, morbiditate cu diferite maladii și grupuri de maladii etc.) sau demografică (ex. raportul bărbați/ femei, longevitate, mortalitatea nou-născuților etc.). Nivelul actual de dezvoltare al științei a condus la conceptualizarea faptului, că fenomenul complex de sănătate nu poate fi descris numai prin acești indici, care, de fapt, reflectează numai problemele sănătății (a.n. “sănătate negativă”) și pot fi contracarate numai realizările medicinei clinice și preventive, având astfel o aplicare limitată numai la sectorul de sănătate publică. Acești indici nu reflectă adecvat acțiunea unor determinanți ai sănătății, defavorizând astfel eficiența strategiilor aplicate. Introducerea în cadrul indicilor stării sănătății a parametrilor, care caracterizează determinatele sănătății este, efectiv, vitală pentru promovarea reușită a sănătății [1]. Din punct de vedere istoric, noi abordări ai determinanților stării de sănătate au fost

implementate în Declarația de la Jakarta (Indonesia, 1997) [2]. Conform acestei Declarații factorii esențiali pentru sănătate cuprind: pacea, adăpostul, educația, securitatea socială, relațiile sociale, alimentația, venitul, împuternicirea femeilor, un ecosistem stabil, utilizarea adecvată a resurselor, justiție socială, respect pentru drepturile umane și echitate. Este subliniat faptul că cea mai mare amenințare asupra sănătății este sărăcia. Printre factorii demografici au fost suplimentar menționați: urbanizarea, creșterea numărului de persoane în etate și prevalența bolilor cronice, creșterea comportamentului sedentar, rezistența la antibiotice și la alte medicamente uzuale, creșterea abuzului de droguri și a violenței civile și domestice. De asemenea, în Declarația de la Jakarta a fost subliniat rolul în creștere a bolilor infecțioase noi și reemergente. Aparte au fost menționate problemele sănătății mintale, care necesită un răspuns urgent. Factorii transnaționali cu influență majoră asupra sănătății, menționați în Declarația de la Jakarta, includ: integrarea economiei globale, piețele financiare și comerțul, accesul la mass-media și tehnologia de comunicații, ca și degradarea globală datorită folosirii iresponsabile a resurselor. Aceste schimbări modifică valorile, stilurile de viață de-a lungul întregii vieți și condițiile de trai în toată lumea. Unele au un potențial mai mare pentru sănătate, cum ar fi dezvoltarea tehnologiilor de comunicație, altele, cum ar fi comerțul internațional cu produse de tutun au un impact negativ major.

La nivelul Uniunii Europene cu evaluarea determinantelor sănătății s-a ocupat European Union Public Health Knowledge and Information System. Obiectivul principal al acestei organizații a fost culegerea și prezentarea informației privind starea sănătății cetățenilor UE cu ameliorarea ei ulterioară [4]. Abordarea indicatorilor sănătății inițial a fost efectuată având la bază conceptul Câmpului de Sănătate lui Lalonde [5]. Determinatele sănătății, derivate din acest concept, în cadrul unor studii aprofundate au fost analizate cu stabilirea interrelațiilor la nivel macro-, mezo și micro de către Dalgren [6]. Primul set de indicatori comuni pentru aprecierea stării sănătății a fost elaborat în cadrul proiectului European Community Health Indicators (ECHI-1) [7]. În cadrul acestui proiect au fost propuse 4 categorii mari de indicatori: 1. Factori demografici și socio-economici; 2. Starea sănătății; 3. Determinatele sănătății; 4. Sistemul de sănătate (inclusiv promovarea sănătății). Indicatorii din grupul “Starea sănătății” au fost percepute ca rezultatul

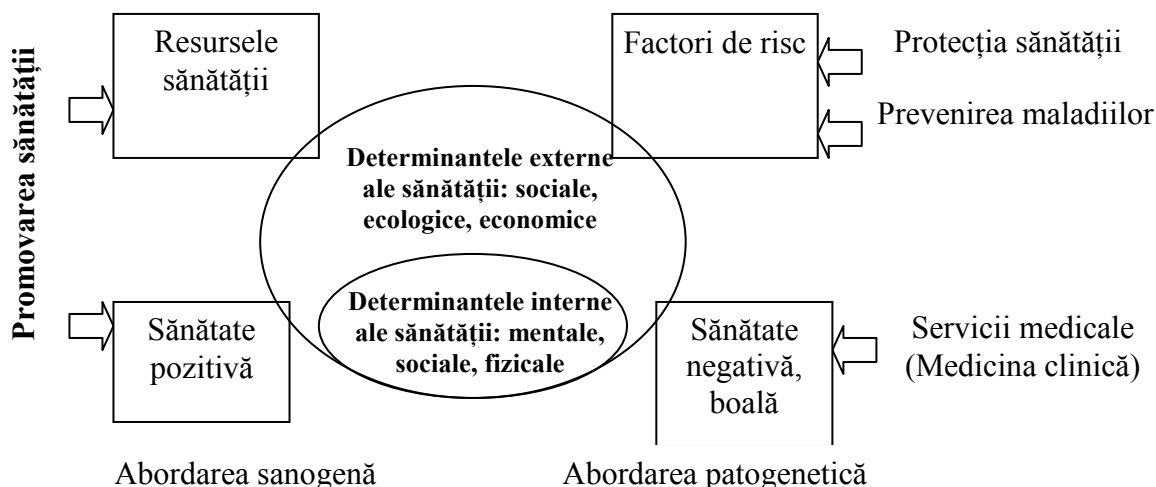


Figura 1. Modelul sănătății conform EUPHID [din 8, traducere]

aplicării strategiilor de sănătate, iar restul indicatorilor – ca determinantele sănătății (directe și indirecte). Luând în considerare necesitatea aplicării conceptului de promovare a sănătății autoritățile Uniunii europene au stimulat elaborarea indicatorilor, care ar putea să aprecieze “sănătatea pozitivă” și evoluția procesului de sanogeneză. Astfel a fost lansat proiectul European Community Health Promotion Indicator Development (EUHPID). EUPHID a devenit partea componentă a sistemului ECHI. Scopul principal al acestui proiect a fost monitorizarea indicatorilor relevanți procesului de promovare a sănătății. La prima etapă EUPHID s-a concentrat pe elaborarea concepției de precizare și de clasificare a determinantelor sănătății pozitive. A fost creat un model care ar putea să demonstreze relații complexe între starea sănătății și strategia de promovare a sănătății. Pentru Modelul Promovării Sănătății, elaborat de EUPHID este caracteristică alegerea raționamentului clar pentru clasificare, organizare și promovarea sănătății (mecanism de clasificare concret – classification tool), demonstrarea abordării unice a sănătății din punct de vedere (mijloc de susținere – advocacy tool), elaborarea unui cadru comun de referință pentru câmpurile promovării sănătății și sănătății publice, care ar demonstra interrelațiile lor complexe (mecanismul de dialog – dialogue tool) [8].

În realizarea acestor obiective colectivul de autori s-a bazat pe definiția sănătății de către OMS (1948), conceptul Lalonde privind “câmpul sănătății” (1974), prevederile Cartei de la Ottawa despre promovarea sănătății (1986) [3], teoria continuumului de boală – sănătate și abordării sanogene lui A. Antonovsky [9,10]. În rezultat, sănătate a fost reflectată în schema propusă ca unul din resursele cele mai importante care poate fi influențat pozitiv (“sănătate pozitivă” – positive health) de factorii sanogenici sau negativi, de factori patogenetici (“sănătate negativă, maladie” – ill health). Modelul de sănătate este prezentat în Figura 1.

În baza modelului EUPHID, oficial acceptate de structurile sănătății publice ale țărilor Uniunii Europene strategiile de sănătate pot fi clasificate în felul următor:

#### **Clasificarea strategiilor de sănătate:**

##### **I. Strategiile de sănătate legate de abordare sanogenă**

1. Sporirea resurselor sănătății (legate cu influența asupra determinantilor externe a sănătății: sociale, economice, ecologice)

Ex. Reforma spitalicească; reforma sistemului de sănătate; educația specialiștilor din serviciile de urgență (pompierii, polițiștii) de a acorda ajutor medical primar; limitarea eliminării CO<sub>2</sub> în atmosferă și combaterea schimbărilor de climă

2. Ameliorarea sănătății pozitive și a bunăstării (legate cu factorii interni: sociali, fizici, mentali). **Ex. Creșterea autonomiei pacientului, promovarea medicinei participative**

##### **II. Strategiile de sănătate legate de abordare patogenetică**

1. Reducerea acțiunii factorilor de risc – activitățile medicinei preventive și protecției sănătății (influența asupra factorilor de risc extern: ecologice, economice, sociale; influența asupra factorilor de risc interni: mentale, fizice, sociale):

**Ex. Strategie de prevenire a gripei aviare sau gripei A H1N1, strategie de prevenire a accidentelor la locul de muncă**

2. Diagnosticul și tratamentul maladiilor – activitatea medicinei clinice: **Ex. Strategie de diagnosticare/ tratamentul diabetului zaharat; Strategie DOTS (combaterea TBC).**

#### **Concluzie**

Legătura logică „strategia de sănătate – obiectivul strategiei – indicatorul sănătății” și modelului EUPHID al sănătății, acceptat de Uniunea Europeană, a permis elaborarea clasificării strategiilor de sănătate. Astfel, strategiile de sănătate se împart în strategiile legate de abordare sanogenă (îndreptate la sporirea resurselor sănătății și ameliorarea sănătății pozitive și a bunăstării) și cele legate de abordare patogenetică (reducerea acțiunii factorilor de risc, precum și diagnosticul și tratamentul maladiilor).

#### **Bibliografie**

1. EWLES L., Promoting Health - a practical guide // Balliere Tindall: Edinburgh, 2005
2. Declaration of Jakarta (1997) [http://en.wikipedia.org/wiki/Jakarta\\_Declaration](http://en.wikipedia.org/wiki/Jakarta_Declaration)
3. Declaration of Ottawa (1986) [http://en.wikipedia.org/wiki/Ottawa\\_Declaration](http://en.wikipedia.org/wiki/Ottawa_Declaration)
4. MOLINER A., What Should be Measured in Relation to Health Status: The EU Aggregate Experience. EC/WHO/EUROSTAT Meeting, European Commission, Geneva, 2004.
5. LALONDE M., A New Perspective on the Health of Canadians // Ministry of National Health and Welfare, Ottawa, 1974.
6. DAHLGREN G., WHITEHEAD M., Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute of Futures Studies // Stockholm, 1991
7. KRAMERS P., The ECHI project: health indicators for the European Community // European Journal of Public Health, 2003: 13, 101–106.
8. BAUER G., DAVIES J., PELIKAN JU., The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators // Health Prom. Int., 2004, Vol. 21 No. 2: 153-159
9. ANTONOVSKY A., The sense of coherence as a determinant of health // In Matarazzo, J. et al. (eds) Behavioural Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. John Wiley, NY, 1984, pp. 114–129.
10. ANTONOVSKY A., The salutogenic model as a theory to guide health promotion // Health Promotion International, 1996: 11, 11–18.